

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,

у 31 (24,6 %) — в підлітковому віці. Дебют у дитинстві порівняно з підлітковим віком характеризувався більшою кількістю епізодів на рік ($t = 5,46, p < 0,01$).

Вживання психоактивних речовин може передувати початку біполярного розладу. Найбільш поширеною психоактивною речовиною є канабіс. Серед групи пацієнтів, які вживали канабіноїди, середня кількість маніакальних, гіпоманіакальних та депресивних епізодів на рік була більшою, ніж в групі пацієнтів, які їх не вживали ($t = 5,65, p < 0,01$).

Ранній початок захворювання корелював із сімейною обтяженістю біполярним афективним розладом. Багатофакторне моделювання підтверджує гіпотезу, що погана функціональна, але не симптоматична, ремісія пов'язана не з важкістю симптомів захворювання, а з початком біполярного розладу у молодому, особливо в дитячому віці, та з обтяженим сімейним анамнезом. Сімейний анамнез найчастіше був обтяжений у пацієнтів з початком захворювання в дитинстві, також в групі пацієнтів з початком захворювання у віці 15—25 років ($t = 5,35, p < 0,01$).

При маніфесті захворювання у підлітковому віці перебіг хвороби не мав відмінностей від перебігу при маніфесті в дорослому віці — ані за кількістю епізодів на рік, кількістю спроб самогубства, ані за кількістю місяців загострення та частотою госпіталізації, ані за кількістю супутніх захворювань ($t = 1,26, p > 0,05$).

Неповні функціональні ремісії також частіше спостерігались у хворих, в яких захворювання дебютувало в молодому, особливо у дитячому віці ($t = 2,31, p < 0,01$).

Отже, вік початку захворювання і факт вживання канабіноїдів можуть бути використані як прогностичні маркери перебігу біполярного афективного розладу в клінічній практиці.

УДК 616.89-008.454-02:616.895.8-036.8]-092-07-08

Сінча К. А.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

**Основні результати дослідження
негативної постманіфестної симптоматики
депресивного спектра при шизофренії**

Проблеми шизофренії і шизоформних розладів є одними з найбільш актуальних в психіатричній практиці. У хворих на шизофренію часто відзначаються різні порушення афективної сфери, відмінні від діагностично облігатних нозоспецифічних ознак типу емоційного сплюснення, дефіцитарності, тимчасового компонента дефекту або тимопатичних ремісій. Найчастіше у хворих на шизофренію діагностуються явища депресивного спектра, що знижує якість їхнього життя, перешкоджає відновленню соціального функціонування, поглиблює стигматизацію і підвищує ризик суїцидогенезу.

На практиці весь спектр афективних порушень негативного знаку у хворих на шизофренію в постпсихотичному періоді нерідко відносять до рубрики постшизофренічної депресії, яка описується як депресивний епізод, що розвивається після і внаслідок шуба. Однак прояви депресивного спектра здебільшого виявляються не тільки в постпсихотичному періоді, а й протягом маніфесту, або навіть передують дебюту, і не вкладається в критерії діагностичної рубрики F20.4.

Зовнішня схожість депресивної семіотики з негативною патоафективною симптоматикою шизофренії зумовлює потребу проведення складної диференціальної діагностики для визначення стану емоційної складової або рівня

і характеру її ураження. Діагностика ускладнюється через велику поширеність серед хворих на шизофренію алекситимії, ангедонії, дисфорії і розладів тривожно-анксіозного, іпохондричного і психосенсорного кіл. В актуальному клінічному дискурсі все патоафективні прояви, які не є чисто депресивними, визначаються як «парадепресивні» (ПДС).

Мета дослідження: на підставі аналізу клініко-психопатологічної семіотики і структури депресивних проявів і парадепресивних станів (ПДС) у хворих на шизофренію визначити їх патогенетичні механізми та типологію і розробити неконгруентні підходи до їх корекції.

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» м. Запоріжжя в умовах інформованої згоди і з дотриманням принципів біоетики було обстежено 137 хворих, серед яких основну групу (ОГ) склали 107 хворих на шизофренію. Групу порівняння (ГС) склали 30 хворих з шизоафективним порушенням змішаного типу з переважанням депресивних проявів в структурі поточного епізоду. На підставі проведеного комплексного клініко-психопатологічного дослідження та аналізу семіотики і структури депресивних проявів і ПДС у хворих на шизофренію встановлено їх клінічна та патогенетична різноманітність, що дозволило скласти цілісне уявлення про складну структуру патоафективних порушень негативного знаку при цій патології. Виявлені особистісні характеристики і варіанти профілю особистості хворих на шизофренію з депресивними проявами і ПДС дозволили розробити диференційовані підходи до терапевтичних і психокорекційних впливів та патоперсоналогічні і психогенні предиктори розладів патоафективного спектра у цій категорії хворих.

Розроблена система терапії включала два основні напрямки: фармакотерапію і психотерапію, які базувались на засадах комплексності, багатовекторності та персоналізованості. При наявності ПДС у хворих на шизофренію фармакотерапію переглядали у бік вибору нейролептичних препаратів із антидепресивним та активуючим ефектами. При наявності виразної депресії до терапії додавали антидепресанти, перевага віддавалася антидепресантам із збалансованою або седативною дією.

УДК 616.895.4:616-053.5:616.7

Стрельнікова І. М.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

**Досвід надання антипсихотичної допомоги жінкам,
хворим на епілепсію, що ускладнилась
психотичними розладами**

В останній час проблематиці епілептичних психозів приділяється все більше уваги, зважаючи на те, що хворі з цією патологією доволі часто перебувають на стаціонарному лікуванні в психіатричних закладах та отримують допомогу в амбулаторних психіатричних установах. Найчастіше спостерігаються епілептичні психози з транзиторним (гострим) типом перебігу (64 %) та нападаподібним типом перебігу (24—28 %), значно рідше спостерігаються хронічні епілептичні психози (8—12 %). На сучасному етапі вивчення цієї патології не існує надійної доказової бази ефективності призначення психотропних засобів хворим з епілептичними психозами. Впровадження в практику засобів та методів фармакотерапії епілептичних психозів є актуальним напрямком в нейрофармакології та психіатрії.

Хворим на епілептичні психози доцільним є призначення атипичних антипсихотичних препаратів, які здатні напряму впливати на більшість механізмів розвитку епілептичних психозів та припиняти їх подальший руйнівний ефект.