

Направлены они, в первую очередь, на индивидуализацию лечения больных с поправкой на их генетические особенности. Шагнущие в последние десятилетия далеко вперед биотехнологии, связанные с изучением генома человека, позволяют с высокой степенью индивидуализировать назначаемые препараты специалистам данных областей.

В области психиатрии на сегодняшний день предложен также целый ряд парадигм, касающихся индивидуализации терапии с поправкой на генетические особенности пациента (E. Gordon, 2012). Основные усилия здесь брошены на определение биомаркеров, позволяющих объективно фиксировать следующие ключевые позиции (Williams, Rush, Koslow, Wisniewski, Cooper, Nemeroff, Schatzberg, Gordon, Trials, 2011):

- общий ответ на лечение (нет/да; определяются ли ремиссии);
- различность ответов на применение трёх наиболее широко распространённых в США антидепрессантов: эсциталопрам, сертралин, венлафаксин;
- реакция на изменение доз;
- побочные эффекты;
- становление долгосрочных ремиссий.

Однако очевидно, что, несмотря на колоссальный прогресс в данной области, это пока лишь планы, осуществление которых — удел будущего.

Вместе с тем, по нашему мнению, уже сегодня большую роль в становлении персонализированной медицины в психиатрии могут сыграть методы исследования, считающиеся в настоящее время рутинными. Например, реоэнцефалография, позволяющая прогнозировать реакцию пациентов на введение нейрореплементов.

УДК: 616.89-008.46-06:616.895.8]:615.851

Бессмертный А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования; ГЛПУ «Центральная клиническая больница «Укрзалізниці» (г. Харьков)

МНЕСТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Современные исследования в компетенции медицинской психологии всё чаще обращены к проблеме патоперсоналогии пациентов в зависимости от болезни. Улучшить качество психодиагностики и психокоррекции феноменологии «внутренней картины болезни» (ВКБ) для изменения типа отношения к заболеванию, особенно при шизофренических расстройствах, — является главным для формирования тактики терапии, реабилитации и абилитации страдающих.

Одним из ракурсов в свете концепции ВКБ, благодаря которому возможно получить доказательные факты глубоких изменений запечатления данности своего заболевания, является мнестологический, т. е. ориентированный на память.

Информацию о своём заболевании пациенты часто представляют в виде повествовательных изложений в процессе самонаблюдения. Поэтому основными положениями, которыми мы руководствовались, были постулаты автобиографической памяти (АБП), обеспечивающей субъективное отражение пройденного человеком отрезка жизненного пути, в том числе пути, связанного с болезнями.

Цель исследования — по результатам клинико-психологического исследования хроно-динамических особенностей АБП и её функций, патоперсоналогии и феноменологии ВКБ, разработать модифицированную методику психодиагностики АБП у больных параноидной шизофренией.

За период с 2009 по 2012 год в Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3 обследовано 100 пациентов (60 мужчин, 40 женщин), средний возраст 34 ± 7 лет, страдающих параноидной шизофренией.

Использовались следующие методы: анамнестический, наблюдения, нарративного интервью, психодиагностический, социально-демографический, контент-анализ, теоретического моделирования, методы математической статистики.

Психодиагностический метод включал использование методик: «Психологическая автобиография» (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова, 1998); «Линия жизни» (В. В. Нуркова, 2000); «Функции автобиографической памяти» (К. Н. Василевская, 2008); опросник «Тип отношения к болезни» (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Б. Карпова, 2005); схема интервью «Катамнез внутренней картины болезни при шизофрении» (Н. П. Татаренко, 1947, 2001); «Пиктограмма» (А. Р. Лурья, 1962).

На основании анализа полученных результатов нами определены следующие особенности АБП у больных параноидной шизофренией: затруднения в воспоминаниях жизни, нежелательность субъективной оценки событий, увеличенное время антиципации и сниженное время ретроспекции. Автобиография ограничена грустными воспоминаниями о болезни с доминантой личностно-психологических, межличностных и социальных тем. Снижен эмоциональный баланс, переработка и гармонизация оперативного настоящего, будущего. Недостаточная полнота, оригинальность, пассивность, истощение воспоминаний внутренней жизни, рекреационных и исторических событий. Выраженное снижение всех функций АБП (прагматической, саморегуляции, коммуникативной, экзистенциальной) и их зрелости. Пациентам присущи негативные воспоминания, недостаточность саморегуляции психических состояний, специфическая мечтательность, дефицитность социальных контактов и общего общения, узкий репертуар жизненных тем.

Разработана и апробирована модифицированная методика психодиагностики АБП и уровней ВКБ у больных шизофренией «Я и память о болезни». Кроме чувствительного, когнитивного и эмоционального уровней переживаний, учитывающихся в методике, нами предложен мнестологический, подразумевающий значение автобиографических воспоминаний, которые пересекаются с темой болезни в жизни пациента. Доказана эффективность применяемой методики в 84,00 % случаев и подчёркнуто её значение для психодиагностики хроно-динамических особенностей АБП. Последнее даёт возможность утверждать о существовании качественных и количественных патопластических характеристик памяти, которые могут быть учтены для дополнения шизофренической патопсихологической регистра-синдромологии.

УДК: 616.89-008.19-06-037

Е. Д. Богацкая

Луганский областной наркологический диспансер

ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ КАК ОСНОВА БОЛЕЗНИ

Практически у каждого человека есть внутренний конфликт, а иногда и не один. Суть конфликта в том, что не совпадает то, что мы хотим с тем, что имеем в реальности. Самый первый серьёзный конфликт возникает, когда нам «выбирают» профессию родители, с детства внушая желаемые варианты и поощряя желательный выбор. Впоследствии многим приходится заниматься нелюбимой работой. Совсем немногие решаются на радикальные перемены, поскольку обычно оказывается много внешних сдерживающих факторов (семья, дети, привычка и др.). И пытается убедить себя человек, что его все устраивает. Со временем у него появляется ощущение, что живет не так, как хочет он сам, а как хотят его близкие, чувствует себя одиноким, непонятым. В результате и возникает внутренний конфликт, который порой даже не сразу осознается. С течением времени все это выливается на телесный уровень, и развивается болезнь. Организму, в общем-то, не так уж и важно, какая болезнь возникает. Это может быть что угодно — повышенное давление, язва, головные боли, сексуальные проблемы, депрессия и т. д. Так, как человеку трудно наладить общение с другими (сослуживцы, члены семьи и др.), так же тяжело ему поладить и со своим телом. Важно и нужно уметь вести хороший диалог. И этому обязательно надо учиться. Это всегда помогает.

Медицина, как правило, работает уже с последствиями заболевания, она не лечит причины, которые к нему привели. Очень многие медицинские проблемы вызваны нарушением психического здоровья. Осознав внутренний конфликт, человек сразу делает несколько полезных вещей. Во-первых, выводит его из бессознательного или плохо осознаваемого состояния в сознательное. Во-вторых, поняв причину, можно с ней работать. У каждого человека конфликт с самим собой индивидуален. Их много и не всякий приведет к болезни, но затянувшийся, рано или поздно, обязательно подтолкнет. Если длительно игнорировать свои переживания, желания, не пытаться в них разобраться и понять, продолжать «плыть по течению», то это переходит на уровень болезни. Организм начинает подавать такой сигнал, который не заметить невозможно. Большое значение играет модель поведения, которую усвоил человек. Мы переносим во взрослую жизнь все то, чему научились с самого детства, неосознанно копируя старую модель (так, как делали родители). Очень важно такие моменты проработать с психологом и найти новый вариант поведения, учиться разрешать конфликты, научиться по-новому справляться с проблемами.

Резюмируя все, можно сказать следующее: за наше здоровье или нездоровье, в первую очередь, отвечает наша психика; любое

проявление болезни — это подсказка, что что-то не в порядке, это сигнал, который нельзя игнорировать; основная роль в выздоровлении принадлежит самому человеку, зачастую человек сам запускает механизм болезни, что выражается в непонимании своего душевного мира, что и выливается в итоге на телесный уровень; важно все внутренние конфликты проработать с психологом (психотерапевтом), причем часто — в сочетании с фармакотерапией. Главная суть лечения — обратить внимание на душевное благополучие. Идеальный вариант помощи — это построение правильного диалога между пациентом — психологом — врачом. Грамотно разработанная программа помощи, включающая много различных компонентов (медитация, изменение установок, работа с желаниями, мотивацией, принятие ответственности за свое выздоровление на себя), обязательно приведет к желаемому результату и избавлению от болезни. Самому ее проделать тяжело, так как нужен человек, который бы направлял и подсказывал, как правильно. Но, в конце концов, именно заболевший сам себе и может помочь в большей степени.

УДК 159.922:614.253-071-082.6

О. О. Бородавко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РОЛЬОВИХ ПОЗИЦІЙ ХВОРИХ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ХОДІ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Вивчення особливостей терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і пацієнтом, який складається в ході лікувально-реабілітаційного процесу, є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медичної психології. В своїх дослідженнях ми розглядали ТА як складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря (РПЛ) та пацієнта (РПП), які становлять індивідуальний стиль реалізації їх соціальних ролей.

У дослідженні взяли участь 119 хворих на основні неврологічні (НР) та психічні (ПР) розлади — 56 (47,05 %) чоловіків та 63 (52,95 %) жінки. Використовували такі психодіагностичні методики: «Методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко, 2011), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар — пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2011).

В результаті дослідження було визначено основні форми рольових позицій пацієнтів: «Міжособистісна залежність» (20,75 %), «Функціональне співробітництво» (16,98 %), «Пасивність» (13,20 %), «Партнерство» (13,20 %), «Псевдопартнерство» (7,54 %), «Неадекватність» (7,54 %), «Дистанціювання» (5,65 %) та змішана форма (15,14 %). Досліджено особливості рольових позицій пацієнтів в залежності від їх гендерних характеристик. Так, у чоловіків, хворих на НР, домінують такі РПП як «Функціональне співробітництво» (10,04 ± 2,45), «Пасивність» (9,89 ± 2,44) та «Міжособистісна залежність» (9,45 ± 2,15). У чоловіків з ПР найбільше виражені риси псевдопартнерства (11,01 ± 2,45) та неадекватності (10,21 ± 2,13) при спілкуванні з медичним спеціалістом. Менше за все у них, незалежно від нозологічної належності, відзначається партнерська позиція (7,82 ± 1,67 та 4,81 ± 1,63 відповідно). У жінок, хворих на НР, домінує міжособистісна залежність (16,25 ± 4,21) у взаєминах з лікарем. Найменше у них виражені риси функціонального співробітництва (7,07 ± 2,61). У жінок з ПР домінують риси неадекватності (10,34 ± 2,15) та псевдопартнерства (8,09 ± 2,11). Менше за все для них характерна партнерська форма РПП (4,23 ± 1,75). В цілому у чоловіків, хворих на НР, більше, ніж у жінок, відзначається функціональне співробітництво з лікарем (5,07 ± 2,61 та 10,04 ± 2,45 відповідно, $p < 0,05$) та менше виражена міжособистісна залежність у взаєминах з ним (9,45 ± 2,15 та 16,25 ± 4,21 відповідно, $p < 0,05$). У чоловіків з ПР, на відміну від жінок, відзначається більша вираженість рис псевдопартнерської рольової позиції (11,01 ± 2,45 та 8,09 ± 2,11 відповідно, $p < 0,05$) і менша представленість міжособистісної залежності при взаємодії з лікарем (4,32 ± 1,24 та 5,88 ± 1,72 відповідно, $p < 0,05$).

Таким чином, відзначаються такі особливості рольових позицій хворих на неврологічні та психічні розлади. Чоловіки, хворі на НР, більше, ніж жінки, схильні до функціонального співробітництва з лікарем та менше проявляють міжособистісну залежність у взаєминах з ним. У чоловіків з ПР, порівняно з жінками,

відзначається більша вираженість рис псевдопартнерської позиції і менша представленість міжособистісної залежності при взаємодії з лікарем. Отримані результати можуть бути використані в ході організації лікувально-реабілітаційних заходів та створення психокорекційних програм для хворих на НР та ПР.

УДК 616.89:615.832.97-08

Бредня В. Ф. *, Бредня В. В. **

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН
України» (г. Харків), **Харьковская областная клиническая
психиатрическая больница № 3

КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНА ГИПОТЕРМИЯ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Краниocereбральная гипотермия (КЦГ) является биологическим видом терапии, которая в первую очередь направлена на болезнь как биологический процесс и на организм в целом.

Основной механизм действия — это стимуляция компенсаторных процессов. Холодовое воздействие на головной мозг участвует в регуляции корково-подкорковых взаимоотношений.

В. И. Реминяк, И. В. Реминяк в своей монографии «Краниocereбральная гипотермия в психиатрии» описывали, что КЦГ как метод лечения относится к группе так называемых «активных» методов. Реализация физиологического эффекта гипотермии осуществляется на уровне подкорковых структур путем воздействия на центры терморегуляции, вызывая реакцию адаптации, и тем самым способствует самогенезу.

Применение краниocereбральной гипотермии в клинической практике приводит к снижению внутричерепного давления, повышается устойчивость к гипоксии. Таким образом, краниocereбральная гипотермия предполагает одновременное воздействие на различные патологические механизмы заболевания. Применение метода гипотермии в психиатрической практике является эффективным методом при лечении различных форм психических заболеваний.

В отделении нашего института мы применяем краниocereбральную гипотермию для снижения терапевтической резистентности у больных, страдающих эндогенными психозами, безремиссионными формами течения шизофрении, затяжных форм течения депрессий, а также больных, страдающих неврозами, ипохондрическими состояниями, дисциркуляторными энцефалопатиями различного генеза.

Гипотермия проводится в режиме умеренной глубины. Эффект применения гипотермии в этом режиме повышает чувствительность к психотропным препаратам, нормализует деятельность вегетативной нервной системы, улучшает настроение, внимание, память, сосредоточение, повышается умственная и физическая работоспособность.

После проведения краниocereбральной гипотермии в течение 15—18 дней постепенно нормализуется психическое состояние больных.

Метод краниocereбральной гипотермии безопасен и не имеет абсолютных противопоказаний.

По данным отдаленного катамнеза эффект проводимой КЦГ оказался устойчивым, что говорит о высокой экономической эффективности метода и его перспективности, что и соответствует принципам доказательной медицины.

УДК 616.88-008.44-08

Бредня В. Ф. *, Бредня В. В., Бредня Т. С. **

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН
України» (г. Харків), **Харьковская областная клиническая
психиатрическая больница № 3

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Лечение больных нервной анорексией представляет большие трудности, ибо больные с этим видом патологии чрезвычайно резистентны к психотропной терапии.

Больных нервной анорексией лечат амбулаторно и стационарно. Однако, сейчас установлено, что для успешного лечения этих больных, особенно с выраженной кахексией, их необходимо стационаризовать в психосоматические стационары или в специализированный гастроэнтерологический стационар с обязательной постоянной консультацией психиатра, психотерапевта.

Стационарное лечение проводится в случаях тяжелой анорексии, когда больных госпитализируют по жизненным показаниям. Амбулаторное лечение возможно лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не достигали степени выраженной кахексии и не угрожали жизни больных.