

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**;

г) сумнів у очевидному, — при відсутності власної суб'єктивної аргументації (особа ще не встигла таку аргументацію випрацювати), — має наслідком розгубленість або недовіру до загальноприйнятого визнання реальності (амбівалентність);

д) якщо первинними при шизофренії є **розлади сприймання**, то вони не інтерпретуються і не переживаються як **неочевидні** (не реальні):

е) в ситуаціях, які посилюють сумніви або недовіру до очевидного, — а це всі ситуації, які вимагають максимального соціального пристосування до загальноприйнятих правил реальності — виникає тривога і посилюється розгубленість;

ж) соціальне пристосування у таких кризових ситуаціях найбільш імовірно через випрацювання двох суб'єктивних інтерпретативних позицій:

— або соціальне оточення є ворожим, не приймає і виштовхує чи ліквідує мене за неприналежність до нього;

— або ж воно (соціальне оточення) наділяє мене особливим статусом;

з) названі дві інтерпретації **у своїй єдності** є основою усякого маячення;

і) усяке маячення, тому, має у собі обидві позиції: і ворожості з боку оточення, і особливого статусу для оточення;

к) маячення блокує будь-які аргументи щодо очевидних фактів реальності.

6. Які ж порушення психічного (омінаючи нейрофізіологічні аспекти проблеми, які є самостійними) можуть відповідати за «розлад очевидності»? Для відповіді необхідний наступний короткий екскурс у проблему.

7. Визнання очевидності у сприйнятті та розпізнаванні реального базується на правилах формального розумування. За дотримання цих правил відповідає **розсудок**, або здатність міркувати, тоді як за пізнання з урахуванням принципів (ідей) відповідальним є **розум**.

8. Розлад очевидності, який має стосунок до **загальноприйнятої і безсумнівної** інтерпретації реального, є порушенням у застосуванні **правил розумування**, але не **обов'язково уяви та ідей**. Це могло б означати, що при порушенні очевидності (шизофренічній диспозиції), **розум як здатність мати уяву і давати ідеї, залишається інтактним**.

9. Розсудок, що діє за загальними правилами, є базовою основою пізнання предметної реальності — на рівні із чуттєвістю (здатністю сприймати). Тобто, предметна реальність дана нам або через чуттєвість (сприймання) або через здатність надавати чуттєво сприйнятим предметам понятійне визначення, тобто через розсудок. Образно кажучи: сприймання без поняття є сліпим (рефлексом), а поняття без сприймання — пустим (фікцією). Тому шизофренічний розлад призводить або до сліпоти у сприйманні реальності або ж до фікції у її інтерпретації.

10. Розлад очевидності, таким чином, полягає у такому порушенні схильності до утворювання загальноприйнятих понять, а відтак і інтерпретацій очевидної реальності, **з утворенням «інакших» понять**, які не мають під собою **соціально узгоджених аргументів** та конотацій.

11. Так звана **шизоморфна диспозиція**, що відповідає за «інакшість» інтерпретацій очевидного і за пошук неочевидних аргументів, може виявитися **еволюційно необхідним механізмом** для розвитку пізнання — в частині пошуку нестандартних і нових рішень.

12. Якщо розглядати шизофренію як частину єдиного шизоморфного генетичного спектра, то це захворювання

може виявитися необхідною дегенеративною «платою», крайнім варіантом спектра, у якому перехідними формами є пограничні шизофренічні стани, а іншим полюсом — креативна частина шизоїдії, **тобто здатності до нестандартного абстрактного розсудку**.

15. Про те, що шизофренія несе у собі певний біологічно значимий смисл, свідчить **біологічна константність її захворюваності**, у всіх культурах і за усіх соціальних обставин незмінна — 1% населення.

14. Така константність може свідчити про **неухильно обов'язкову частку осіб** у загальнолюдській популяції з дезадаптивним варіантом шизоморфного модусу менталізації. Це, у свою чергу, дає підстави вважати, що високоадаптивна частка таких осіб, — здатних до альтернативного пізнання очевидної реальності, — може бути ще однією біологічно важливою константою.

УДК 616.89-008.447-008.444.9:362.1

І. О. Франкова

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
До питання про клініко-психологічні особливості психосоматичних пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією

Відторгнення з боку батьків є предиктором амбівалентного стилю прихильності, який у поєднанні з сором'язливою особистістю та знуцаннями і відторгненням в шкільному віці з боку однолітків сприяє виникненню гострої соціальної самоізоляції. Надалі пацієнти відчують труднощі у подоланні проблем в соціальних комунікаціях у зв'язку зі страхом бути відторгненим, що змушує їх ізолюватися від соціальних взаємодій і відсторонюватися від суспільства взагалі.

В даний час як критерії гострої соціальної самоізоляції розглядають такі прояви поведінки: більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті; виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи) і соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини); соціальна ізоляція служить сильною перешкодою для особистісного і соціального функціонування в професійній, академічній, громадській діяльності або міжособистісних стосунках.

Внаслідок впливу хронічного стресу (фізичне, емоційне або сексуальне насильство, досвід тривалої розлуки або втрати близької людини, знуцання в колективі, роль жертви чи «цапа відбувайла») змінюється вміст «гормона стресу» кортизолу в крові, що стимулює загибель клітин гіпокампа і веде до зниження обсягу префронтальної кори, що, в свою чергу, погіршує подальшу переносимість стресових ситуацій, впливає на життєстійкість особистості і підвищує рівень тривожності.

Дослідження клініко-психологічних особливостей пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією виявило зниження рівня самооцінки за методикою Дембо — Рубінштейн (в модифікації Прихожан А. М.) та рівня домагань, внаслідок тривалого впливу фрустрації. За допомогою Тесту малюнкової фрустрації С. Розенцвейга (Тарабрина Н. В., 1994) було виявлено зниження фрустраційної толерантності. Дослідження агресивної поведінки за допомогою опитувальника Басса — Даркі (А. Басс, А. Даркі, 1957) виявило підвищені рівні непрямой агресії, роздратування (запальності, грубості), негативізму, почуття образи, провини та підозрливості щодо людей та