

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

глюкокогенез. 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

установок, оценок и представлений супругов в области сексуального взаимодействия.

На втором этапе психотерапевтической коррекции усилия были направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, компенсацию неадекватных эмоциональных реакций на нее, а также на повышение сексуально-эротической привлекательности брачного партнера.

На третьем этапе психотерапии повышался практический уровень их сексуальной компетентности, достигалась оптимальная согласованность взаимодействия, формировалось новое адаптированное сексуальное поведение.

УДК 616.85-039-055.2-008.47-036.66

Л. О. Герасименко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Принципи медико-психологічної реабілітації у жінок із невротичними розладами за наявності психосоціальної дезадаптації

В індустріальних країнах підвищення інтересу до соціального функціонування, якості життя, психосоціальної реабілітації пацієнтів є показником прагнення до розвитку цілісного погляду на індивіда в медицині і в соціальних науках. У сучасному світі концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і пристосування до життя і праці після хвороби та особистісний підхід до хворої людини. Провідні фахівці розрізняють медичну, професійну та соціальну реабілітацію. За останні роки в усьому світі термін «психосоціальна реабілітація» використовують надзвичайно широко та актуальними є питання щодо реабілітації, профілактики, психосоціальної допомоги за наявності невротичних розладів.

Апробацію розробленої програми психосоціальної реабілітації проводили у 94 пацієнтів із психосоціальною дезадаптивною поведінкою при невротичних розладах та у 79 жінок з аналогічною патологією, але без ознак психосоціальної дезадаптації, які отримували лікування за традиційними принципами. Загальним спрямуванням реабілітаційних заходів було формування гармонійного ставлення до хвороби, позитивних настанов, корекція психоемоційного стану, невротичних розладів, компенсація патоперсоналогічних рис, формування конструктивних модулів поведінки, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивації щодо терапевтичного процесу. Система реабілітації загалом складалась із двох базових блоків — власне реабілітаційного та реадaptaційного. Процес реалізації запланованих заходів відбувався у трьох напрямках: медично-соціальному, індивідуальному та внутрішньосімейному. Власне реабілітаційна складова являла собою диференційовану програму психокорекції, що виконувалась нами у два етапи. Перший етап — психодіагностично-адаптаційний, другий — корекційний, що реалізовувався у стаціонарі та амбулаторно. Застосовували гіпно-суггестивну і раціональну психотерапію, а також когнітивно-біхевіоральну, психоаналітично-орієнтовану психотерапію. Власне терапевтичний вплив був спрямований на лікування невротичних розладів та декомпенсацію патохарактерологічних змін, а також досягнення відповідного рівня компенсації. Під час лікування невротичних розладів широко застосовували психосвітні програми. На етапі стаціонарного лікування здійснювали індивідуальний

підбір фармакологічних препаратів відповідно типу невротичного розладу і тяжкості його перебігу.

Ревадптаційна складова системи психосоціальної реабілітації включала у себе соціальну, трудову та сімейну реадaptaцію. Це був фактично підтримуючий етап у системі психосоціальної реабілітації, і він проводився в умовах амбулаторного сімейного лікування після відповідного попереднього навчання жінок і їх сімейного оточення належним методам та методикам. Тут основним методом психокорекційного впливу була супортивна терапія. Таким чином досягали повної чи парціальної адаптації, що наближало пацієнтку до відчуття індивідуальної й суспільної повноцінності, властивих їй до хвороби.

Зіставлення результатів в основній та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої системи реабілітації, про що вказує достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в основній групі.

УДК 616.831-005-036.12-092-085

И. А. Григорова

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Клинико-патогенетические аспекты хронических нарушений мозгового кровообращения

Хронические нарушения мозгового кровообращения, именуемые в Украине как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), является одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Известно, что ДЭ — медленно прогрессирующая цереброваскулярная недостаточность, приводящая к развитию множества мелкоочаговых некрозов мозговой ткани, нарушению функции мозга, а в последней стадии ДЭ — к мозговой атрофии. ДЭ, в зависимости от её стадии, может иметь обратимый характер психоневрологических и когнитивных синдромов при I и II стадиях заболевания, а в её III стадии наблюдаются как выраженные очаговые синдромы, так и эмоционально-волевые нарушения, а также одно из самых драматических нарушений, приводящих к развитию деменции.

У наблюдаемых нами 200 больных с ДЭ в I стадии заболевания преобладал неврастенический синдром, во II стадии — сочетание неврологических и когнитивных нарушений, преимущественно мнестических (снижение когнитивных функций по шкале MMSE до 20—23 баллов), с развитием деменции легкой степени выраженности. У пациентов с III стадией заболевания отмечено выраженное уменьшение объема жалоб, снижение критики к своему состоянию. Объективно наблюдались псевдобульбарный, амиостатический, вестибуло-атактический, пирамидный синдромы, эмоционально-волевые нарушения и деменция (степень выраженности по шкале MMSE — до 13—11 баллов). Всем больным проводили комплекс общепринятых методов обследования: измерение артериального давления, аускультация магистральных артерий головы, офтальмоскопия, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское ЭКГ-мониторирование, эхокардиография, биохимические исследования крови, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга, электроэнцефалография, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография.

При ДЭ продолжается ишемический, повреждающий мозговую ткань каскад, проявляющийся повышением уровней стресс-гормона кортизола, диеновых