

Check List — 90 Revised (SCL-90 R); шкала оцінки якості життя за методикою J. E. Mezzich et al., а також спеціальні скринінг-тести для комплексного оцінення адиктивного статусу респондентів.

Відомо, що інформація, яку надають про себе хворі наркологічного профілю, часто виявляється не дуже надійною. Між тим засади доказової медицини вимагають спиратися лише на твердо встановлені факти.

Такою надійною інформацією є динаміка чисельності когорт, що досліджуються.

Протягом п'ятирічного спостереження відбувалося поступове зменшення когорти як серед респондентів, залежних від алкоголю, так і серед респондентів, що були залежні від наркотичних речовин. На другий рік у когорті залишилося 63,85 % хворих на алкогольну залежність та 65,66 % хворих на наркотичну залежність. На третій рік ці показники склали 54,05 % та 34,44 %, на четвертий — 40,20 % та 25,83 % і на п'ятий рік — 34,12 % та 19,21 % відповідно.

Сукупність отриманих у проведеному дослідженні даних свідчить про те, що — висока спроможність утримуватись у когорті означає високу потребу у продовженні лікування, тобто — про низький реабілітаційний потенціал, і навпаки — низька спроможність утримуватись у когорті свідчить про ефективність проведених лікувально-реабілітаційних заходів і, відповідно, про високий реабілітаційний потенціал.

Визначені маркери високого та низького реабілітаційних потенціалів у хворих, залежних від різних психоактивних речовин. Зокрема показано, що найбільш інформативними маркерами високого реабілітаційного потенціалу в осіб, залежних від алкоголю, є: усвідомлення наявних проблем у спілкуванні із членами родини та найближчим оточенням, а також відносно низькі (до 10 стандартних доз алкоголю) середні добові дози алкоголю, що вживались у «п'яні дні» протягом останнього місяця перед зверненням по наркологічну допомогу.

дистрес у батьків після пренатального діагнозу у порівнянні з постнатальним діагнозом. Автори наголошували, що найбільший рівень дистресу спостерігався, якщо аномалію плода було виявлено між 22 та 30 тижнями вагітності. Незважаючи на те, що методологія дослідження обмежує можливості передбачити, які жінки перебувають в групі ризику щодо виникнення психологічного дистресу після пренатального діагнозу ВВС, ми спробували дослідити дану тему.

Метою нашого дослідження було визначення психоемоційного стану вагітних жінок, у яких виявлена фетальна ВВС. Дослідження проводилось на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». Було обстежено 13 вагітних жінок з ехокардіографічно підтвердженою ВВС у плода. Всі жінки були після 20 тижня гестації, віком від 23 до 33 років, та 9 чоловіків, віком 25—35 років. Для оцінення психоемоційного стану ми використовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital anxiety and depression scale (HADS)). Визначення психоемоційного стану вагітних показало, що 4 (30,77 %) вагітних мали клінічні ознаки тривожних та/або депресивних розладів та 1 (7,69 %) вагітна мала тільки субклінічні прояви тривоги. Серед чоловіків 3 (33,33 %) особи мали клінічні ознаки тривоги та депресії.

Така ситуація вказує на необхідність залучення лікаря-психолога (медичного психолога) до мультидисциплінарної команди, яка опікується сім'ями з пренатальним діагнозом ВВС. Зрештою психологи зможуть допомогти проаналізувати вплив пренатального та постнатального діагнозу ВВС на психоемоційний стан подружжя та розробити комплексну систему психологічної допомоги дітям з ВВС, починаючи вже з етапу пренатальної ультразвукової діагностики вади та протягом подальшого віддаленого медико-психологічного супроводу.

УДК 616.89-008.441-055.2:615.851:001.8

В. М. Сінайко, Л. Д. Коровіна
Харківський національний медичний університет,
м. Харків

Клінічні особливості тривожних станів у жінок при соціальній дезадаптації їх матерів

Тривога стає хронічним явищем в умовах сучасного світу як універсальний психофізіологічний феномен, що виникає як реакція на наявність нерозв'язаних актуальних причин. Не завжди видимі стресові впливи є базисом формування патологічної тривоги.

Під нашим спостереженням перебували 10 пацієнток у віці 18—27 років із діагнозом генералізований тривожний розлад. У клінічній картині захворювання переважали скарги на тривогу, епізоди панічних станів, прояви соціофобії, також було виявлено соматичні еквіваленти тривоги. Оцінення анамнезу дозволило виявити в усіх обстежених наявність психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загибеллю друзів, розлукою з близькими та родичами, погіршенням фінансового стану. Ці ситуації охоче обговорювались хворими, які неодноразово підкреслювали їх актуальність і намагались пов'язати виникнення проявів тривоги саме з ними.

Всі хворі виростили в неповних сім'ях, причому виховувались матерями в умовах гіперопіки. У матерів обстежених пацієнток також було виявлено тривожні реакції та ідеї провини, які не досягали клінічного рівня. Вони в основному були пов'язані із успішними спробами

УДК 616-053.31:612.12:616-073.48

А. Ю. Сидоренко

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» м. Київ
Материнський та батьківський психологічний дистрес після пренатального ультразвукового дослідження вродженої вади серця у плода

Клінічно значима вроджена вада серця (ВВС) спостерігається в 3 % новонароджених. Разом з тим, ультразвукове дослідження та інвазивні пренатальні тести спричиняють значний посттравматичний стрес, депресію та тривогу у вагітних жінок. Пренатальна діагностика вроджених вад корелює зі значним психологічним дистресом, що продовжується протягом 6 тижнів після виставленого діагнозу. Більше того, деякі дослідження повідомляють, що тривога впливає на функціонування судинної системи як матері так і плода. Переривання вагітності через вроджену аномалію плода також асоціюється з високим рівнем психологічного дистресу у жінок.

Для вчасного виявлення та попередження небажаних наслідків вроджених аномалій рекомендована рання пренатальна ультразвукова діагностика, що допомагає лікарям вчасно спланувати пологи та лікувальні заходи, а батькам — поступово підготуватись морально до пологів та таким чином знизити післяпологовий стрес. В літературі повідомлялось про підвищений психологічний

улаштування свого особистого життя протягом останніх декількох років (повторний або громадянський шлюб).

Комплекс лікувальних заходів включав антидепресанти, анксиолітики, психотерапію. У ході лікування було виявлено конфлікти між успішними спробами самореалізації пацієнток та збереженням їх пасивної ролі у взаєминах із матерями. При цьому основні психотравмуючі ситуації та фобічні стани відтіснялись на другий план.

Було виявлено навіть випадки, коли цілком успішні в соціальній сфері жінки, що проживали окремо від матерів, відмічали погіршення психічного стану та зменшення активності саме після їх відвідування матерями. Подібні випадки потребували трансформації індивідуальної психотерапевтичної програми у сімейну психотерапію.

Результати дослідження підтверджують важливість урахування внутрішньосімейних взаємовідносин під час проведення психотерапії тривожних станів у жінок молодого віку.

УДК 616-001:616.45-001.1/3-055.2-008.47

А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Ризик розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом

З досить великого арсеналу поданих в літературі конституціонально-біологічних і соціально-психологічних факторів необхідно виокремити основні фактори, які відіграють провідну роль у розвитку психосоціальної дезадаптивної поведінки у пацієнтів з невротичними розладами. В процесі нашого дослідження ми прагнули виокремити прогностичні чинники формування дезадаптивної поведінки та розробити систему терапевтичних заходів, раннього прогнозування та профілактики.

За допомогою шкали ступеня вираженості соціальної дезадаптації індивідів (І. П. Артюхова, 2009) і запропонованої нами «Шкали психосоціальної дезадаптації», спрямованої на більш повне розкриття особливостей психосоціальної дезадаптації пацієнтів у різних сферах діяльності обстежено 42 жінки з діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Всі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

За результатами обох методів отримано дані про домінування у цієї групи інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації. Ця форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих психотравмуючих інформаційних факторів, на фоні астеничних, сензитивних, компульсивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Найбільш важливим і поширеним фактором інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи стала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні особистісної сензитивності та інтровертованості, іноді педантичності. Однаково важливими патогенними факторами у таких випадках були як преморбідна вразливість особистісних і поведінкових механізмів реагування на стрес, так і фактор суб'єктивної значимості та інформаційної сили самого фактору психогенного стресу. На відміну від інших видів дезадаптації, інформаційний варіант психосоціальної дезадаптації переважно розвивався майже синхронно із розвитком власне посттравматичного стресового розладу. Клінічна симптоматика невротичного генезу

справляла патопластичний вплив на розвиток дезадаптації, суттєво ускладнюючи її перебіг, заважаючи спробам відновити адаптивні механізми реагування на життєві ситуації у обстежених жінок. Ситуація зриву захисних психологічних механізмів ускладнювалась неконструктивним типом внутрішньої хвороби, що не дозволяв повністю усвідомити свій реальний стан і виробити конструктивні шляхи його подолання. Підвищенню рівня реактивної тривожності сприяли риси надконтролю, педантичності, що посилювали стрес від фрустрації потреби у самовпевненості, творчій самореалізації. Поєднання вищевказаних особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси. Ці основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів інформаційної дезадаптації тою чи іншою мірою були присутніми в усіх обстежених жінок із посттравматичним стресовим розладом та інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації. За даними дослідження стану соціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом, у 73,55 % було визначено її інформаційний варіант, та по 26,45 % — виробничий (службовий) і змішаний варіанти. Економічної та сімейної соціальної дезадаптації не було діагностовано у жодної із жінок цієї групи.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок із посттравматичним стресовим розладом прояви дезадаптації є наслідком констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників.

УДК 616-092.19

І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєв, О. Ю. Гончарова
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Лазерний тест на ідентифікацію латентного тремору при алкогольній та наркотичній залежності в умовах хронічного стресу

До ключових діагностичних ознак, що вірогідно підтверджують факт наявності патологічної залежності від алкоголю або наркотиків, міжнародна клінічна наркологія відносить синдром позбавлення алкоголю або наркотиків (похмільний, абстинентний синдром). Так, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), у рейтинговій клініко-психопатологічній і соматоневрологічній структурі стану відміни, тремор посідає перше місце. Візуальним проявом тремору є стереотипні, ритмічні, коливальні рухи, які можуть виникати в будь-якій частині тіла. Виразність тремору в період абстинентних розладів при станах патологічної залежності досить поліморфна, як за ступенем виразності, локалізації, так і за типовою динамікою прискореного наростання: від ледь помітного, латентного, субклінічного, до крупнорозгонистого тремору пальців рук. Добре відомо, що прояви тремору у наркохворих значно посилюються в умовах хронічних стресових навантажень (психогенні стани, соматоформні порушення, конфліктні ситуації, хронічна втома та ін.). Питання підвищення ефективності діагностики та ідентифікації тремору при алкогольній та наркотичній залежності є однією з найважливіших задач кабінетів оглядів на стан сп'яніння, в яких працюють, у тому числі, чергові лікарі районних та міських лікарень (хірурги, терапевти, інфекціоністи, фтизіатри та ін.).