

дереалізація. На цей час можна зробити припущення, що біль — є стримуючим чинником для всіх варіантів аутоагресивної і гетероагресивної поведінки. Механізмами стримування аутоагресивної поведінки боєм є не тільки страх перед больовими почуттями, але і вплив болю на дереалізацію та схильність до експлозивних реакцій. Несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка частіше спостерігалася на тлі збільшення порогів сприйняття болю. Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки виразності суїцидальної ідеації та показників больового сприйняття. Зворотні — з порогом відчуття болю ($r = -0,27$), прямі — з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,27$). Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки рівня депресії (за Гамільтон) з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,21$). Підвищення порогу непереносимості болю було загальною ознакою підвищеного ризику суїциду, незалежно від нозологічної належності хворого. Попередні результати дослідження дозволяють зробити припущення, що існують певні загальні механізми формування аутоагресивної поведінки. Порівняльне вивчення особливостей больової чутливості у психічно хворих, залежних і не залежних від ПАР, в комплексі з психопатологічним дослідженням надалі дозволить розробити методи прогнозування та попередження аутоагресивної поведінки.

УДК 616.895.4-009

Ліньський І. В., Ткаченко Т. В., Кузьмів В. Н., Малихіна Н. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Особливості больової чутливості у хворих з тяжким депресивним епізодом

Було обстежено 54 особи жіночої статі з тяжким депресивним епізодом (діагнози: F32.2, F33.2 відповідно до МКХ-10). З них група «А» (27 осіб) — хворі, що скоїли незавершені суїцидальні спроби за 2—10 діб до моменту обстеження, група «Б» (27 осіб) — хворі без ознак суїцидальної активності.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (тяжкість депресії оцінювали з використанням шкали Гамільтона), тензоалгометрія (Спосіб кількісної оцінки індивідуальних больових порогів (Невидимова Т. І, Бохан Н. А., Коконова Д. Н., патент RU 2342063).

Було встановлено, що середні значення рівня депресії за шкалою Гамільтона в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, були вищими (в 1,18 рази, при $p < 0,05$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності. При цьому порогові больової чутливості — мінімальне больове відчуття, яке суб'єкт в змозі розпізнати (нижній больовий поріг) і поріг переносимості болю (верхній больовий поріг) в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, також були вищими (в 1,40 рази та 1,19 рази відповідно, при $p < 0,0001$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності.

Було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, рівень депресії прямо корелює з величиною больового порогу ($r_{xy} = +0,60$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжується збільшенням нижнього больового порогу на 0,301 ум. од. На відміну від цього, в групі хворих без ознак суїцидальної активності кореляція рівня депресії з величиною больового порогу була зворотною ($r_{xy} = -0,62$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжувалось зменшенням нижнього больового порогу на 0,103 ум. од.

В результаті аналізу діапазонів розподілів пацієнтів різних груп порівняння за рівнями депресії за шкалою

Гамільтон та поріг больової чутливості було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, немає осіб з рівнем депресії менше ніж 23 бали або більше ніж 31, в той час як в групі хворих без ознак суїцидальної активності спектр рівнів виразності депресії значно ширший — від 19 балів до 40 балів. Аналогічним чином, межею максимальних відмінностей груп «А» й «Б» за показниками нижнього больового порогу є величина 10 ум. од., за показниками верхнього больового порогу — величина 15 ум. од. і, нарешті, за показниками різниці між верхнім та нижнім больовими порогоми — величина 5 ум. од.

Ідентифікація межових значень параметрів — ознак, про які йдеться, дозволили визначити кількість осіб — носіїв цих ознак, співвідношення частот наявності цих ознак в групах порівняння і, як наслідок — відповідні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (MI).

Найбільш інформативним маркером наявності суїцидальної активності у хворих з тяжким депресивним епізодом (F32.2, F33.2) є нижній поріг больової чутливості понад 10 ум. од. (ДК = -9,21; MI = 3,75); за яким в порядку зменшення інформативності слідує: рівень депресії: 25—33 бали (ДК = -7,96; MI = 3,10); верхній поріг больової чутливості понад 15 ум. од. (ДК = -6,43; MI = 2,03); а також різниця між верхнім та нижнім больовими порогоми 5 ум. од. і менше (ДК = -3,98; MI = 1,11).

Отже, отримані дані свідчать про те, що неускладнена суїцидальною активністю депресія супроводжується зменшенням больових порогів, а ускладнена — їхнім підвищенням. Вивчення співвідношення тяжкості депресивних розладів та особливостей порогів больової чутливості у хворих з суїцидальними тенденціями дозволить розробити методи прогнозування суїцидів у психічно хворих.

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

*Мамчур А. І. *, Гуца С. І. ***

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины»;

**КУ «Днепропетровская областная клиническая
психиатрическая больница Днепропетровского
областного совета» (г. Днепр)

Комплексный подход в лечении соматоформных расстройств

Распространенность соматоформных нарушений у больных с психическими и поведенческими расстройствами диктует необходимость разработки адекватных и внятных алгоритмов терапии и комплексного подхода. Главная особенность в реализации тактики лечения заключается в использовании методов психофармакологии и психотерапии, исключении (при отсутствии показаний) нейротропных, соматотропных и метаболитических лекарственных средств.

С целью разработки комплексного подхода к диагностике соматоформных нарушений у больных, изучения патогенетических механизмов соматизации и комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для психически больных с соматоформными нарушениями нами было обследовано и пролечено 57 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 23 до 59 лет с диагнозом соматоформное расстройство (F45) согласно критериям МКБ-10, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных проводили не менее 2 лет от начала манифестного этапа соматизации.

Клинические проявления при соматоформных расстройствах условно были распределены на три уровня: чувственный (эмоциональный); когнитивный и поведенческий.