

С целью диагностики наличия депрессивного расстройства и оценки степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу CDRS-R для детей 6—12 лет. Для изучения уровня тревожности у обследованных использовали методику «Выявление уровня тревожности у подростков», включающую шкалу школьной, самооценочной и межличностной тревожности. Оценка эмоционального состояния осуществлялась в двух временных периодах: за семь дней до перевода часов на летнее время и через семь дней после.

До перевода часов на летнее время депрессивные расстройства регистрировались у 20,0 % исследованных. Ведущими клиническими симптомами были: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (78,7 %), нарушение сна (78,1 %), раздражительность (77,9 %), нарушение аппетита (74,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 46,5 % обследованных, несколько повышенный — у 25,0 % исследованных, соответственно; высокий уровень — у 17,2 % обследованных; очень высокий — у 2,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 9,0 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 47,3 % обследованных, несколько повышенный — у 22,0 % исследованных, высокий уровень — у 11,7 % обследованных; очень высокий — у 7,9 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 11,1 % исследованных.

После перевода часов на летнее время депрессивные расстройства зафиксированы у 31,2 % обследованных. В клинической картине преобладали: подавленное настроение (100,0 %), чрезмерная утомляемость (100,0 %), ухудшение успеваемости (91,2 %), нарушение сна (94,1 %), нарушение аппетита (89,9 %), раздражительность (88,4 %), жалобы на состояние здоровья (77,1 %), чрезмерная плаксивость (73,2 %), гипоактивность (68,9 %). По шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 8,5 % обследованных, несколько повышенный — у 45,2 % исследованных; высокий уровень — у 29,5 % обследованных; очень высокий — у 9,3 % исследованных и чрезмерное спокойствие отмечалось у 7,5 % обследованных. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 33,3 % обследованных, несколько повышенный — у 38,2 % исследованных, высокий уровень — у 13,7 % обследованных; очень высокий — у 8,2 % лиц; чрезмерное спокойствие отмечалось у 6,6 % исследованных.

Сравнительный анализ интенсивности депрессивной симптоматики и уровня выраженности общей тревожности на первом и втором этапах исследования показал их достоверно более высокую степень выраженности после перевода часов на летнее время ($p < 0,05$). Так, до перевода часов на летнее время высокая степень выраженности клинических симптомов регистрировалась у 15,4 % исследованных, умеренная — у 32,6 %; после перевода часов на летнее время — у 27,7 % и у 55,1 %, соответственно; средний балл по шкале общей тревожности до перевода часов на летнее время составлял 70,1 балла, что соответствовало несколько повышенному уровню, после перевода — 87,7 балла, что указывало на высокий уровень.

УДК 616.831-008.47:159.96:001.8

Даценко І. Б.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ ФОРМУВАННЯ ОСОБИСТОСТІ У ПІДЛІТКІВ ІЗ МОЗКОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ТА ЇХ АБІЛІТАЦІЯ

На основі системного міждисциплінарного підходу до вивчення порушення формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією визначено його причини, умови й механізми розвитку.

Предметом багатофакторного аналізу стали матеріали обстеження й лікування 259 підлітків чоловічої статі з мозковою дисфункцією й емоційно-поведінковими розладами віком від 10 до 18 років.

Дослідження психічного стану підлітків із мозковою дисфункцією дало змогу виявити наявні в них порушення формування особистості і класифікувати їх у такий спосіб:

I. Типи порушення формування особистості збудливого кола ($67 \pm 3\%$): 1) лабільній ($42 \pm 3\%$); 2) агресивний ($30 \pm 3\%$); 3) сексуально-фіксований ($14 \pm 3\%$); 4) розгальмованій ($10 \pm 3\%$); 5) істероїдний ($4 \pm 2\%$).

II. Типи порушення формування особистості гальмівного кола ($33 \pm 5\%$): 1) апатичний ($69 \pm 6\%$); 2) шизоїдний ($18 \pm 5\%$); 3) параноїдний ($13 \pm 4\%$).

Показано механізми трансформації акцентуації характеру в розладі особистості за органічним типом, зв'язки особистісних

відмінностей підлітків і наявних у них емоційно-поведінкових розладів із вихованням, яке вони здобувають у родині. Доведено взаємозв'язок психогенічних, клініко-неврологічних, електроенцефалографічних та нейровізуалізаційних змін головного мозку у підлітків із мозковою дисфункцією за різних типів порушення формування особистості й визначено взаємозв'язок між наявними в підлітків психогенічними та електроенцефалографічними змінами залежно від типу порушення формування особистості. Показано роль психогенних, соціогенних, негативних соціально-психологічних і соматогенних чинників у порушенні формування особистості підлітків із мозковою дисфункцією.

Комплекс проведених досліджень дозволив виокремити у підлітків основні патогенетичні механізми розвитку порушення формування особистості за органічним типом та провести їх рівневу стратифікацію.

I. Нейробіологічний рівень детерміновано неспецифічною органічною передиспозицією.

II. Соціальний рівень репрезентовано такими чинниками:

1) мікросоціальні:

- сім'я,
- інститут навчання та виховання,
- соціально-референтні групи;

2) макросоціальні.

III. Психологічний рівень містить:

- 1) індивідуально-психологічні характеристики,
- 2) емоційний стан,
- 3) ставлення до своєї хвороби,
- 4) характеристики полорольової поведінки,
- 5) особливості психосексуального розвитку.

Виявлені в проведенному дослідженні закономірності процесу формування в підлітків із мозковою дисфункцією розладу особистості та його проявів були покладені в основу системи аблітації хворих з даною патологією й були прогностичними критеріями ефективності його корекції. Ці заходи проводилися із урахуванням не тільки виявленіх типів порушення формування особистості, але і встановлених механізмів їх розвитку.

УДК 616.895.8+616.89-008.1-056.83

Двирський А. А.

ГУ «Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського» (г. Сімферополь)

О БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ МАНЬЯНА — ГРЕТЕРА

При описаних манифестних проявленій шизофренії в сочепанні з алкогольним делириєм В. А. Гиляровський (1935) отмечал, що ці случаї часто заканчиваються хорошою реміссією. Автор указував, що в 1909 році К. Graeter вперше описав особливості алкогольного делирия в дебюті шизофренії. В. А. Гиляровський (1935) предложил их обозначать как «алкогольные дебюты шизофрении». В последующем шизофрения, проявившаяся после алкогольного делирия, стала называться гретеровской шизофренией (В. М. Блейхер, 1984; Й. Стоименов и др., 2003).

Професор Харківського університета П. А. Бутковський (1834) при описаний бешенства, соответствующего парапоидной шизофрении, впервые указал на возможность его сочетания с «горячками от вина». В дальнейшем описывались клинические проявления алкогольного делирия и следующих после него бредовых психозов, соответствующих парапоидной шизофрении (Ф. И. Герцог, 1835; Moreau de Tours, 1859; В. Morel, 1859; 1860; Laborde, 1872; V. Magnan, 1874).

В 1874 году в монографии «Алкоголизм» В. Маньян выделил отдельную главу, в которой представил клинические особенности алкогольного делирия и хронического бреда с этапным течением, соответствующим парапоидной прогредиентной шизофрении. В. Маньян (1874) первым указывал, что хроническая алкогольная интоксикация снижает сопротивляемость мозга и способствует выявлению помешательства. При исследовании хронического бреда с этапным течением В. Маньян (1893) отмечал, что трансформации бреда преследования в бред величия способствует ослабленный алкоголизмом интеллект.

Приведенные факты свидетельствуют о приоритете и значительном вкладе В. Маньяна (1874, 1893) в исследование проблемы шизофрении, сочетающейся с алкогольным делирием. Эти варианты шизофрении следует обозначать «шизофрения Маньяна — Гретера».

Целью исследования явилось изучение течения шизофрении, коморбидной с алкоголизмом, и у больных шизофренией, перенесших алкогольный делирий.