

УДК 616.89.02 613.86.70

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ*И. Н. Стрельникова**Харьковский национальный медицинский университет**Ключевые слова:* эпилепсия, депрессивные расстройства

Целью настоящего исследования явилась разработка комплексной системы коррекции депрессивных расстройств у больных эпилепсией.

Нами с позиций системного подхода проведено комплексное обследование 65 больных в возрасте 17—35 лет, обою пола, с установленным диагнозом «эпилепсия», уточненной локализацией очага и сроком заболевания, не превышающим 10 лет, у которых имелись депрессивные расстройства.

Анализ результатов клинико-психопатологического и психодиагностического исследования позволил выделить следующие клинические варианты депрессивных расстройств у больных эпилепсией: тоскливые, адинамические, ипохондрические, тревожные симптомокомплексы, а также депрессии с деперсонализационными нарушениями. Поскольку основной задачей нашего исследования явился подбор оптимальной монотерапии, терапии не только судорожных приступов, но и депрессивных расстройств, в нашей работе мы использовали препарат Латригил. На фоне применения Латригила отмечена редукция депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, различного рода страхов, нормализация фона настроения. Повышалась восприимчивость к психотерапевтическим методам воздействия. Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим. К концу 9-й недели заметно улучшились когнитивные показатели. Все вышеперечисленное способствовало более успешной психосоциальной адаптации больных.

УДК 616.885-008.442

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ
СРЕДИ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА,
НАХОДЯЩИХСЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ
РАЗНОГО ТИПА**

*К. Р. Субаева**Харьковский национальный медицинский университет**Ключевые слова:* расстройства, адаптация, правонарушители

Лишение свободы, что является одним из видов криминального наказания, переносится осужденными как ситуация жизненного кризиса. Реакция на длительную социальную изоляцию с жесткой регламентацией поведения может выходить за рамки «нормальной», психологически обусловленной реакции и приобретать характер дистресса. В МКБ-10 выделены под шифром F43.2 расстройства адаптации (РА) как кратковременные реакции с простой (субсиндромальной) психопатологической структурой. Вместе с тем, по отношению к ряду расстройств категории F 41 рекомендуется (в соответствующих случаях) также использовать шифр F 43.2. Оговоренные в этом плане единицы F 41.2 и F 41.3 отчасти соответствуют признакам и критериям РА (F 43.2), однако при учете всей широты картины (сложная клинико-психопатологическая структура, динамика формирования и длительность проявления), они по существу представляют собой невротические состояния и именно в этом качестве могут относиться к группе аффективных нарушений адаптации. Данное сообщение касается исключительно тех случаев, которые изначально соответствуют критериям РА (F 43.2).

Обследовано 552 осужденных молодого возраста (18—28 лет), которые находились в исправительных колониях

(ИК) разного типа содержания, из них в колонии строгого режима (КСР) — 224 человека, в колонии общего режима (КОР) — 162 человека и в колонии-поселении (КП) — 166 человек. Выявлено 148 случаев РА (26,81 %). По отношению к числу обследуемых в каждой из ИК, количество лиц с РА значительно отличалось: в КСР установлен 31 случай (13,84 %), в КОР — 23 случая (14,20 %), а в КП наибольшее — 94 случая (56,62 %).

РА проявлялись в рамках следующих клинико-психопатологических вариантов: кратковременные депрессивные реакции (КДР — F 43.20), которые длились не более 2—3 недель и проявлялись в виде легкой меланхолии или мягкой депрессии на фоне астении или же тоскливо-враждебного настроения; пролонгированные депрессивные реакции (ПДР — F 43.21) выражались в меланхолическом настроении с апатическими чертами и продолжались до 3—6 месяцев; смешанные тревожные и депрессивные реакции (СТДР — F 43.22), которые соответствовали известным характеристикам тревожной депрессии, длились до 3—5 месяцев; тревога с преобладанием других эмоций (ТПДЭ — F 43.23) наблюдалась в виде реакций устойчивой ситуационной тревожности с периодическим нарастанием внутренней напряженности и выраженной раздражительности, иногда с дисфорическим оттенком.

Показатели различных вариантов РА проявлялись в следующем нисходящем порядке: СТДР — 75 случаев (50,58 %), ТПДЭ — 52 случая (35,13 %), КДР — 18 случаев (12,16 %) и ПДР — 3 случая (2,03 %). Частота клинико-психопатологических вариантов РА существенно отличалась в каждом из типов ИК. В КСР определены одиночные ПДР — 3 случая (1,34 %) и СТДР — 4 (1,79 %) при значительно большей численности ТПДЭ — 24 (10,71 %) и отсутствии КДР. В КОР не зафиксированы КДР и ПДР при приблизительно равности случаев ТПДЭ — 10 (6,17 %) и СТДР — 13 (8,03 %). В КП значительно преобладали СТДР — 58 случаев (34,94 %) при равном количестве КДР и ТПДЭ — по 18 случаев (по 10,84 %) и отсутствии ПДР.

Сопоставление полученных данных (взятых по каждой ИК в отдельности) указывает на следующие тенденции: во-первых, РА (F 43.2) в каждой ИК имеют индивидуальное соотношение вариантов их проявления; во-вторых, тревожный вариант (ТПДЭ) в ИК всех типов проявляется относительно близкими и умеренными показателями (до 10 %); в-третьих, тревожно-депрессивные реакции наиболее характерны для КП и в значительно меньшей мере для КОР; в-четвертых кратковременные легкие депрессии выявлялись только в КП; в-пятых, длительные мягкие депрессии практически не встречаются (1 %) в рамках РА. Важно подчеркнуть, что высокий удельный вес РА в КП (то есть в колонии с наиболее мягким режимом содержания) не следует рассматривать в негативном плане без учета частоты выявления аффективных нарушений адаптации невротического типа во всех ИК, что выходит за рамки данного сообщения.

Приведенные показатели РА важны для освещения большого массива адапционных аффективных расстройств в их клинико-психопатологически дифференцированном разнообразии, которое следует учитывать при планировании психопрофилактической работы в ИК различного типа содержания осужденных.

УДК 616-003.96: 362.9

**ПЕНИТЕНЦИАРНЫЕ НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ
КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОСУЖДЕННЫХ
В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА**

*К. Р. Субаева**Харьковский национальный медицинский университет**Ключевые слова:* исправительная колония, адаптация, тревога, депрессия

Особенности адаптации осужденных к условиям длительной социальной изоляции и строгой регламентации поведения остаются малоизученными.

Цель данного исследования: выявление и изучение аффективных (тревожных и депрессивных) нарушений адаптации (АНА) среди осужденных мужчин в возрасте 18—28 лет.

В работе использованы следующие методы: скрининговый, клинико-психопатологический, анамнестический, психодиагностический и статистический.

Обследовано 552 правонарушителя в ИК различного типа: 224 — в колонии строгого режима (КСР), 166 — в колонии общего режима (КОР) и 166 — в колонии-поселении (КП). Частота выявления АНА (по отношению к числу обследованных в каждой ИК) распределилась следующим образом: КСР — 173 случая (32,59 %), КОР — 101 сл. (62,35 %), КП — 113 сл. (68,07 %), то есть, наибольшее количество АНА выявлено в КП и КОР, а двукратно меньше — в КСР.

Ориентируясь на осевую аффективную симптоматику, выделены три психопатологических варианта АНА: тревожный — 112 сл., тревожно-депрессивный — 154 сл., депрессивный — 21 сл. В каждой из отдельно взятой ИК установлены следующие показатели — тревожный вариант: КСР — 19,20 %, КОР — 24,08 %, КП — 18,07 %; тревожно-депрессивный вариант: КСР — 12,05 %, КОР — 38,27 %, КП — 39,16 %; депрессивный вариант: КСР — 1,34 %, КОР — не выявлен, КП — 10,84 %. Как видно, тревожный вариант выявлялся в ИК всех трех типов с очень близкими относительными значениями. Показатели тревожно-депрессивного варианта в КОР и КП втрое больше, чем в КСР. Депрессивный вариант АНА отличался особым разнообразием: в КОР депрессивные расстройства не выявлены, в КСР — случаи единичные, но в КП — его величина достаточно существенна.

Важно указать, что выделенные психопатологические варианты АНА имели различную степень выраженности тревоги и депрессии (от легкой до выраженной) и различную длительность проявления (от нескольких недель до полугода). Аффективные нарушения сочетались с разнообразным диапазоном вегетативных расстройств. В части случаев клиническая картина включала отдельные проявления соматоформных и ипохондрических нарушений.

Выявленные АНА в клинико-психопатологическом плане представляли две классификационные категории: F 43 (F 43.20 — 23) и F 41 (F 41.1 — 3). Случаи отнесенные к категории F 43 являлись кратковременными реакциями субсиндромального типа (АНА-ССТ), а отнесенные к F 41 имели характерные признаки состояний невротического типа (АНА-НТ).

Наибольшее количество АНА-ССТ (по отношению к числу обследованных в каждой ИК) приходится на КП (53,62 %) при существенно более низких показателях в КОР и КСР (14,20 % и 13,84 %, соответственно). Наибольшая численность АНА-НТ выявилась в КОР (48,15 %) при значительно более низких показателях в КСР и КП (18,75 %, 11,74 %, соответственно). Соотношение численности АНА-ССТ и АНА-НТ составляло в КСР 1 : 1,4, в КОР — 1 : 2,1, в КП — 1 : 0,25.

Таким образом, анализ показал, что несмотря на общее преобладание в КП удельного веса АНА по сравнению с другими ИК (включая значительный процент тревожно-депрессивного и депрессивного вариантов), в ней установлено существенно (вчетверо) большее количество АНА-ССТ, чем АНА-НТ. Наибольшие показатели АНА-НТ (включая тревожно-депрессивный и тревожный варианты) выявлены в КОР. В КСР показатели АНА-ССТ и АНА-НТ относительно низкие и близкие, что значительным образом связано как с особенностями контингента ИК данного типа, так и с условиями их содержания. Полученные результаты можно рассматривать как индикаторы качества жизни осужденных и использовать при создании программ своевременного выявления, терапии, коррекции и профилактики АНА применительно к ИК различного типа.

УДК 616.89-008.19-08:159.92

ДЕЯКІ НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ВИБОРУ МЕТОДІВ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ З ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ

*В. І. Сухоруков, Н. М. Привалова, Л. І. Лавинська
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: енцефалопатія, емоційні розлади, нейропсихологічні критерії, методи корекції

Метою нашого дослідження було вивчення характеру емоційних розладів у хворих на енцефалопатії в залежності від характеру нейропсихологічного синдрому, в структурі якого формуються емоційні порушення.

Об'єктом дослідження були 53 хворих на енцефалопатії різного генезу, у яких в клінічній картині захворювання спостерігалися емоційні розлади (F 06 за МКБ-10) віком від 25 до 68 років. Всім хворим було проведено нейропсихологічне обстеження з додаванням спеціальних методів дослідження емоційної сфери (Е. Д. Хомская, Н. Я. Батова, 1992), а також обстеження за допомогою опитувальників SCL-90-R та Бека.

За результатами нейропсихологічного обстеження всі хворі були поділені на 3 групи в залежності від характеру порушень довольної регуляції психічної діяльності, наявності яких свідчить про той або інший ступінь зацікавленості чоловік відділів мозку. Так, у хворих 1 групи відповідні порушення були визначені тільки в ланці контролю за виконанням діяльності, у хворих 2 групи виявлялися значні порушення програмування та регулювання у вигляді проявів імпульсивності або інертності, хворі 3 групи займали проміжне положення: в них порушення програмування та регулювання діяльності могли бути скомпенсовані при використанні допоміжних засобів організації діяльності. Результати дослідження особливостей емоційних розладів свідчать про найбільшу виразність проявів тривоги, депресії (з акцентом на її когнітивно-афективні компоненти), агресії у хворих 1 групи, дещо менше — у хворих 3 групи, тоді як у хворих 2 групи домінують соматичні прояви депресії. Навпаки, самооцінка власного стану (включно з емоційною) була більш диференційованою та об'єктивною у хворих 1 групи, тоді як у хворих двох інших груп на самооцінку власних симптомів значно впливав наявний емоційний стан. Здатність адекватної кваліфікації емоційних стимулів за знаком та інтенсивністю також була більшою у хворих 1 групи.

Таким чином, емоційні порушення у вигляді розладів фонових станів, або емоційного реагування при більшій збереженості критичного ставлення до свого емоційного дефекту у хворих 1 групи, або розлади всіх типів емоційних явищ (емоційного стану, емоційного реагування та емоційно-особистісних якостей) у хворих двох інших груп зумовлені в великій мірі ступенем та характером участі у патологічному процесі чоловік відділів мозку. Ми вважаємо, що ці емоційні розлади потребують принципово різних підходів до їх клінічної корекції з урахуванням ролі чоловік відділів мозку як у формуванні цих порушень, так і в забезпеченні процесів їх компенсації.

УДК 616.89-008.19:616.831-002

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СИНДРОМОГЕНЕЗУ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ЕНЦЕФАЛОПАТІЯМИ

*В. І. Сухоруков, І. А. Назарчук, Ю. В. Бовт, О. М. Біневська
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: енцефалопатія, емоційний розлад

Емоційні розлади у хворих з енцефалопатіями є поширеними і, набуваючи свого розвитку, досить часто стають провідними клінічними синдромами цих захворювань і, певною мірою, визначають їх подальший перебіг.

Метою дослідження було вивчення клінічних особливостей синдрому генезу емоційних розладів у хворих з енцефалопатіями.