

безуспішних курсів лікування у лікарів-інтерністів. У комплексному лікуванні обов'язковою й ефективною, поряд з антидепресантами (бажано селективної дії), була психотерапія. Не менш важливим було подальше проведення цих підходів амбулаторно.

Найбільш складними щодо ефективності лікування є депресії з поєднанням незначного когнітивного дефіциту. Вони схильні до рецидиву і прогресивності. На перший план виступають прояви астенії в поєднанні з сльозливістю, емоційною лабільністю, «мерехтінням» симптоматики, психічною виснаженістю. У лікуванні обов'язковим було поєднання антидепресантів з препаратами судинної дії і ноотропами. Пацієнти цієї підгрупи вимагали обережного підвищення дозувань, тому що проявлялися побічні дії, і в період курсового лікування доводилося змінювати базову терапію.

В результаті проведеного дослідження виявлено окремі клінічні особливості симптоматики депресій в інволюційному періоді, що дозволило знайти диференційований підхід в їх ефективному лікуванні.

УДК 616.89-008.431-079.94-085.214.2.036

Сафонов Д. Н.

Запорізький державний медичний університет

(м. Запоріжжя)

Типологія патоморфозу кататонічного синдрому

Процес патоморфозу (ПМ) психічної патології призводить до поліморфізму або дисоціації її клінічних проявів — і, як наслідок, до ускладнень в ідентифікації та диференціальній діагностиці окремих психопатологічних форм. Вирішення цієї проблеми полягає в адаптації діагностичної методології до клінічних реалій сьогодення, виявленні напрямків і чинників ПМ психопатологічних форм, аналізі поширеності останніх і створенні досконаліших діагностичних алгоритмів, диференціальних критеріїв і відповідних стандартів терапії.

У цьому ракурсі найбільш показовим прикладом — як з нозодескриптивних і епідеміологічних, так і з клініко-методологічних позицій — є ендогенна кататонія (ЕК).

З метою систематизації структурно-динамічних характеристик патоморфозу ендогенного кататонічного синдрому було обстежено 144 хворих на кататонічну форму шизофренії. Шляхом аналізу коморбідних станів та характеру чинників патопластичної модифікації кататонічного синдрому (КС) було виявлено 4 базових типи його патоморфозу.

1. **Фармакогенний** — при якому домінують патопластичні ефекти фармакотерапії.

Структурні девіації КС при фармакогенному типі ПМ:

- нівелювання психомоторних порушень (завдяки прямим ефектам терапії);
- включення в структуру синдрому дискінетичних феноменів та потенціювання кататонічних дискінезій;
- домінування поведінкових порушень (завдяки ефективній корекції психічних).

Динамічні девіації КС при фармакогенному типі ПМ:

- лімітування періоду психомоторних порушень із тенденцією до його скорочення;
- персистенція поведінкових феноменів в період фармакогенної ремісії.

2. **Токсичний** — при якому домінують інтоксикаційні та/або дисметаболическі чинники.

Структурні девіації КС при токсичному типі ПМ:

- включення галюцинаторних і параноїдних феноменів;
- включення деліріоформних порушень свідомості, що заміщують типові форми;

— включення кататонімімічних поведінкових феноменів психопатологічної структури через ампліфікацію мікрокататонічної семіотики;

Динамічні девіації КС при токсичному типі ПМ:

- формування тригерного значення інтоксикації для екзацерації КС;
- стабілізація динаміки прогресування психопатологічного епізоду після виходу з періоду інтоксикації та абстиненції.

3. **Альтеративний** — домінують органічні ураження морфологічного субстрату ЦНС.

Структурні девіації КС при альтеративному типі ПМ:

- включення в структуру КС сутінкових порушень свідомості;
- потенціювання дискінетичних феноменів, включення тиків та тремору;
- включення в структуру КС афективних аранжувань кола ейфорія — дисфорія.

Динамічні девіації КС при альтеративному типі ПМ:

- поява персистуючих терапевтично-резистентних симптомів;
- зниження якості ремісій внаслідок кататоніформних розладів органічного кола.

4. **Інволюційний** — притаманні інволюційні або атрофічні феномени ЦНС.

Структурні девіації КС при інволюційному типі ПМ:

- включення сутінкових і деліріоформних порушень свідомості;
 - переважання психомоторних компонентів КС над поведінковими;
 - випадання окремих компонентів КС.
- Динамічні девіації при інволюційному типі ПМ КС:
- добова флуктуація глибини психопатологічних порушень;
 - поглиблення психомоторних порушень у тривалій хронологічній перспективі.

УДК 616.89:616.136-073.48

Свиридова З. В., Панченко О. А.***

**ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Константиновка);*

***Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика (г. Киев)*

Ультразвуковая диагностика патологии органов брюшной полости у пациентов с хроническими психическими расстройствами

Состояние психического статуса больного влияет на клиническую картину острых и хронических заболеваний органов брюшной полости.

Многие соматические заболевания у больных с сопутствующей психической патологией имеют необычное течение. Страдая долгие годы от хронического заболевания, они зачастую умирают в результате несвоевременно выявленного осложненного течения заболевания.

На базе ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» проводилось исследование, в котором приняли участие 49 человек с хроническими психическими расстройствами и контрольная группа, состоящая из 25 условно здоровых лиц. Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. На момент обследования пациенты жалоб не предъявляли.

У пациентов с хроническими психическими расстройствами, процент выявленной патологии был выше чем в контрольной группе (таблица).

Выявленная патология	Пациенты с ХПР, %	Контрольная группа, %
Стеатоз печени	38	20
Хронический холецистит	79	40
Хронический панкреатит	64	32
Спленомегалия	26	8
Очаговые изменения печени	10	0
Очаговые изменения поджелудочной железы	5	0

Учитывая данные, полученные при исследовании, контингент больных, страдающих хроническими психическими расстройствами, имеет ряд специфических особенностей: неполноценность субъективной оценки ситуации пациентом на фоне психического заболевания, несвоевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью, наслаивание воздействия психотропных препаратов, а иногда и их побочных эффектов.

Таким образом, при работе с больными с сопутствующей психической патологией необходимо учитывать такие специфические факторы, как тяжесть психического состояния, трудность установления вербального контакта, неадекватность полученных ответов, сложность выявления субъективной симптоматики, воздействие психотропных средств. Характерны для них отсутствие соматических жалоб, в том числе жалоб на боль, затруднения физикального обследования, отказ от лечения.

УДК 37.015.3: 159.923.2

Селюкова Т. В.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Психологічні особливості діагностики алекситимії в осіб з різним рівнем відчуття самотності

Самотність — соціально психологічне явище, емоційний стан людини, який пов'язаний з відсутністю близьких, позитивних емоційних зв'язків з людьми, або зі страхом їх втрати. Почуття самотності виконує регулятивну функцію і включено в механізм зворотного зв'язку, що допомагає індивіду регулювати оптимальний рівень міжособистісних контактів. Самотність нерідко переживають люди з інертною нервовою системою, важко зав'язують нові контакти, повільно звикають до нових знайомих. Відомі випадки, коли самотність може призвести до депресії.

Не менш цікавим постає питання алекситимії. Алекситимія характеризується утрудненням або нездатністю людини точно описати власні емоційні переживання і зрозуміти почуття іншої людини, труднощами визначення різниці між почуттями і тілесними відчуттями. Нездатність до вираження почуттів, утруднений опис емоцій, слабке розрізнення тілесних відчуттів, схильність до утилітарного мислення і концентрації на зовнішніх подіях — усі ці особливості характерні для алекситимії. Це психологічний стан, при якому спостерігається бідність емоційного потенціалу особистості і є схильність до психосоматичних захворювань. Нездатність описати словами свої емоції веде до невміння їх розпізнавати. Алекситимічні прояви нерідко бувають спричинені підвищеною особистісною тривожністю. Знаходячись під сильним впливом емоцій, алекситиміки діють, особливо в критичних ситуаціях, імпульсивно, втрачаючи здатність

до аналізу та критики. Навпаки, бути в стані емпатії означає сприймати внутрішній світ іншого точно, із збереженням емоційних і смислових відтінків. Люди, які страждають на алекситимію, мають вкрай обмежені здібності до емпатії, тому що не можуть розрізнати навіть свої звичайні емоції.

В дослідженні брали участь 80 респондентів (юнаків та дівчат) у віці 18—26 років. Використані такі методики: опитувальник рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона; тест Торонтська алекситимічна шкала; тест Плутчика — Келлермана — Конте, шкали якого відображають напруженість основних психологічних захистів.

Результати дослідження показали, що у респондентів з високим рівнем відчуття самотності переважає високий рівень алекситимії, і навпаки. Це свідчить про те, що особи з високим рівнем самотності та алекситимії зазнають труднощів у визначенні та описі власних переживань, не можуть вербалізувати відмінності між почуттями і тілесними відчуттями. У них знижена здатність до символізації, вважається бідність фантазії та уяви. Їм притаманне сильне почуття незадоволеності своїми взаєминами з однолітками, спустошеність, покинутість. У разі підвищення рівня тривоги переважають незрілі механізми психологічного захисту, які призводять до витіснення і соматизації афекту. Емоційне забарвлення дійсності природно для людини і є одним з ознак здоров'я його психіки. Люди, які страждають на алекситимію, не здатні зрозуміти і розібратися у власних почуттях. Їм не вистачає інтуїції. Цим людям важко жити в світі.

Корекція можлива в умовах групових занять і має складатися з трьох послідовних етапів: релаксація і дидактична спрямованість; опора на невербальні засоби спілкування; актуалізація «внутрішнього діалогу». Релаксуючими прийомами можуть бути аутогенне тренування, музикотерапевтичні сеанси, допоміжні психогімнастичні прийоми. При цьому розвивається здатність відчувати і вміння вербалізувати почуття по типу «тут і тепер». Отже, актуалізація невербальних способів спілкування і опора на них сприяє розгальмовуванню і вивільненню почуттів.

УДК 616.895-001.8

Серікова О. І.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Прогностичне значення першого епізоду біполярного афективного розладу

Дослідження було проведено на ґрунті вивчення історій хвороб 300 пацієнтів з діагнозами маніакально-депресивного психозу 296.0, 296.1 за МКХ-9, або біполярного афективного розладу (F31 за МКХ-10) та циклотимії (296.81 за МКХ-9 та F34.0 за МКХ-10), що перебували на лікуванні в відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» за період з 1983 по 2016 роки. В дослідження не були включені ті історії хвороби, в яких бракувало необхідних даних про перебіг захворювання, або якщо строк спостереження за хворими був менший ніж 5 років. Остаточо до дослідження увійшли 126 пацієнтів (у співвідношенні чоловіки : жінки — 1 : 1,2). Середня тривалість міжфазного періоду — 2,89 роки, тобто в середньому розгорнута афективна фаза у них виникала один раз на три роки. В середньому ці хворі перенесли по $(5,50 \pm 0,84)$ афективні фази.

Були отримані такі результати.

З 126 хворих на біполярний афективний розлад (БАР) у 6 пацієнтів (4,76 %) захворювання дебютувало в дитинстві,