

и 16 — из контрольной группы). Все пациенты из обеих групп отмечали субъективно улучшение качества жизни, однако студенты из основной группы указывали на более выраженный эффект от лечения.

Вышесказанное позволяет рекомендовать включение сочетания токов Дарсонваля и переменного магнитного поля в комплексное лечение головных болей напряжения. Данные физические факторы доступны, просты в использовании и позволяют ускорить ремиссию на всех этапах лечения и реабилитации.

УДК 616.5-001/-02-053.7:616.895

**О. А. Усков**

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків*

### **Особенности копингу у підлітків з atopічним дерматитом**

Атопічний дерматит (АД) — хронічне алергічне захворювання, що розвивається в осіб з генетичною схильністю до atopії і характеризується рецидивним перебігом, типовим висипанням, підвищенням рівня IgE і гіперчутливістю до специфічних (алергени) і неспецифічних подразників. За даними різних епідеміологічних досліджень захворюваність на АД коливається від 6,0 до 25,0 на 1000 населення та має тенденцію до збільшення. В Україні, за даними офіційної статистики, коливається в межах 3—10 на 1000 дітей. Однією з найважливіших особливостей АД у дітей є ранній початок і швидке формування хронічних форм [4]. Пріоритетом тривалої терапії АД як хронічної патології є превентивна стратегія, мета якої — забезпечення контролю захворювання шляхом профілактики рецидивів.

Враховуючи поширеність АД серед дітей, тенденцію до тяжкого перебігу, інвалідизуючі наслідки хвороби, визначення психоемоційних стресорів як тригерів загострень дерматозу, вивчення та вплив на психологічні фактори перебігу АД є одним з пріоритетних напрямків у терапії захворювання.

Метою роботи було визначити поведінкові паттерни подолання стресу у підлітків, які хворіють на АД.

Для оцінки копингу було застосовано опитувальник «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса.

У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД — основна група (ОГ, 67 дівчат та 41 хлопців), та 48 соматично здорових підлітків, які склали групу порівняння (ГП, 29 дівчат та 19 хлопців).

Загальний спектр психологічних труднощів у підлітковому віці стосувався міжособистісних стосунків, навчання, самовираження і самовизначення. Психологічні проблеми, пов'язані з хворобою були такими:

психолого-сенсорні — повторювані неприємні відчуття на шкірі (свербіння, сухість, біль при наявності пошкоджень цілісності шкірного покриву);

психолого-візуальні — видимі симптоми хвороби; терапієобумовлені;

обмежувальні — необхідність дотримуватися обмежень у зв'язку з потребою уникати потенційних провокуючих рецидиви хвороби факторів.

Аналіз вираженості типів копингу у опитуваних виявив відмінності ступеню їх прояву між підлітками в ОГ та ГП. У ОГ були вищими рівні копингу орієнтованого на конфронтацію, дистанціювання, уникнення, пошуку соціальної підтримки. Переважний вибір стратегій дистанціювання, уникнення та пошуку соціальної підтримки підлітками

вказував на незрілість адаптаційних механізмів психики у стресових ситуаціях та потреби у залученні зовнішнього ресурсу.

Таким чином, під час дослідження було виявлено, що спектр психологічних труднощів у підлітків з АД поряд з притаманними даному віковому періоду проблемами поєднувався та додатково підсилювався за рахунок стресу обумовленого дерматозом; психологічні проблеми, пов'язані з хворобою поділялися на психолого-сенсорні, психолого-візуально, терапієобумовлені та обмежувальні; у підлітків, які хворіли на АД, напруженість стратегій стрес-долаючої поведінки була вищою у порівнянні з соматично здоровими однолітками; наявні відмінності у виборі копинг-поведінки залежно від статі; велика частка опитуваних з високими рівнями напруженості за типами дистанціювання та уникнення серед підлітків з АД свідчила про необхідність психологічних інтервенцій орієнтованих на корекцію адаптаційного ресурсу.

УДК 616.89-057-053.2:159.9:362.17

**С. Г. Ушенин**

*Донецкий государственный медицинский университет,  
г. Краматорск*

### **Конфликтные ситуации в семье, как одна из составляющих травматических переживаний детства у пациентов с первым психотическим эпизодом**

Патогенетическая модель «стресс-уязвимость», которая рассматривает симптомы шизофрении как результат экзогенного стресса, действующего на уязвимого индивида, по-прежнему сохраняет центральное место в современных теориях данного заболевания. Доказанная связь стрессовых жизненных событий и стрессовой среды внутри семьи с рецидивами у лиц, страдающих шизофренией, добавляет вес этой модели и ее предсказаниям.

Существует все больше свидетельств того, что испытывавшие какую-либо психологическую травму в детстве, особенно тяжелую форму стресса, в последующем оказываются более уязвимыми для развития психоза. В частности, анализ проспективных исследований показал, что у людей, переживших детские травмы почти в три раза чаще возникали психозы, чем у лиц, не имевших подобных невзгод. Травматические события у детей включают в себя явления сексуального, физического или эмоционального насилия, физического и эмоционального пренебрежения, а также потерю одного из родителей.

Целью нашей работы явилось изучение влияния фактора внутрисемейных конфликтов, как психологических травм детского возраста с последующим развитием психотических состояний.

Нами было обследовано 190 пациентов с первым психотическим эпизодом, а также их родители. Обследование проводилось в форме структурированного интервью, один из разделов которого определял наличие психотравмирующих внутрисемейных факторов в детском и подростковом возрасте у пациентов (возрастной промежуток 3—14 лет).

Анализ полученных результатов показал, что 64 пациента (33,7 %) воспитывались в неполных семьях. При этом лишь в двух случаях (1,1 %) это происходило из-за смерти одного из родителей. Еще два пациента из них (1,1 %) были рождены вне брака. В 47 случаях развод происходил по достижении ребенком трехлетнего возраста.

Кроме того, у пациентов, живущих в полных семьях, в шести случаях (3,2 %) матери вступали в повторный брак, и они воспитывались отчимом.

Родители из полных семей (126 человек), ответили на вопросы анкетирования следующим образом. В 63 (33,2 % от общего числа) случаях отмечалось, что «семья стояла на грани развода из-за частых и сильных конфликтов». Еще 18 (9,5 %) семейных пар сообщило о «периодических конфликтах в семье». Остальные 45 человек (23,7 %) заявили, что «каких-либо серьезных конфликтов в семье не возникало».

Примечательно, что при опросе самих пациентов гораздо более значительное их количество (162 человека или 85,3 %) указали на сильные стрессовые переживания в детском возрасте, связанные с «постоянными конфликтными ситуациями между родителями» (как проживающими в браке, так и находящимися в состоянии развода).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о высоком уровне травматических событий в детском и в подростковом возрасте у пациентов с первым психотическим эпизодом, связанных с внутрисемейными конфликтами их родителей. Данные, полученные нами, легли в основу дальнейших исследований и в разработку психообразовательных программ для пациентов с первым психотическим эпизодом и членов их семей.

УДК 616.831 – 005.4 – 053.3 – 037

*С. В. Федорченко*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків*

### **Деякі особливості хворих з психогенним запамороченням**

Психогенне запаморочення своїм походженням зобов'язане впливу емоційно-стрессового чинника, що деякою мірою підвищує складність діагностичного процесу внаслідок завуальованості афективних проявів.

Найчастіше дана форма запаморочення виникає в структурі невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів. В окремих випадках — як реакція хворого на наявність важкокурабельної патології головного мозку.

Своєчасна діагностика і лікування психогенного запаморочення становлять особливу важливість і не втратили своєї актуальності до теперішнього часу.

Мета: вивчення особливостей симптоматики у хворих з психогенним запамороченням.

Було обстежено 114 хворих зі скаргою на запаморочення (у віці від 18 до 85 років), які звернулися за неврологічною допомогою. У процесі дослідження використовували клініко-анамнестичний і клініко-неврологічний методи.

Із загальної вибірки обстежених хворих психогенна природа запаморочення була виявлена у 24 пацієнтів, що становило 21,05 % від загальної кількості обстежених. Серед хворих переважали особи жіночої статі — 91,66 %, що розподілилися у двох вікових категоріях: підгрупа 40—60 років становила 54,54 %; меншу підгрупу — 45,46 % випадків склали пацієнти 61—75 років. Хворих чоловічої статі було 8,34 % у віковій категорії 50—70 років.

У процесі аналізу результатів були виокремлені декілька позицій, які відрізняли пацієнтів з психогенним запамороченням: «стертість» початку захворювання — 83,34 % хворих не могли навіть орієнтовно визначити

початок хвороби; тривалість хворобливих проявів — у більшості пацієнтів цей показник обчислювався від одного року і більше.

Однією з відмінних характеристик запаморочення психогенної природи була «несхожість» клінічних проявів на симптоматику інших форм запаморочення: аморфність, нечіткість і неточність опису хворобливих відчуттів (81,02 % випадки) знижували ймовірність правильної кваліфікації симптомів, нерідко переводячи їх у ранг соматичних порушень і відкидаючи можливість отримання кваліфікованої допомоги деколи на роки.

Таким чином, психогенне запаморочення частіше зустрічається у жінок; найбільш схильна вікова категорія хворих від 40 до 60 років; діагностичні заходи щодо хворих з психогенним запамороченням необхідно проводити з урахуванням особливостей даної патології.

УДК 616.895.8:001.11

*О. О. Фільц*

*Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького, м. Львів*

### **Шизофренія як розлад очевидності (тези концепції)**

1. Центральною гіпотезою концепції є визначення базового порушення, що лежить в основі шизоморфного модусу пізнання реальності — розладу очевидності. Цей модус може мати стосунок до еволюційно-біологічної потреби людини розширювати пізнання, піддаючи сумніву очевидність реального.

2. Задовільного визначення очевидності — нема. Найчастіше вживають просте її описування як загальноприйнятої гадки, думки або враження, що не підлягає сумніву (з позицій здорового глузду — *common sense*).

3. Це визначення потребує розширення й уточнення: очевидне — це таке, сприймання чого **не підлягає сумнівам з позицій загальноприйнятої на даний час сукупності інтерпретацій або розуміння, що називається здоровим глуздом (*common sense*)**.

4. Таким чином:

а) очевидність є **похідною** від актуального суспільно значимого здорового глузду (*common sense*);

б) очевидність є одним із головних (а нерідко і остаточно) аргументів у вирішенні питання про **реальний стан речей (сутностей)**, де аргумент слід розуміти як доказ, що базується на погодженні усіх сторін.

**5. І якщо шизофренію можна розглядати як специфічне порушення очевидності, то із цього припущення випливає таке:**

а) цей розлад позбавляє впевненості та однозначності (тобто, піддає сумніву) щодо загальноприйнятої сукупності інтерпретацій і розуміння усякого сприйнятого, тобто **позбавляє аргументи їхньої очевидності у визнанні реальності**;

б) особа з таким розладом «не вписується» у суспільно визначений здоровий глузд (*common sense*), тобто відчуває себе не приналежною до існуючого соціального очевидного;

в) розлад має наслідком формування **власних інтерпретацій та власного розуміння сприйнятої реальності** і, відповідно, власної аргументації, яка не має характеру загальної узгодженості;

г) власні інтерпретації та власне розуміння можуть базуватися не на очевидному, а **на латентному смислі сприйнятої реальності**;