

Зважаючи на розвиток у хворих, які отримували терапію тільки нейрореплетиками, ожиріння, частіше абдомінального характеру, поряд із дієтою, збільшенням фізичного навантаження рекомендується призначати препарати групи бігуанідів (метформін). Ці препарати не тільки сприяють зниженню маси тіла, але й впливають на інсулінорезистентність шляхом підвищення чутливості до інсуліну периферичних тканин, мають опосередковану гіпоглікемічну та гіполіпідемічну дію.

Хворим із дисліпідемією, що не піддається корекції дієтотерапією, призначають гіполіпідемічні засоби (статици, фібрати). Критерієм призначення медикаментозного лікування дисліпідемії слід вважати збереження дисліпідемічних порушень після трьох-шести місяців дієтотерапії.

УДК 616.891.2:616-009.1

ДИССОЦІАЦІЯ, КОНВЕРСИЯ, ИСТЕРИЯ — ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ?

В. З. Скоробреха, А. Н. Стоянов

*Городская клиническая больница № 10 г. Одессы;
Одесский государственный медицинский университет*

Ключевые слова: терминология, диссоциация, истерия, конверсия

Традиционно термин «конверсия» связывают с именем З. Фрейда. Нами проведено исследование трудов З. Фрейда 2-го издания серии «Мастера психологии» (2004). В работе «О психоанализе» автор рассматривает превращение аффектов «... в необычные телесные иннервации и задержки, которые представляли собой телесные симптомы данного случая. Для этого последнего процесса мы стали использовать термин «истерическая конверсия» (с. 314).

Термин «диссоциация» З. Фрейд позаимствовал у П. Жане, который рассматривал истерию как следствие врожденного дегенеративного изменения нервной системы и слабости психического синтеза, но в отличие от П. Жане «... я скоро пришел к другому выводу на происхождение истерической диссоциации (расщепления сознания)...» (с. 317).

Таким образом, приписываемый З. Фрейду термин «конверсия» в современном виде не есть фрейдовский. Примечательно, терминология рассмотрена З. Фрейдом с позиций клинической философии — причинно-следственных отношений: истерия — причина, конверсия — следствие, а не наоборот. Конверсия не может быть причиной истерии или другого невроза. Этот принцип был соблюден в МКБ-9 (300.11. Истерический невроз). «Невротическое расстройство, при котором нарушения вегетативных, сенсорных и моторных функций («конверсионная форма») возникает по типу условной приятности и желательности. При конверсионной форме главный симптом — психогенное расстройство функций какой-либо части тела. В диссоциативной разновидности наиболее яркой чертой является сужение сознания, ... могут иметь место выраженные изменения поведения. Это поведение может имитировать психоз».

В новой классификации (МКБ-10) диссоциативные и конверсионные расстройства отождествлены в рубрике F-44. Истерия включена в эту же рубрику, утратив тем самым свою нозологическую принадлежность.

Нововведение неоднозначно воспринято в научных кругах отечественной неврологии. Многочисленные публикации последнего десятилетия демонстрируют разноречивые, иногда, биполярные мнения по указанной проблеме. Одни авторы [В. И. Гарбузов (2001), Б. В. Михайлов (2002, 2007), В. Н. Шток (2006)] рассматривают истерию с прежних позиций, другие — [Ю. А. Александровский (2002, 2004), Л. М. Юрьева (2005), М. Виктор, А. Х. Роппер (2006), А. Б. Смулевич (2009)] отождествляют последнюю с конверсией и диссоциацией.

Отождествление диссоциативных и конверсионных расстройств МКБ-10 не совсем корректно.

В повседневной медицинской практике более приемлемо разъяснение МКБ-9.

Истерические синдромы требуют дальнейшего глубокого анализа, накопленный клинический и научный материал позволяет синтезировать современную концепцию неврозов.

УДК 616.895.8-085:006.015.5

РЕСУРС СІМЕЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТА З ШИЗОФРЕНІЄЮ ЯК КРИТЕРІЙ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В. В. Сотніченко

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, Київ*

Ключові слова: якість допомоги, шизофренія, клініко-психологічні критерії, сімейна підтримка

Актуальною проблемою клінічної та соціальної психіатрії залишається наукове обґрунтування та практичні заходи щодо забезпечення якості психіатричної допомоги хворим на шизофренію. Одночасно надається все більше уваги взаємозв'язку соматобіологічних та психосоціальних факторів у виникненні, формуванні та розвитку психічної патології. Вирішення цих задач неодмінно торкається сімейного контексту. Адаже не викликає сумніву, що сім'я, в якій один з її членів має психічний розлад, страждає через стан свого родича. В той же час встановлено, що сприятливий клінічний та соціальний прогноз при шизофренії (особливо на ініціальному етапі) значною мірою залежить від ступеня інтеграції пацієнта в сім'ю, куди він повертається після лікування.

Було опитано 30 родичів хворих на шизофренію за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта». В цьому опитувальнику наведено 20 тверджень щодо готовності членів сім'ї надавати допомогу та підтримку родичу з психічним розладом. Сімейна підтримка визначається як комплекс допомоги в різних сферах життєдіяльності. Розглядаються питання економічних витрат сім'ї, емоційних реакцій на хворобу близької людини, порушення звичного режиму соціальної та трудової активності, стресу.

З 30 опитаних 19 (63,4 %) є батьками хворого, 6 (20,0 %) — жінкою або чоловіком, 5 (16,6 %) — сестрами чи братами. Тривалість захворювання, що прямо пропорційно корелює з тривалістю догляду за пацієнтом, розподілилася таким чином: до 1-го року — 4 пацієнти (13,3 %), від 1-го до 5-ти років — 13 (43,3 %), від 5-ти до 10-ти років — 8 пацієнтів (26,6 %), більше 10-ти років — 5 осіб (16,6 %).

Встановлено, що ресурс сімейної підтримки у 15 (50,0 %) опитаних виявився обмежений (14—27 балів). В таких сім'ях знижені зацікавленість, мотивація та реальні можливості для надання повноцінної підтримки хворого. У 9 (30,0 %) опитаних визначено значний дисбаланс між потребами здорових членів сім'ї та необхідністю піклуватися про хворого. Рівень сімейної підтримки у таких сім'ях низький (28—40 балів). У меншості опитаних (6 — 20,0 %) встановлено емоційну, соціальну та економічну готовність підтримки хворого родича, визнання реальних меж своїх можливостей, що відповідає високому рівню ресурсу сімейної підтримки (1—13 балів).

Виявлено чітку зворотну пропорційну залежність між тривалістю захворювання (відповідно, тривалістю догляду за пацієнтом) та рівнем ресурсу сімейної підтримки. В цілому, для сестер та братів (сібсів) характерна більша готовність до конструктивного рішення повсякденних задач хворого та сімейного навантаження, в той час як батьки були гіперпротективні, мали ілюзорний характер очікувань. Дружини і чоловіки виявили значне емоційне дистанціювання та сумніви у можливості повноцінних відносин з хворим родичем (5 — 83,3 %). Більшість опитаних (26 — 86,6 %) були впевнені, що не обізнані в повному обсязі про належну допомогу, яку необхідно надавати хворому родичу.

Отримані дані свідчать про наявність значного ряду емоційно-соціальних проблем в сім'ях, в яких один з членів хворий на шизофренію. Більшість респондентів виявили низький або обмежений ресурс сімейної підтримки пацієнта, що значною мірою впливає на подальшу соціально-психологічну адаптацію родича та клінічний прогноз захворювання. Такий додатковий, непрямий критерій більш точно розкриває зв'язок динаміки психопатологічних розладів з наданою допомогою, зокрема, медико-психологічною та інформаційною.