

но не менее важными факторами, эффективное воздействие на которые определяет, в конечном счете, успех терапии. Предложенные ниже возможные методы коррекции в основном принадлежат когнитивно-поведенческому направлению психотерапии как признанному подходу, широко применяемому при лечении зависимостей (Р. МакМаллин, 2001). Однако несомненно, что воздействие на те или иные факторы, особенно принадлежащие регистру *E*, может успешно осуществляться и в рамках других методологических моделей — психодинамической терапии, трансактного анализа, гештальт-терапии и т. д. В целом, как нам кажется, спектр представленных методов хорошо иллюстрирует современную тенденцию к мультимодальности и творческому соединению различных терапевтических школ (см. таблицу).

**Функциональный анализ поведения при компульсивном расстройстве сексуального поведения и возможные методы терапии**

Символ	Описание	Симптомы компульсивного расстройства сексуального поведения	Возможные методы коррекции
S	Стимулы (физические, социальные и поведенческие), запускающие нежелательное поведение человека	- Навязчивое фантазирование на тему секса с реальными или воображаемыми людьми; - просмотр порнографии; - вид мужчины/ женщины, которые воспринимаются исключительно как объекты сексуальной реализации; - скука; - состояние алкоголизации или опьянения иным ПАВ; - конфликт в семье / с постоянным сексуальным партнером; - лично значимые негативные жизненные события	- Десенсибилизация, - образная сенсбилизация, - контроль стимулов, - планирование поведения, - тренинг уверенности в себе, - семейная/партнерская терапия, - семейный договор
O	Биологические особенности организма	Врожденные или приобретенные особенности регуляторных систем организма (нарушение обмена дофамина, серотонина), особенности половой конституции	Отказ от употребления ПАВ, сексуальных стимуляторов; Методы саморегуляции (медитация, самогипноз, релаксация), психофармакотерапия
R	Моторная, эмоциональная и когнитивная реакция	Сексуальный транс; переживание особо приятных (гратуальных) сладострастных ощущений, эйфория; ложное чувство самоконтроля; постоянный или перманентный поиск новых сексуальных партнеров или виртуальных объектов для сексуальной реализации	Техники отвлечения внимания, контроль эмоций и автоматических мыслей рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ), «серфинг влечения», условно-рефлекторная терапия, техники визуализации
K	Типичные последствия поведения	Рискованное сексуальное поведение	Минимизация ущерба путем планирования поведения, соблюдения границ безопасности
C	Последствия поведения (кратковременные и долгосрочные)	Идеи самообвинения, замкнутость, депрессия, прием ПАВ, суицидальные попытки	Коррекция патологических мыслей методом РЭПТ, выполнение семейного договора
E	Личностные установки и ожидания (внутренние когнитивные процессы)	Отношение к сексу как к серии разовых эпизодов (анозогнозия, непонимание континуальности заболевания); «мифологическая» внутренняя картина заболевания (фантазирование про собственную сексуальную успешность и исключительность; персонафикация сексуальных атрибутов, неадекватная самооценка); иллюзия контроля за собственным поведением, снижение критичности к собственному поведению; дисфункциональные семейные/ партнерские отношения	Континуальная психотерапия, мотивационное консультирование, клиент-центрированная терапия, коррекция патологических мыслей методом РЭПТ, работа в сообществах самопомощи (12-шаговая программа), системная семейная терапия, экзистенциальная терапия, лечение зависимости

Рубрика *E*, описывающая внутренние когнитивные процессы — внутренняя картина заболевания, локус контроля, ценностные ориентации индивида — может рассматриваться как точка приложения патогенетической терапии, в то время как остальные предложенные мишени терапии в большей степени симптомоцентрированы. Такая позиция согласуется с общим подходом к оценке рубрик, предложенным М. В. Бурдиным (URL: [http://www.burdin.perm.ru/view\\_science.php?id=6](http://www.burdin.perm.ru/view_science.php?id=6)).

Проведение поведенческого анализа согласно приведенной схеме позволяет одновременно решать диагностические и терапевтические задачи.

УДК 616-052:616.839-008

*Пономарёв В. И.\**, *Вовк В. И.\**, *Матвиенко Ж. И.\*\**

*\* Харьковський національний університет*

*імені В. Н. Каразіна (г. Харків);*

*\*\* Консультативно-діагностический центр,  
Броварська ЦРБ (г. Бровари, Київська область)*

**Личностные особенности при соматоформной вегетативной дисфункции**

Соматоформная вегетативная дисфункция (шифр F45.3 по МКБ-10) представляет собой группу расстройств, проявляющихся симптомами поражения одного либо нескольких органов, при отсутствии объективно регистрируемой основы для появления таких симптомов. Распространенность данной патологии среди населения достаточно высока — более 50 % пациентов обращаются к врачам общей практики с жалобами, не имеющими достаточной органической основы. Лечение данного контингента больных составляет значительную трудность, поскольку в первую очередь они попадают к специалистам общей практики и терапевтам, и в самую последнюю очередь — к психиатрам и психотерапевтам. Кроме медикаментозной коррекции, должна проводиться психокоррекция. Известно, что особенности личностной сферы могут оказывать влияние на исход терапии, и в том числе психотерапии. В связи с этим, цель данного исследования — изучить личностные особенности у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией.

Было обследовано 30 пациентов, у которых была диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция. Средний возраст пациентов составлял 33 года. Жалобы больных относились в основном к сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и дыхательной системе. Отягощающих психологических факторов во всех случаях выявлено не было. Были зарегистрированы жалобы на чувство напряженности и озабоченности, убежденности в своей социальной непривлекательности или малоценности по сравнению с другими, повышенную озабоченность неприятием себя в социальных ситуациях и нарастание напряженности из-за критики в свой адрес, и т. д.

Все пациенты прошли обследование личностных особенностей с помощью теста СМИЛ — модифицированного Л. Собчик варианта опросника MMPI (Миннесотский многоаспектный личностный опросник, Minnesota Multiphasic Personality Inventory — методика, созданная в 1940 г. С. Хатуэем и Дж. Маккинли в университете Миннесоты). При проведении исследования обращало на себя внимание повышение (а в большинстве случаев пики) по 2-й и 7-й шкалам (шкала тревожности/депрессии и психастении соответственно) с одновременным снижением по 9-й шкале (гипомании).

Таким образом, можно утверждать, что все обследованные пациенты с диагнозом соматоформная вегетативная дисфункция имеют личностные особенности, способствующие развитию и поддержанию заболевания.

тативная дисфункция выявляла на личностном уровне патохарактерологические признаки личностного нарушения (тревожного, сенситивного). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке психокоррекционных мероприятий у данного контингента больных.

УДК 616.8-022.7:576.825.11

**Пономарьов В. І., Савицька І. Б.**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
(м. Харків)*

### **Сучасні підходи до ранньої діагностики гострих нейроінфекцій на первинній ланці допомоги**

Загострення уваги лікарів первинної ланки допомоги на особливостях нейроінфекцій зумовлена тим, що діагностика пов'язана з певними труднощами. Клінічна маніфестація багатьох нейроінфекцій може проходити з проявами набряку мозку у клінічному вигляді менингеального симптомокомплексу та нагадувати гостре порушення мозкового кровообігу, епілепсію, пухлину, психічне захворювання, гідроцефалію та інші захворювання та стани. Все це створює перед лікарем первинної ланки надання медичної допомоги складну проблему як діагностичну, так і тактичну (Кононенко В. В., 2004).

До нейроінфекцій відносять менингіти, енцефаліти, менингоенцефаліти, епідуральний абсцес, абсцес головного мозку, що гостро маніфестує, мієліт, а також септичний тромбоз мозкових вен і синусів твердої мозкової оболонки. Найбільш часто виявляються менингіти та менингоенцефаліти. Розрізняють первинні (менингококковий менингіт, первинний вірусний менингіт, кліщовий енцефаліт, епідемічний енцефаліт) та вторинні ураження нервової системи (як прояв загального інфекційного захворювання або хвороби — туберкульозний менингіт, вірусний гриппозний менингоенцефаліт та ін.).

Невідкладність терапії нейроінфекцій зумовлена такими чинниками:

— частим важким та ускладненим перебігом захворювання. Зокрема, при бактеріальних менингітах у разі своєчасної діагностики та пізнього початку невідкладної терапії часто спостерігається важкий перебіг набряку мозку та летальність досягає 60 %, нерідко перебіг ускладнюється формуванням абсцесів головного мозку;

— висока летальність при деяких нейроінфекціях (при пневмококковому менингіті — до 25 %, при герпетичному менингоенцефаліті — до 40 %, залежно від термінів початку специфічної терапії;

— підвищенням резистентності збудників бактеріальних менингітів до антибактеріальних засобів;

— розширенням спектра збудників менингітів, менингоенцефалітів та енцефалітів.

Лікарю первинної ланки допомоги треба за мінімально короткий термін зорієнтуватися в обставинах захворювання — зібрати анамнез у хворого чи близьких або свідків, з'ясувати обставини захворювання і провести обстеження. У таких умовах надзвичайно важливо чітко спланувати процес експрес-діагностики та транспортувати хворого в стаціонар.

Отже, на первинній ланці допомоги хворим з нейроінфекціями треба негайно виконати такі завдання:

— виявити порушення дихання, кровообігу і вжити заходів до їх екстреної корекції, провести протинабрякову терапію, при епілептичному статусі або часто повторюваних судомних припадках — ввести протисудомні засоби;

— на підставі встановленого діагнозу або виявлення провідного синдрому в першу чергу виокремити категорію

хворих, які потребують невідкладної нейрохірургічної допомоги (хворі з абсцесом головного мозку, субдуральною емпіємою та ін.);

— у випадках, коли в цьому місті спеціалізовані відділення розташовані в різних лікувальних установах, треба визначити профіль госпіталізації відповідно до діагнозу або синдрому, що превалює у клініці.

Отже, дотримання принципів лікування (раннє призначення ацикловіру) при своєчасній діагностиці герпетичного енцефаліту дозволяє знизити летальність до 7 %, при бактеріальних менингітах — з 60 % до 15 %. Отже, діагностична настороженість щодо гострих нейроінфекцій і вміння вчасно їх розпізнати залишаються важливими чинниками в запобіганні високій смертності та резидуальній інвалідазації.

УДК 616.214-085: 616.895.8

**Пономарьов В. І. \*, Суворова-Григоревич А. А. \*,  
Мінюкова С. Л. \*\***

*\*Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна;*

*\*\*Навчально-виховний комплекс № 7 (м. Харків)*

### **Про патоморфоз ендогенного-процесуальних психічних розладів**

Безсумнівно, що трансформація клінічної картини будь-яких психічних захворювань відбувається постійно і безперервно під впливом різноманітних зовнішніх чинників. Основною причиною патоморфозу ендогенно-процесуальних розладів, починаючи з 50—60 рр. минулого століття, вважався вплив психотропних препаратів, дослідженню якого було присвячено багато робіт вітчизняних і зарубіжних авторів. Але великий внесок в патоморфоз психічних розладів вносять також соціально обумовлені чинники.

Безліч епідеміологічних, соціологічних і транскультуральних досліджень вказують на існування особливостей клінічної картини і форм перебігу психічних захворювань (зокрема ендогенних) в різних популяціях хворих. Наприклад, встановлено різницю перебігу і наслідків параноїдної шизофренії у міського та сільського населення, в популяціях з різним етнічним укладом, а також вплив інших макросоціальних чинників.

Культуральні, етнічні, демографічні особливості, характеристики рівня і способу життя населення впливають на клінічне оформлення, структуру і перебіг психічних захворювань. Сутність і розуміння психічних розладів, в першу чергу ендогенних, неможливо досягти без урахування традиційного укладу життя досліджуваної популяції хворих, світогляду та особливостей адаптації до середовищних умов і психофізіологічної реадaptaції до нових соціально-економічних умов. Недостатня увага до ролі таких важливих соціально-економічних чинників часто призводить до грубих помилок діагностики, зокрема і при розмежуванні рівня психічних розладів, помилкової лікувальної тактики та неправильного планування профілактичних заходів. Існує думка, що вплив певних стресових чинників зумовлює клінічний патоморфоз шизофренії. Це проявляється поступовим збільшенням представленості ідеаторної симптоматики при галюцинаторно-параноїдному синдромі, появою нових, пов'язаних з психогенним впливом, маячних фобул. З цієї точки зору значний інтерес становить ситуація, що склалася в Україні (політична і соціально-економічна обстановка), яка призвела до міграції величезної частини населення, поміж них і тих, що страждають на психічні розлади. Необхідність соціалізації цієї групи осіб в нових умовах, вирішення безлічі наявних соціальних питань