

за основними психологічними проблемами, пов'язаними з хворобою:

- психолого-сенсорні — наявність повторюваних неприємних відчуттів на шкірі (свербіння, сухість, біль при наявності пошкоджень цілісності шкірного покриву);
- психолого-візуальні — видимі симптоми хвороби (почервоніння, мокнуття, ліхніфікація), що погіршували зовнішній вигляд;
- терапієобумовлені — тривале, часто повторюване лікування, необхідність постійного контролю за фізичним самопочуттям;
- обмежувальні — необхідність дотримуватися обмежень (їжа, засоби для гігієни, одяг) у зв'язку з потребою уникати потенційних провокуючих рецидиви хвороби чинників.

На психологічному рівні кожна група стрес-чинників мала специфічне змістовне навантаження. Психолого-сенсорні чинники, в основі яких лежали дискомфортні фізичні відчуття, були джерелом постійного нервово-психічного збудження, що спричиняло дисбаланс у роботі нервової системи. Психічними проявами дисфункціонування були виснажуваність, емоційна лабільність, дратівливість, тривожність, тобто симптоми, пов'язані з регуляцією психічної діяльності та наявністю психологічного ресурсу.

Група психолого-візуальних чинників прив'язувалася до паттернів рольової самоідентифікації, формування фізичного образу «Я» та соціалізації. У підлітковому віці привабливий зовнішній вигляд часто асоціюється з соціальним успіхом. Відмінності зовнішності у свідомості підлітка могли ставати суттєвими перепонами до досягнення ним бажаної сходинки у соціальній ієрархії. Видимі «дефекти» також є зручним об'єктом для агресії та маніпуляції з боку однолітків. Відчуття власної непривабливості і невпевненості були підґрунтям для виникнення проблем у міжособистісних стосунках.

Терапієобумовлені чинники спричиняли окремий пласт негараздів, пов'язаний з формуванням певного специфічного стилю життя з хворобою.

Обмежуючі заходи мають психотравматичний та фруструючий вплив на психіку дорослого, не кажучи про дитину. У підлітковому віці стрес додатково підсилювали відсутність достатнього рівня самоконтролю та протестне ставлення до заборон.

Психотравматичні чинники, обумовлені АД, спричиняли зміни у психоемоційному стані підлітків, негативно відображалися на поведінці в цілому та під час лікувального процесу, знижували психосоціальну адаптацію. Виявлення та зменшення патогенної дії стрес-чинників — одне з важливих завдань медико-психологічної допомоги підліткам з АД.

циально-психологические условия жизни осложняют восприятие реальной жизни и зачастую способствуют росту пограничной психической патологии, среди которой весомую часть занимают невротические расстройства, претерпевающие патоморфоз в клинических проявлениях. Так, согласно данным литературы последних лет, отмечается тенденция к формированию коморбидных с невротической патологией аддитивных форм поведения. Это обусловлено в большей степени тем, что в данную категорию больных попадают лица с низкой переносимостью трудностей и низкими адаптационными способностями (Егоров А. Ю., 2003, Чернобровкина Т. В., 2008, Битенский В. С., 2011). В поисках средств защиты от напряжения, дискомфорта, стресса и способов разрешения невротического конфликта такие люди часто прибегают к стратегии аддитивного поведения, которое может иметь как самостоятельный характер, способствовать формированию невротического расстройства или возникать на фоне пограничных психических расстройств. Существуют разные виды аддитивного поведения, как фармакологического, так и нефармакологического характера. Однако особый интерес представляют клиничко-психопатологические особенности невротических расстройств, протекающих в сочетании с нехимическими аддикциями, что и явилось целью нашего исследования.

Цель исследования — изучить клиничко-психопатологические проявления тревожно-фобических расстройств, в структуре которых имеют место аддитивные нарушения.

Методы исследования: анамнестический, клиничко-психопатологический, оценка аддитивного статуса индивида с помощью AUDIT-подобных тестов (Линский И. В. с соавт., 2009).

Было обследовано 43 больных с тревожно-фобическими расстройствами, из них 18 мужчин и 25 женщин, средний возраст — 26,5 лет. В результате проведения оценки аддитивного статуса больных с помощью AUDIT-подобных тестов обследованные были разделены на две группы: с аддитивными нарушениями — 29 человек (средний суммарный балл выше 16, что свидетельствует о наличии аддикции) и контрольную группу — 14 человек, где средний суммарный балл был ниже 7 баллов, что интерпретируется как отсутствие аддитивных нарушений. Социально-демографические показатели в обеих группах не имели существенных отличий. Согласно данным анамнеза болезни, у всех больных начало заболевания связано с наличием психотравмирующих ситуаций, однако в основной группе их давность составляла более года у 72,41 %, в группе контроля — у 85,71 %. В основной группе преобладающими аддитивными формами поведения были интернет-зависимость (51,72 %), переедание (13,79), зависимое поведение (42,85 %), чрезмерное занятие спортом (35,71), что объяснялось пациентами как форма снятия тревожной симптоматики и способ переключения внимания. Необходимо отметить, что у 27,58 % больных имело место несколько форм аддитивных нарушений одновременно. Клиничко-психопатологическая симптоматика в основной группе носила более выраженный характер, выделенные синдромокомплексы в процессе корреляционного анализа имели тесные корреляционные связи с выделенными аддитивными нарушениями. Так, тревожно-депрессивный синдром (65,51 %) коррелировал с перееданием ($r = 0,47$) и зависимым

УДК 616.89-008.441.1-008.447-07

**Н. А. Марута, С. П. Колядко,
М. М. Денисенко, Г. Ю. Каленская**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков*

Клиничко-психопатологические особенности тревожно-фобических расстройств с аддитивными нарушениями

Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. Трудные политические, социально-экономические и со-

поведением ($r = 0,46$), тревожно-сенестопатический синдром (34,48 %) — с интернет-зависимым поведением ($r = 0,47$) и чрезмерным занятием спортом ($r = 0,41$).

Таким образом, проведенное исследование показало наличие у больных с тревожно-фобическим расстройством и аддиктивными нарушениями в клинической картине наличие психотравмирующего фактора, носившего длительный, неразрешенный и сохраняющий актуальность характер, связь синдромокомплексов с формированием определенных вариантов аддиктивных нарушений, что необходимо использовать при разработке и проведении лечебной тактики данных больных с применением психотерапевтических методов, направленных преимущественно на индивидуально-личностные и поведенческие паттерны.

УДК 616.85-039:159.922:001.8 «4»

О. С. Марута

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков*

Структура смысловых ориентаций у больных с различными формами невротической патологии

При изучении человека в ситуации невротического заболевания немаловажным является вопрос исследования способов совладания личности, направленных на преодоление существующего конфликта. Состояние болезни занимает важное место в структуре жизненного цикла любого человека, так как оно зачастую связано с системной переоценкой предыдущего опыта, перестройкой сферы потребностей. В связи с этим представляется актуальным изучение особенностей смысловых ориентаций больных невротическими расстройствами.

В качестве инструмента исследования применялась методика «Тест смысловых ориентаций», которая позволяет оценить такие основные их виды, как ориентация на цели, процесс, результат, локус-контроль «Я» и локус-контроль «жизнь». Было обследовано 115 больных невротическими расстройствами, из них 40 — неврастениями (F48), 35 — тревожно-фобическими расстройствами (F40 — F41), 40 — диссоциативными расстройствами (F44). Контрольную группу составили 40 здоровых лиц без признаков невротической патологии.

Анализ результатов показывает, что наиболее выраженной у больных невротическими расстройствами является ориентация на жизненные цели ($74,0 \pm 1,8$ %), а наименее представлена ориентация на процесс и результат ($63,2 \pm 1,7$ % и $67,4 \pm 1,8$ % соответственно). При этом тенденция к преобладанию ориентаций на цели была характерна также и для контрольной группы, но у здоровых этот показатель был достоверно выше ($82,5 \pm 2,0$ %, при $p < 0,005$).

Следует отметить, что согласно полученным данным, у больных невротическими расстройствами показатели выраженности управления своей жизнью ($68,3 \pm 1,9$ %) и возможности самоконтроля ($66,1 \pm 1,6$ %) достоверно ниже, чем в группе контроля ($77,8 \pm 1,9$ % и $79,6 \pm 2,1$ %, при $p < 0,005$). Соответственно и общий показатель осмысленности жизни в группе больных невротическими заболеваниями ($69,0 \pm 1,6$ %) достоверно меньше, чем в группе здоровых ($78,7 \pm 1,5$ %, при $p < 0,005$).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных неврастениями все показатели смысловых ориентаций превышают аналогичные показатели больных с другими формами невротических расстройств и составляют в отношении целей — $78,3 \pm 2,6$ %, процесса — $65,4 \pm 2,6$ %, результата — $70,3 \pm 3,1$ %, при этом они были достоверно более низкими, чем в группе контроля (при $p < 0,005$). Также было обнаружено, что больные неврастениями в большей степени, чем другие пациенты, считают возможным осуществлять контроль над обстоятельствами своей жизни ($70,4 \pm 2,8$ %) и самоконтроль в целом ($68,3 \pm 2,9$ %). Достоверные различия между группами больных с различными формами невротических расстройств обнаружены по показателю ориентаций на цели ($78,3 \pm 2,6$ %) — при неврастении и ($72,0 \pm 3,7$ %, при $p < 0,005$) — при тревожно-фобическом расстройстве и общему показателю осмысленности жизни у больных тех же категорий ($72,7 \pm 2,9$ % и $68,6 \pm 2,9$ %, при $p < 0,005$).

Больные тревожно-фобическим расстройством имели более высокие показатели по шкалам ориентации на процесс ($65,0 \pm 3,5$ %), ориентации на результат ($68,0 \pm 3,4$ %) и ощущения контроля жизни ($69,0 \pm 3,6$ %), чем больные диссоциативным расстройством, у которых эти показатели составили $63,2 \pm 1,7$ %, $67,4 \pm 1,8$ % и $68,3 \pm 1,9$ % соответственно; и более низкие — по шкалам ориентации на цели ($72,0 \pm 3,7$ %), самоконтроля ($65,6 \pm 2,9$ %) и общему показателю осмысленности жизни ($68,6 \pm 2,9$ %), по сравнению с $74,0 \pm 1,8$ %, $66,1 \pm 1,6$ % и $69,0 \pm 1,6$ % у больных диссоциативным расстройством. Однако эти различия не были статистически достоверными.

Таким образом, изучение смысловых ориентаций у больных невротическими расстройствами показало, что для этих больных характерны неудовлетворенность прожитой частью жизни, низкая осмысленность своей жизни в настоящем, отсутствие целей в будущем и, следовательно, дискретное восприятие своей жизни в целом. Личностные смыслы в подобном случае лишены направленности и временной перспективы. Кроме того, испытуемые данной группы демонстрируют неверие в свои силы контролировать события собственной жизни, фатализм и убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательной регуляции, свобода выбора иллюзорна, что сочетается с дефицитностью механизмов интерпсихической коммуникации (низкие баллы по субшкалам «Локус контроля — Я» и «Локус контроля жизнь»).

УДК 616.85-039:159.992

Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Черднякова

*ГУ Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины, г. Харьков*

Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств

С целью изучения личностных особенностей, способствующих формированию резистентности у больных невротическими расстройствами, для разработки критериев прогнозирования формирования резистентности проведено психодиагностическое обследование 136 больных невротическими расстройствами (тревно-фобическими (F40.8) — 48 больных, диссоциа-