

особистісних, когнітивних сторін суб'єкта, макро- і мікросоціальних факторів, що впливають на його суспільно небезпечне діяння (Дмітриєва Т. Б., Шостакович Б. В., 2002).

Одним з аспектів даної проблеми є взаємозв'язок агресивних форм поведінки та епілепсії. Частота агресивних форм поведінки в осіб, які страждають на епілепсію, за даними різних авторів, коливається в широкому діапазоні — від 4,8 % (Rodin L., 1973) до 47 % (Castaut F., 1955). Необхідність багатостороннього вивчення агресивної поведінки у хворих на епілепсію пов'язана з переважанням серед правопорушень деліктів проти особистості.

В роботі проаналізовані дані, отримані під час обстеження 27 підконтрольних чоловічої статі, що страждають на епілепсію, які проходили експертизу в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2006 по 2011 рік. У хворих, які найбільш часто сквоювали суспільно небезпечне діяння, відзначалися прогностичні ознаки потенційної небезпеки: підвищена поведінкова активність (найчастіше на тлі психопатоподібних проявів), емоційно-вольовий, інтелектуальний дефект; морально-етичне зниження; егоцентризм; розгальмованість; схильність до зловживання психоактивними речовинами.

Аналіз проводили за такими чинниками: здатність/нездатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними; соціально-демографічні показники (вік, освіта, сімейний стан, втрата працевздатності); клініко-динамічні характеристики (аналіз перебігу хвороби, наявність в підлітковому віці девіантних форм поведінки і психопатоподібних порушень); психологічні особливості (особливості особистості і когнітивної сфери обстежуваних, ціннісно-смислової сфери, мотиваційної сфери); кримінальна активність (переважання серед всіх деліктів правопорушень проти особи).

Недостатня диференційованість емоційної сфери хворих, дисфоричні стани, особливості особистості (мстивість, злочинність, злопам'ятність та ін.), ригідність розумових процесів, застійність афективних переживань, недостатність пластичності психіки визначали переважання негнучких форм поведінки і призводили до спалаху люті, агресії, імпульсивності вчинків, які були нерозмірні з приводом, що спричинив їх. В силу наявних у випробуваннях особистісних особливостей, властивих епілепсії, вони не могли повною мірою осмислити кримінальну ситуацію, оцінити свою роль в ній, вибрати адекватну поведінку, конкретний спосіб вирішення проблем, пов'язаних із ситуацією. Структура та характер кримінальних дій у хворих на епілепсію значною мірою визначалися пароксизмальними і непароксизмальними психічними розладами, особистісними особливостями, психотичною симптоматикою, недоумством.

Грамотна комплексна первинна діагностика з урахуванням проведеного аналізу, врахування схильності даного контингенту хворих до систематичного повторення деліктів, дозволить запобігти здійсненню суспільно небезпечних діянь хворими на епілепсію.

УДК 616.899-071

В. З. Задорожний, В. Д. Кетков, И. Г. Дробот, О. И. Антофийчук
КУ «Дніпропетровська клініческаа психіатрическаа
больница» Дніпропетровського обласного совета»,
КУ «Специализированный Дом ребенка № 1» Дніпропетровского
областного совета» (г. Дніпропетровск)

МОДЕЛЬ КОНСУЛЬТИРОВАННЯ СЕМЕЙ, ІМЕЮЩИХ ПСИХІЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Проведен анализ 75 консультацій семьям, имеющим ребенка с расстройством психики и поведения в возрасте от 3 до 5 лет. Консультации проводились в Днепропетровской областной клинической психиатрической больнице и специализированном Доме ребенка № 1 Днепропетровского облсовета. Возраст родителей — от 20 до 35 лет. Консультации проводились семейным парам с целью составления модели оптимального консультирования и выработки алгоритма психиатрического и психотерапевтического направления. Проводимая работа осуществлялась в формате краткосрочной терапии от одной до 10 встреч. Во всех случаях консультанты обеспечивали психологическую поддержку, которая отсутствовала или имела искаженные формы проявления существующих на момент обращения семейных отношений. Консультант выступал в роли посредника содействия восстановлению нарушенных семейных связей. Развивались навыки общения, различные приемы саморегуляции и самопознания. Психиатр и психолог помогали развитию основных социальных умений и навыков (навыки внимательного отношения друг к другу, понимание нужд окружающих, выражать искренне свои

чувства и замечать чувства супруга). Предлагалось семье и всем ее членам дидактическое изложение информации о психическом здоровье и нездоровье, понятие нормы психического здоровья и возможных ее вариантов. Оказывались следующие виды психологической помощи: информирование, индивидуальное психологическое консультирование (психотерапия), групповое и семейное консультирование с использованием психотерапевтических методик. В результате нами предлагается модель консультирования семейных пар, имеющих ребенка с проблемами психического развития, имеющая следующие составные разделы:

— выявление представления каждого члена семьи о характере переживаемых трудностей, возникающих в воспитании больного ребенка;

— выявление фактов семейной жизни и особенностей ее динамики с составлением анализа семейной истории для адекватного понимания сложившейся ситуации с больным ребенком;

— обратная связь от психиатра ко всей семье, которая включает понимание проблемы и желание получить психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь;

— определение проблемного поля в семье с определением причин возникших трудностей, механизмов их возникновения и развития с итоговым решением о согласованных действиях консультанта и членов семьи по преодолению проблем с установкой реальных планов и целей их осуществления;

— установление альтернативных решений проблем без называния решений со стороны консультанта;

— планирование выбранных альтернатив в отношении их реалистичности с точки зрения предыдущего опыта, актуальности и возможности перемен с проверкой выбранного решения в форме ролевых игр, «репетиций», действий;

— реализация плана решения проблем семьи с обязательной поддержкой консультанта всех членов семьи.

Данная модель консультирования предполагает большую возможность для семейных психологов, психотерапевтов и психиатров умело и гибко использовать и изменять содержание этапов оказания данной помощи, учитывая специфику каждой конкретной семьи.

УДК 616.85-008.64-08

**А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец,
И. Н. Кононенко, Н. Г. Боброва, Н. Е. Матеева,
В. И. Кучерявая, Е. В. Медведева, Д. А. Мицук**
Донецкий областной наркологический диспансер

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОСНАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ АРГИПНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССІЇ

Современное состояние социального развития Украины характеризуется чрезвычайно высоким уровнем психосоматической напряженности населения, что приводит к существенному ухудшению уровня психического здоровья в популяции из-за злоупотребления алкогольными напитками. Структура изменения заболеваемости свидетельствует о том, что в Украине в последние годы отмечается увеличение психогенных по происхождению, соматизированных, психосоматических заболеваний с хроническим течением.

В связи с этим наше внимание привлек новый лекарственный препарат — вальдоксан (агомелатин). В последние два года мы проводили исследования, в том числе плацебо контролируемые, в которых была показана его эффективность. Оценка динамики психопатологического состояния больных путем клинико-психопатологического метода показала следующее: у пациентов, получавших вальдоксан, уже с 3-го дня исследования наблюдалось существенное улучшение субъективного спектра ощущений, повышались настроение и активность, нормализовался сон. К 14-му дню терапии было отмечено выраженное снижение астенической, тревожной и депрессивной симптоматики, в частности, витальных компонентов депрессии и тревоги, утомляемости, слезливости, раздражительности, гиперстезии, беспричинных страхов или конкретных опасений о состоянии своего здоровья. У большинства больных купировалась диссомнеческие расстройства, антивитальные переживания. К концу 4-недельного курса применения вальдоксана практически полностью исчезли соматизированные проявления депрессии: купировалась болевые ощущения и соматовегетативные дисфункции. Постепенная отмена препарата в течение следующих 3-х месяцев с постепенным снижением дозы при катамнестическом наблюдении обнаружили устойчивость полученных результатов.

Объективная оценка динамики психопатологических расстройств в процессе терапии препаратом вальдоксан, согласно

шкале Гамильтона, обнаружила достоверное существенное снижение уровня тревожно-депрессивных агритических расстройств уже к 14-му дню по всем критериям. К концу курса (к 30-му дню исследования) уровень депрессивного настроения снизился на 79 %, чувство вины — на 85 %; антивิตальные переживания — на 83 %; соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта — на 95 %, соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы на 89 %.

УДК: 615.851+159.9]:616-07.001

Заседа Ю. І.

Харківська медичинська академія
последипломного образування

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРИ ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧЕСКОГО ПРОФІЛЯ У БОЛЬНИХ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАННЯМИ

Под психофеноменологическим профилем мы понимаем своеобразие клинико-психофеноменологических особенностей пациента с позиций психотерапии; фактически — это совокупность нормальных и клинических психотерапевтических феноменов и их пропорция. Целью определения психофеноменологического профиля является определение индивидуальных акцепторных особенностей пациента, которые выступают в качестве своеобразного маркера для адекватного подбора специфического, индивидуализированного арсенала средств и методов психотерапии. Очевидно, что это понятие касается преимущественно феноменов первого класса (феномены «со стороны пациента»), но также, в меньшей степени, феноменов третьего (трансперсональные), четвёртого (групповые) и пятого (конформные, или индукционные) классов.

Особенности такого профиля крайне индивидуальны и находятся в зависимости от совокупности конституциональных, персонологических, патопсихологических характеристик, присущих индивиду. Также на структуру психофеноменологического профиля могут влиять и имеющиеся у данного пациента соматические болезни, возможно, предопределяющие склонность к наличию некоторых психотерапевтических феноменов «со стороны пациента».

В данном исследовании с использованием методов научного поиска, моделирования, индукции, анализа, синтеза мы выявили наиболее часто встречающиеся у пациентов, страдающих некоторыми, преимущественно хроническими, соматическими заболеваниями саногенные и дефензивные феномены. Это объясняется выраженным патопластическим влиянием длительно протекающей, субъективно тягостно переносимой соматической патологии на психику, создающей как органическую, так и психогенную почву для появления характерных особенностей такой психофеноменологической пропорции. Выбор подклассов соматически больных для исследования обусловлен их исключительной важностью, как в плане выбора психотерапевтических инструментов и индивидуализации терапии, так и в плане прогнозирования возможных сложностей и исхода психотерапевтического вмешательства.

В подавляющем большинстве у исследуемых лиц, страдающих тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, определяется повышенный уровень тревожности, склонность к депрессии, низкие уровни самооценки и удовлетворенности качеством жизни. Однако для того, чтобы подобрать оптимальные методы психотерапевтических вмешательств для конкретного пациента, необходимым шагом становится более подробное клинико-психофеноменологическое обследование, результаты которого мы и предлагаем представлять в виде психофеноменологического профиля.

Исследовано несколько групп пациентов, объединенных по признаку наличия соматического заболевания и факту психотерапевтического вмешательства: пациенты, страдающие язвенной болезнью (ЯБ) желудка / двенадцатиперстной кишки, в количестве 25 человек, подвергавшиеся групповой краткосрочной терапии; 20 пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), посетивших курс групповой психотерапии; 25 пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ); 27 человек, страдающих сердечной недостаточностью (СН), которым была предложена когнитивно-бихевиоральная психотерапия; 30 онкологических больных, прошедших курс групповой психотерапии.

С учётом клинической ситуации в ходе психодиагностического (в контексте психотерапии) и собственно психотерапевтического процессов для каждого из обследованных контингентов были выявлены описанные ниже особенности психофеноменологического профиля. У пациентов, страдающих ЯБ, среди

саногенных феноменов доминировали подкрепление, катарсис, групповая динамика, тогда как из дефензивных удалось выделить агрессию, проекцию, конверсию. Саногенные феномены, типичными для лиц с СД, явились групповая динамика, катарсис, инсайт; дефензивными — изоляция, конверсия, подавление. Пациенты, перенесшие ИМ, обнаруживали внушаемость, убеждаемость, подкрепление — в качестве саногенных и идентификацию, конверсию — в качестве дефензивных феноменов. Для лиц с СН характерно присутствие феноменов подкрепления, убеждаемости, научения — в качестве саногенных, а также конверсии, регрессии, проекции — в качестве дефензивных. У страдающих онкологическими заболеваниями чаще выявляются акцепция, научение, катарсис как саногенные, и перенос, агрессия, изоляция — как дефензивные феномены.

В проводимой нами работе поднимается вопрос о месте психофеноменологического профиля в структуре психотерапевтического диагноза. По нашему мнению, введение соответствующего раздела диагноза в значительной мере способствовало бы адекватному сопоставлению соответствующих саногенных феноменов и психотерапевтических методов, а также позволило бы отражать ассоциированные с ними наличествующие клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

УДК 616.89.02 613.86.70

Зеленська К. О.

Харківський національний медичний університет
**ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ДЕПРЕСІЯМИ
МОЛОДОГО ВІКУ**

Психічне здоров'я населення є показником рівня розвитку суспільства. За даними ВООЗ психічні розлади становлять 8,1 % від загальної захворюваності. При цьому встановлено, що саме депресівні розлади стають все більш поширеною патологією, випереджаючи зростання серцево-судинних і онкологічних розладів.

У сучасних дослідженнях підкреслюється, що депресії в осіб молодого віку часто супроводжуються різними формами суїцидальної поведінки, що ускладнює лікування і суттєво впливає на якість життя цих пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити особливості формування суїцидальної поведінки в осіб молодого віку з депресівними розладами

Для вирішення поставленої мети нами з дотриманням принципів біоетики і деонтології буде проведено комплексне обстеження 100 хворих, обох статей, у віці 18—35 років, з депресівними розладами (F 32.1, F 33.1, F 41.2, F 43. 21), в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки.

Отримані в ході аналізу клініко-анамнестичного дослідження дані дозволили нам виокремити основні психотравмуючі ситуації, що призводили до розвитку суїцидальної поведінки в рамках гострої реакції на стрес у осіб молодого віку: ситуації втрати; серйозні фінансові утруднення, несподівані майновий крах; крах кар'єри; вимушена різка зміна життєвого стереотипу; конфлікти сімейних відносин; конфлікти сексуальних взаємин; переживання, пов'язані з нерозірваною любов'ю.

Результати проведеного нами аналізу властивостей особистості осіб молодого віку, що скійли суїциdalні спроби, за шкалами СБОО (Скорочений багатофакторний опитувальник особистості) показав, що в обстежених хворих переважають піки за шкалою депресії (D), що свідчить про наявність зниженого настрою, морального дискомфорту — найвищі показники виявлені як у жінок, так і в чоловіків (60,45 і 59,62 відповідно); за шкалою істерії (Hs), що виявляє особистості, схильні до використання симптомів соматичного захворювання як засобу вирішення конфліктних ситуацій — найвище значення спостерігається у жінок (50,68), у чоловіків даний показник складає 42,56; за шкалою психопатії (Pd), що відбиває імпульсивність, реалізацію емоційної напруженості в безпосередній поведінці, найвищий показник цієї шкали виявлено у чоловіків — 61,38, а у жінок цей результат дорівнює 55,57 балам.

Згідно з даними клініко-психопатологічного дослідження, для осіб молодого віку, що скійли суїциdalну спробу, найбільш типовими є такі особистісні риси: низька комунікативність, замкнутість, тривожна містивість, яскраво виражене почуття провини, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, невріноваженість, підвищена чутливість, вразливість, домагання особливої уваги, визнання.