

УДК 616.85-039:615.851-08

**Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко,  
Г. Ю. Каленська, Д. І. Теренковський**  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків

### Особливості підходу до психотерапевтичної корекції тривожних розладів органічного походження

Тривожний симптомокомплекс в структурі психічних розладів органічного походження обумовлений як психогенними чинниками, так і низкою нейрофізіологічних та біохімічних змін в організмі людини. Лікування тривожних розладів повинно враховувати всі ланки патогенезу та включати як фармакотерапію, так і психотерапевтичну корекцію, що сприятиме підвищенню ефективності лікування та попередженню рецидивування вказаної патології.

Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало розроблення принципів психотерапевтичної корекції на підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожних розладів органічного походження.

Для реалізації мети дослідження було обстежено 37 хворих на психічні розлади органічного походження з тривожним симптомокомплексом (F 06.3, F 06.4).

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, який включав тест відносин А. М. Еткінда (Бажин Е. Ф., 1985), інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005); психометричний, який включав «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1974), «Шкалу Цунга» (Zung W. W., 1980); методи математичної статистики.

Лікування цієї категорії хворих мало комплексний характер та включало фармакотерапію, основний принцип якої полягав в призначенні препаратів з протитривожним (анксіолітичним) ефектом, та обов'язкову психотерапевтичну корекцію. Під час визначення психотерапевтичної тактики обстежених хворих враховували особливості організації лікувального процесу, клінічних проявів тривоги, особистісного реагування на захворювання, дані анамнезу і ставлення пацієнтів до психотерапії.

В ході дослідження встановлені клініко-психопатологічні та патопсихологічні «мішені» психотерапевтичного впливу:

— при тривожному симптомокомплексі мішенями виступали високі показники особистісної та ситуативної тривожності (84,15 % та 96,00 % відповідно), фобічний компонент тривоги (44,00 %), емоційний дискомфорт (48,00 %);

— при сполученні тривожного та соматовегетативного симптомокомплексів мішенями психотерапевтичного впливу були високі показники соматизації (1,48 бали); астеничний та соматичний компоненти тривоги (68,00 та 47,56 % відповідно), високий показник ситуативної тривожності (96,00 %);

— при поєднанні тривожного та іпохондричного симптомокомплексів як мішені виступали високий рівень ситуативної тривожності (96,00 %), високі показники соматизації (1,48 бали), емоційний дискомфорт (48,00 %), тривожна оцінка перспективи (48,00 %), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (52,00 %);

— при сполученні тривожного та депресивного симптомокомплексів мішенями психотерапевтичного впливу

були високий рівень особистісної тривожності (84,15 %), астеничний та афективний компоненти тривоги (68,00 % та 48,33 % відповідно), емоційний дискомфорт (48,00 %), соціальна реакція захисту (52,00 %), високий рівень міжособистісної чутливості (1,09 бали).

Виявлені особливості були враховані під час розроблення психотерапевтичної корекції, яку проводили в 3 етапи: седативно-підтримуючий (3—4 заняття), лікувально-стабілізуючий (8—10 занять), адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття). Психотерапевтичний підхід був комплексним, включав когнітивно-поведінкову за А. Беком, інтегративну тілесно-орієнтовану психотерапію з використанням технік аутогенного тренування (за М. Е. Сандомирським) та особистісно-орієнтовану психотерапію за Б. Д. Карвасарським і проводився у формі індивідуальних та групових занять.

Застосування комплексної психотерапії тривожної симптоматики у хворих на психічні розлади органічного походження сприяло подоланню зафіксованих реакцій тривоги, підвищенню соціальної активності хворих, їх адаптації в родині та суспільстві, а також підвищенню ефективності лікувальних дій біологічного характеру.

УДК 616.891.4-008.47:001.8

**Н. А. Марута, И. А. Явдак, В. В. Огоренко,  
Е. С. Череднякова, Т. В. Канцедаль**  
ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», г. Харків

### Факторы формирования резистентности у больных неврастениями

Социально-экономические, социально-психологические перемены, происходящие в обществе, изменение привычных стереотипов индивидуального и социального функционирования личности ведут к значительному росту злостных, резистентных к терапии форм невротической патологии, нуждающихся в своевременной диагностике и усилении терапевтических стратегий.

С целью изучения факторов развития резистентных форм неврастения (F 48.0, согласно МКБ-10) проведено клинко-психопатологическое обследование 63 больных.

Выделены клинко-психопатологическая (формирующаяся при участии преимущественно биологических факторов) и личностная (основанная преимущественно на психологических механизмах) составляющие резистентности у больных неврастениями.

Клинко-психопатологическая составляющая резистентных форм неврастения включает: наличие психогений с локализацией в сфере собственного здоровья ( $J(xij) = 0,85$ ), соматизацию клинических проявлений ( $J(xij) = 0,97$ ), коморбидность с соматоневрологической патологией ( $J(xij) = 0,73$ ), коморбидность с ипохондрической ( $J(xij) = 0,1,17$ ) и депрессивной ( $J(xij) = 1,01$ ) симптоматикой.

В качестве клинко-психопатологических предикторов формирования резистентности у больных неврастениями выделены: злостной тип начала заболевания ( $J(xij) = 1,17$ ), сочетание в клинической картине нескольких психопатологических (депрессивного, ипохондрического, соматовегетативного) синдромов и формирование стойкого «ограничительного» поведения ( $J(xij) = 0,71$ ).

Личностная составляющая резистентности у больных неврастениями включает экстравертированность личности, обуславливающую отсутствие мотивации