

людини. Особливо на людей, які вже мають преморбідні психоневрологічні порушення різного генезу, у тому числі зі станами залежності від алкоголю. Клінічна картина психічних розладів у цієї категорії виражена коморбідними проявами за рахунок токсичної алкогольної енцефалопатії та порушенням адаптивно-регуляторних механізмів ЦНС. В сучасній літературі особливу роль відводиться нейротрофічному фактору (BDNF — *brain-derived neurotrophic factor*) головного мозку в механізмах формування суїцидальної поведінки. Ця гіпотеза базується на тому факті, що дефіцит нейротрофічної підтримки призводить до патології нейронів гіпокампу в період розвитку депресії та формування суїцидальної поведінки. У хворих з синдромом залежності від алкоголю відбувається порушення обміну глюкокортикоїдів та серотонін-дофамінергічної системи, що призводить до зменшення вмісту BDNF, порушення кровообігу в мозку, пароксизмальних станів та змін свідомості та поведінки. Також відомо, що ритми електроенцефалограми (ЕЕГ), які відображають функціональний стан мозку, генеруються тими ж нейрональними системами збудження та гальмування, які беруть участь в обробленні інформації, адаптивно-приспосувальних механізмах, причому найбільший внесок до картини ЕЕГ вносять гальмівні системи кори, гіпоталамуса та гіпокампу.

Метою комплексного дослідження було визначення психофізіологічних механізмів формування депресії та суїцидальної поведінки у хворих з синдромом залежності від алкоголю. Було обстежено 62 хворих з різними проявами депресії та суїцидальними думками. Серед них — 32 хворих з синдромом залежності від алкоголю з різними депресивними проявами посттравматичних стресових розладів та розладів адаптації у вигляді суїцидальної поведінки та 30 хворих з різними психоневрологічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, без суїцидальних намірів. Усім хворим проводили обстеження психічного та неврологічного стану, соматичних систем організму. ЕЕГ-дослідження проводили за допомогою комплексно-діагностичного апарату «Нейрон-СПЕКТР+», та у динаміці — DX-NT-комплексом.

Проведений клініко-неврологічний аналіз виявив найбільш тяжкі неврологічні прояви у хворих обох груп у вигляді трьох провідних синдромів: дискоординаційного, лікворно-гіпертензійного та епілептичного (який був більш специфічним для хворих з суїцидальною поведінкою). Визначено, що провідну роль в нейрофізіологічних механізмах формування суїцидальної поведінки відіграє виснаження основних нервових процесів головного мозку (збудження та гальмування), що проявлялось у схожих змінах на ЕЕГ у хворих з хронічною алкогольною енцефалопатією з/без суїцидальних нахилів — вищим станом активності правої півкулі зі зниженням нормальної активності передніх (лобових, центральних, скроневих) відділів головного мозку з домінуванням β -активності у цих відведеннях; також були виявлені особливості патологічних змін на ЕЕГ у хворих з синдромом залежності та проявами аутодеструктивної поведінки у вигляді суїцидальних спроб — для цих хворих характернішим була наявність дифузних пароксизмів високоамплітудного β -ритму та повільнохвильових коливань, згладження регіонарних відмінностей головного мозку, що свідчило про дисбаланс адаптаційно-судинних регуляторних центрів гіпокампально-гіпоталамічної системи та дисфункцію кортикально-стовбурових шляхів збудження/гальмування головного мозку.

УДК 615.13-004.6:362.17:615.851

Д. А. Волощук

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Клініко-психологічна дезадаптація у родичів хворих на судинну деменцію та її психокорекція

Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції (СД) обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми СД, є тенденція до невпинного збільшення частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинених та більшості країн.

До сьогоднішнього часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичі яких хворіють на деменцію практично не розкриті. Результати проведених нами початкових робіт показали актуальність та необхідність детального вивчення цього питання, дозволили точніше сформулювати напрямки дослідження клініко-психологічної дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та шляхи її психокорекції, дозволили вдосконалити методи психологічного обстеження і стали основою для масштабніших і докладніших досліджень.

Мета дослідження: на ґрунті системного підходу вивчити закономірності формування дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та розробити комплексну систему її психокорекції шляхом формування адекватної мотивації догляду за хворим на судинну деменцію. Вивчити особливості психоемоційного стану родичів хворих на судинну деменцію.

На базі «Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я» було обстежено 128 хворих на судинну деменцію та 235 їхніх родичів. Дослідження проводилось з дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Родичів хворих було інформовано про тему та мету наукової роботи, а також про заходи психокорекції, які проводились в дослідженні. В ході роботи дослідженим неодноразово підкреслювалось, що участь у дослідницькій роботі є цілком добровільною та конфіденційною, та роз'яснювалось право відмови від дослідження.

Впровадження системи медико-психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд за хворим на судинну деменцію дозволив зменшити психоемоційне напруження, покращити міжособистісні відносини та гармонізувати стосунки у родині, наблизити зміст та характер переживань до рамок «нормальної реакції горя»; для медичного персоналу — підвищити рівень знань з психології інкурабельного онкологічного хворого, членів його родини та психології медичного працівника, покращити комунікативні навички та вміння застосовувати адекватні стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях, знизити неадаптивне реагування на психотравмуючу та стресову ситуацію.

УДК 616.89-008.441.13-06:616.45-001.1/.3

К. Д. Гапонов

КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер»; Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків
До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності

Сучасний період розвитку нашої держави характеризується значною кількістю деструктивно-дестабілізуючих та соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресу.

сового навантаження, в умовах якого живе населення України. Це породжує низку негативних зрушень в стані здоров'я нації, серед яких одним з найбільш значущих є збільшення рівня вживання психоактивних речовин, насамперед алкоголю, яке виникає як несприятливий механізм компенсації нервово-психічного напруження та варіант хронізації різноманітних постстресових розладів, доходячи іноді до їх клінічно окресленої коморбідності.

Американські дослідники (R. B. Lacoursiere, K. E. Godfrey, L. M. Ruby, 1980) на ґрунті результатів обстеження учасників війни у В'єтнамі описали «порочне коло» взаємозв'язків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і алкогольної залежності (АЗ): в структурі ПТСР вони виокремили низку симптомів (хронічна тривога, неспокій, безсоння, страхітливі сновидіння), які пацієнти усували за допомогою прийому алкоголю, що призводило до розвитку в них АЗ, а спроби утримання від алкоголю в цих випадках вели до розвитку атипичного ПТСР-подібного абстинентного синдрому, що сприяло його подальшому загостренню та прогресуванню.

Подібна тенденція зафіксована фахівцями і під час обстеження солдатів ізраїльської армії, які брали участь у бойових діях (A. E. Skodol, S. Schwartz, B. P. Dohrenwend et al., 1996): ПТСР у обстежених часто супроводжувалися афективними розладами та прийомом алкоголю — від вживання зі шкідливими наслідками до сформованої АЗ.

Свого часу вчені Російської Федерації дійшли висновку, що специфічними для їх країни є такі прояви ПТСР, як алкоголізація, наркотизація і бажання особи повернутися знову в колишню психотравмуючу ситуацію бойових дій, де вона відчувала свою «значимість і потрібність» (А. В. Дворчик, В. Н. Курышов, А. Г. Бриль, С. О. Кабанов, 1999).

Вітчизняні вчені також наголошують особливості перебігу ПТСР у осіб з АЗ: зазначено, що зловживання алкоголем відіграє роль своєрідної патологічної «захисної» реакції на подію, що призводить до психоемоційного дистресу, але потім на перший план виходять негативні наслідки алкоголізації (Г. О. Мусієнко, О. В. Бараненко, С. В. Гольцова, Л. Ю. Віхляєва, 2005); також наголошено, що вживання алкоголю хворими на ПТСР є одним з несприятливих компенсаторних механізмів, що призводить до маскування симптоматики, характерної для ПТСР, і формування хронічних порушень особистості (В. Н. Кузьмінов, О. О. Васильєва, 2004).

Взагалі, взаємозв'язок між алкоголем і стресом був виявлений ще за стародавніх часів. З одного боку, алкоголь вважався засобом полегшення стресу, а з іншого — стресові ситуації індукували споживання алкоголю. Сучасні соціологічні дослідження виявили зв'язок між рівнем стресу в суспільстві і рівнем пов'язаних з алкоголем проблем, від яких це суспільство потерпає.

Наукові дослідження показали, що у розвитку й підтримці АЗ значну роль відіграє гормон стресу — кортизолін-рилізінг фактор (КРФ), що присутній в гіпоталамусі і гіпофізі (J. Lavicky, A. J. Dunn, 1993; K. Pacak, M. Palkovits, I. J. Kopin, D. S. Goldstein, 1995; G. F. Koob, 1999; L. K. Jacobsen, S. M. Southwick, T. R. Kosten, 2001; N. Ait-Daoud, J. D. Roache, M. A. Dawes, L. Liu et al., 2009). Стрес супроводжується викидом КРФ, що запускає каскад реакцій, спрямованих на вивільнення глюкокортикоїдів. Останні забезпечують мобілізацію й спрямований перерозподіл енергетичних ресурсів організму, швидке енергетичне забезпечення органів, відповідальних за адаптацію — активується гліколіз, викид ліпідів з депо, підвищується окислення жирних кислот, активується

глюконеогенез. Активація задніх відділів гіпоталамуса приводить до стимуляції симпатико-адреналової системи й викиду катехоламінів. КРФ присутній і в мозочковій мигдалині (причетній до надмірної тривожності й до зловживання алкоголем), яка формує стресову реакцію організму в людини. КРФ підвищує силу гальмівних синапсів у нейронах, що властиво й алкоголю. Було показано, що алкоголь, так само як і стрес, впливає на гіпоталамо-гіпофізарно-адреналову вісь, змінюючи реакцію її ланок, та, через зниження вироблення кортизолу, який організм виробляє у відповідь на стрес, подовжує суб'єктивні переживання нервового напруження, спричиненого стресом. Стрес, в свою чергу, через вироблення кортизолу, знижує ефект алкогольного сп'яніння і призводить до бажання подальшої алкоголізації (L. A. Ray, 2011).

Система розширеної мигдалини включає елементи, яким властиве як підкріплення, так і стрес-реактивність. Докладне вивчення системи показало, що центральне ядро мигдалини, багате вмістом КРФ, відіграє провідну роль у реалізації підкріплювальних ефектів фармакологічних засобів, з наркогенним потенціалом. Експериментально доведено, що, по суті, мигдалина виконує спонукальну роль в активації гіпоталамічних механізмів підкріплення. Це дозволяє розглядати нейрогормональну систему, що включає мигдалину, гіпоталамус, гіпофіз і надниркову залозу, як структурно-функціональне підґрунтя формування залежності від різних наркогенів, насамперед, алкоголю.

Таким чином, активація гормону стресу прямо пов'язана з розвитком АЗ. Підводячи підсумок, можна констатувати, що вживання спиртного впливає на механізми розвитку стресорного стану через пригнічення деяких ланок стрес-реалізуючих та стимуляції ланок стреслімітуючих систем.

УДК 616.891.8-08

Н. В. Георгиевская

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков*

Система психотерапии семейных пар с сексуальными и невротическими расстройствами у жены

Невротическое расстройство у женщин часто сочетается с сексуальными нарушениями и имеет большую распространенность среди населения. В супружеской паре при сексуальных нарушениях у одного из супругов страдают оба. Сексуальные нарушения при невротическом расстройстве у женщин встречаются, по данным различных авторов, до 80 % случаев всей патологии, нередко приводя к нарушению отношений в семье, снижению репродуктивной функции, распаду брака. Нами было проведено системное исследование сексуальной дезадаптации супружеской пары при невротическом расстройстве у жены, результаты которого послужили основанием для разработки системы патогенетически направленной психотерапии.

Разработанная система психотерапии была апробирована нами при лечении 250 супружеских пар с сексуальной дезадаптацией, в которых жены страдали невротическим расстройством (неврастенией, смешанным диссоциативным и обсессивно-компульсивным, ипохондрическим расстройствами).

На первом, установочном этапе проводили выявление и устранение неадекватных и деструктивных