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 «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков), **Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3*

КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Краниоцеребральная 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 «Краниоцеребральная 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 краниоцеребральной гипотермии в клинической практике приводит к снижению внутричерепного давления, повышается устойчивость к гипоксии. Таким образом, краниоцеребральная 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 краниоцеребральную 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 краниоцеребральной гипотермии в течение 15—18 дней постепенно нормализуется психическое состояние больных.

Метод краниоцеребральной 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 «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков),* *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 стационировать 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.

Лечение больных нервной анорексией должно проводиться поэтапно:

1 этап — неспецифического лечения, направленный на улучшение соматического состояния;

2 этап — специфического лечения — лечения основного заболевания в соответствии с его нозологической принадлежностью.

Цель первого этапа лечения — приостановить снижение массы тела, укрепить соматическое состояние и подготовить больных к последующему специфическому, патогенетическому лечению.

Терапия нервной анорексии требует дифференцированного, индивидуализированного лечения, направленного, в первое время, на нормализацию водно-солевого обмена, электролитов, углеводного, жирового и белкового обмена, к таким препаратам для парентерального питания относятся полиамин — белковый препарат, который вводится внутривенно капельно — скорость введения — 25—35 капель в 1 мин., суточная доза 400—1200 мл, берламин — препарат для ведения через зонд и ряд других для парентерального введения.

Должен проводиться ежедневный контроль артериального давления, пульса, массы тела. Наряду с коррекцией метаболических нарушений целесообразно назначение одного из антидепрессантов, таких как эглонил, лудиомил, паксил, ципралекс, феварин, золофт, а также флорисед. По данным ряда авторов хороший терапевтический эффект при нервной анорексии оказывает френолон, который стимулирует пищевое поведение.

С первых же дней больным необходимо назначать дробное, небольшими порциями питание, 6—7 раз в день. Строго следует следить за тем, чтобы больные искусственно не вызывали рвоту.

Специфический этап лечения наиболее сложен, т. к. терапия здесь направлена на основное заболевание: шизофрения, биполярное, депрессивное расстройство, неврозы, акцентуация характера. Ведущим методом лечения больных с нервной анорексией является сочетание медикаментозной терапии с различными видами психотерапии. Методы психотерапии должны варьировать от рациональной и суггестивной до аутотренинга. При этом обязательно необходимо учитывать личностные особенности пациентов. Особое место в психокоррекционной работе с больными нервной анорексией, независимо от ее нозологической принадлежности, занимает семейная психотерапия. Важен и комплайенс врач — больной — семья — общество.

Необходима комплексная терапия с включением гепатопротекторов, полиоксидоний, адаптогены, поливитамины с минеральными добавками, нормотимики.

Лечение должно быть длительным, до полного выхода из психотерапевтического состояния и стабильностью соматического статуса.

После выписки из стационара больные должны переводиться на поддерживающее лечение в амбулаторных условиях современными антидепрессантами и постоянным систематическим контролем веса больных.

При ухудшении психического состояния (бред/отравления, психогенная рвота и др.) и снижении массы тела показана инфузионная терапия, полиоксидоний, постепенное увеличение дозировок антидепрессантов в стационарных условиях с активизацией психокоррекционной работы.

Проведенный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий дает положительные результаты при нервной анорексии и других психосоматических формах анорексии.

УДК 616-082:159.61:615.011.3

Бучок С. Ю.

Ужгородський національний університет

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАСТАНОВ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЩОДО ПСИХІЧНО ХВОРИХ ПІСЛЯ ВИВЧЕННЯ КУРСУ ПСИХІАТРІЇ

Згідно з даними офіційної статистики, в Україні за допомогою до лікаря-психіатра за минулий рік звернулись майже 2,5 % відсотка українців. Переважна більшість користувачів психіатричної допомоги, що хоча б одноразово зверталися за допомогою до відповідних спеціалістів, не вважає доцільним чи «престижним» про це говорити з оточуючими, очікуючи (часто небезпідставно) упередженого до себе ставлення. В багатьох розвинутих країнах світу існує подібна проблема під назвою «стигматизація».

Стигма (від др. — грец. στίγμα — знак, клеймо, тавро — негативне виділення суспільством особистості чи соціальної групи за окремою ознакою з наступною сукупністю соціальних реакцій на дану особистість чи представників соціальної групи. Це поняття якнайкраще відображає відокремлення людей, що звертались до лікаря-психіатра, із суспільного загалу. Тому, без вирішення проблеми дестигматизації психічно хворих, неможливо розраховувати на їхню успішну соціально-психологічну адаптацію в суспільстві, навіть враховуючи очевидні успіхи сучасної психофармакології, що значно розширюють медичні ресурси реабілітаційного процесу. Відповідно, усвідомлення та виявлення шляхів подолання складного кола питань ставлення до психічно хворих серед різних груп населення, а в даному дослідженні — студентів-медиків, є важливим та принциповим завданням, що має на меті створення оптимальних моделей взаємодій у тріаді «суспільство — працівники служб охорони психічного здоров'я — хвора людина».

Метою дослідження було вивчити трансформацію ставлення студентів 4-го курсу медичного факультету УжНУ до психічно хворих в процесі вивчення курсу «Психіатрія та наркологія».

Для проведення анкетування була використана спеціальна анкета, розроблена в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Вона включає в себе 39 запитань, які стосуються рівня поінформованості респондентів в галузі психіатричної проблематики, а також питань довіри до колишніх пацієнтів психіатричних закладів, їх уявної чи дійсної суспільної небезпеки та ін.

У дослідженні взяли участь 136 студентів 4-го курсу медичного факультету, які вивчали предмет «Психіатрія та наркологія».

В процесі ознайомлення з проявами симптоматики психічних розладів, варіантами перебігу патології, можливостями сучасної психофармакології та юридично-правовими аспектами надання гарантій психічно нездоровим особам у 39,7 % студентів покращилось ставлення до психічно хворих, з`явилось розуміння необхідності дестигматизації цих груп пацієнтів і подолання існуючої соціальної упередженості. Виразною ознакою позитивних трансформацій виявилася зміна професійної орієнтації студентів в напрямку вибору професії психіатра. Проте у більшості респондентів залишається сталим упереджене ставлення до пацієнтів психіатричних закладів, активне несприйняття можливостей соціальної чи професійної співпраці з ними в майбутньому.

УДК 616.895.8:615.214-08

Варшавский Я. С., Завалко Ю. Н., Левченко А. Д.

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕРОКВЕЛЬ XR® ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Лечение больных шизоаффективными расстройствами остается одной из сложных проблем современной психиатрии. Основной задачей психофармакологии является создание максимально эффективных препаратов, обладающих терапевтическим действием в отношении психопатологических симптомов, при минимуме побочных эффектов. Наглядным подтверждением тому служит факт, что внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков не привело к однозначному предпочтению при определении терапевтической тактики. Вероятно, это объясняется тем, что согласно исследованиям, внимание которых уделялось не только показателям большей эффективности антипсихотиков второго поколения в отношении коррекции ряда психопатологических расстройств, но и безопасности, было отмечено частое появление у больных нейроэндокринных дисфункций за счет повышения содержания в крови пролактина.

Нами обследовано 17 больных, находящихся на стационарном лечении в остром мужском отделении № 31 КУ «ДКПБ»ДОС» по поводу шизоаффективного расстройства, из них — маниакальный тип имели 10 чел. (58,8 %), депрессивный — 4 (23,5 %), смешанный — 3 (17,6 %). Средний возраст — 32,3 ± 1,8 года. Все пациенты принимали до госпитализации атипичные антипсихотики как минимум 12 недель: амисульприд — 7 чел. (41,2 %) в средней дозировке 256 ± 144 мг/сут, рисперидон — 6 чел. (35,3 %) в средней дозировке 4,7 ± 1,4 мг/сут, оланзапин — 4 чел. (23,5 %) в средней дозировке 19,3 ± 5,9 мг/сут. У всех пациентов на момент поступления отмечались нейроэндокринные расстройства: снижение либидо — 7 (41,2 %), нарушение эрекции — 6 (35,3 %), нарушение эякуляции — 2 (11,8 %), гинекомастия — 2 (11,8 %). Контроль уровня пролактина выявил существенное повышение пролактогенной активности у всех пациентов: так, у принимающих рисперидон средний показатель уровня пролактина составил 1471 ± 203,4 мкМЕ/мл, оланзапин — 935,1 ± 137,3 мкМЕ/мл, амисульприд — 753 ± 159,6мкМЕ/мл (при норме у мужчин — 96—456 мкМЕ/мл).