

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 почуває 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**;