

Таким образом, в результате исследования установлена достаточная эффективность применения гештальт-подхода в психотерапии психосоматических расстройств, что позволяет рекомендовать включать индивидуальные психокоррекционные программы, основанные на гештальт-терапии, в лечебно-реабилитационный процесс. Применение данного метода в работе с пациентами с психосоматической патологией способствует преодолению психологического внутреннего сопротивления, самораскрытию, осознанию психосоматических взаимосвязей.

УДК 612.821-079: 656.13-051

О. А. Панченко, В. В. Плохих, Гаража М. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украинская инженерно-педагогическая академия (г. Харьков), ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Константиновка Донецкой области)

ПСИХОДИАГНОСТИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАНСПОРТА

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) продолжают занимать одно из первых мест среди причин травматизма. Участники, свидетели ДТП, члены их семей и близкие подвергаются повышенному риску возникновения психической патологии, посттравматических стрессовых расстройств. ДТП наносит значительные экономические убытки гражданам и государству, а сообщения об управлении автотранспортным средством, приведшем к летальному исходу, инвалидизации, травматизации пострадавших, в свою очередь, провоцируют рост психологического напряжения в обществе. В связи с этим возникают повышенные требования к психофизиологическим качествам водителей.

Цель исследования — психодиагностика психофизиологических качеств водителей автомобильного транспорта. Исследование проводилось на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». Выборку составили 47 водителей автомобильного транспорта, средний возраст которых — $38,8 \pm 8,4$ года, стаж вождения — $18,9 \pm 8$ лет.

В исследовании применяли психодиагностические методики: фигуры Готтшальдта, таблицы Горбова — Шульте, «Запоминание 10 слов» С. Я. Рубинштейн, «Шкалы» Б. Л. Покровского, «Словесный лабиринт» А. Лачинса, компьютеризированную методику оценки скорости зрительно-моторной реакции Ю. Е. Ляха, В. Г. Гурьянова, методику НПН Т. А. Немчина, метод цветковых выборов М. Люшера, пятифакторный опросник личности «Большая пятерка» А. Б. Хромова, ОСТ В. М. Русалова.

В результате психодиагностики установлены нарушения психофизиологических показателей водителей: полезависимость восприятия выявлена у 21 чел. (44,7 %), что свидетельствует о подверженности иллюзиям восприятия; нарушение концентрации внимания — у 7 чел. (14,9 %), истощаемость внимания — у 5 чел. (10,6 %), низкий уровень переключения внимания — у 3 чел. (6,4 %), что свидетельствует о трудностях в сосредоточении на объекте или деятельности; нарушение кратковременной памяти — у 20 чел. (42,6 %), долговременной памяти — у 17 чел. (36,2 %); низкий уровень оперативной памяти — у 11 чел. (23,3 %); ригидность мыслительных процессов — у 17 чел. (36,2 %), замедленность зрительно-моторных реакций — у 7 чел. (14,9 %). Эмоциональная напряженность установлена у 7 чел. (14,9 %). 100 % обследуемых имеют слабый уровень нервно-психического напряжения. Низкий уровень предметной эргичности установлен у 10 чел. (21,2 %), что свидетельствует о пассивности, низкой вовлеченности в процесс деятельности. Высокий уровень эмоциональности, тревожность отмечается у 5 чел. (10,6 %). Депрессивность, самокритика, неустойчивость эмоциональной сферы выявлена у 1 чел. (2,1 %).

Результаты, полученные в ходе исследования, дают возможность выявить персонал группы риска. Так, установлено, что среди обследуемых в группу риска попали около четверти обследованных водителей. Этим лицам были даны соответствующие рекомендации.

Успешность профессиональной деятельности водителя в значительной степени определяется интегральным выражением его психофизиологических и личностных качеств, поэтому психодиагностика этих особенностей имеет важное значение для прогнозирования психофизиологической надежности водителя.

Решение проблемы неудовлетворительного психофизиологического состояния водителей необходимо для нахождения компенсаторов данных состояний. Это будет способствовать

повышению надежности и безаварийности профессиональной деятельности водителей, предотвращению аварийных ситуаций на дорогах, уменьшению экономических убытков, снижению психической патологии среди населения.

УДК 616.08-08-059+615.851:15

О. А. Панченко, Е. Г. Садчикова

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Одним из важных компонентов нейрореабилитационного процесса является психологический аспект. Большое значение имеет актуальное эмоциональное и функциональное состояние пациента, его отношение к собственному заболеванию, мотивация на выздоровление. В связи с этим работа психолога с больными неврологической группы заключается в проведении диагностических исследований и психокоррекционных мероприятий.

Целью исследования стало определение эмоционального состояния пациентов отделения нейрофизиологии и нейрореабилитации, в том числе типа отношения к болезни.

Применялись Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), шкала нервно-психического напряжения (НПН), методика САН, метод цветковых выборов М. Люшера. В исследовании принимали участие 85 пациентов отделения нейрофизиологии и нейрореабилитации ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины», находящихся на стационарном лечении.

В результате диагностики выявлено, что для 15 чел. (17,6 %) характерны сенситивный тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; 20 чел. (23,6 %) демонстрируют анозогнозический тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; для 15 чел. (17,6 %) характерен смешанный тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; у 15 чел. (17,6 %) выявлен обсессивно-фобический тип отношения к болезни, умеренный уровень НПН; у 10 чел. (11,8 %) — неврастенический тип отношения к болезни, высокий уровень НПН; у 10 чел. (11,8 %) тип отношения к болезни не диагностируется, уровень НПН — низкий. Для всех пациентов были характерны эмоциональная напряженность, удовлетворительное самочувствие, активность и настроение. Гармоничный тип отношения к болезни в исследуемой выборке не диагностирован.

Основываясь на результатах исследования, можно утверждать, что у пациентов неврологической группы наблюдаются эмоциональные нарушения, что усугубляет течение основного заболевания и требует психологического вмешательства, целью которого является формирование адекватного типа отношения к болезни, способствующего выздоровлению, повышение мотивации на выздоровление, уменьшение психической дезадаптации, вызванной заболеванием, снижение уровня нервно-психического напряжения.

УДК 616.12-008.311.1-08-059-053.6

О. А. Панченко, Н. П. Цапро, Е. Б. Симоненко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Причины психосоматических заболеваний в настоящее время обусловлены многими факторами. Отрицательные эмоции, стресс через лимбическую систему приводят к нарушению работы вегетативной нервной системы. При возникновении психосоматической патологии важную роль играет не характер и свойство повреждающего агента, а длительность вредного воздействия на организм.

Цель работы: изучить влияние психоэмоционального состояния, вредных привычек на течение артериальной гипертензии у подростков и на возможность реабилитации.

Обследовано 36 подростков (14 девушек и 22 юноши). Артериальная гипертензия первичная выявлена у 13 чел. (36,11 %), у 23 чел. (63,89 %) установлен диагноз Синдром вегетососудистой дистонии (ВСД) по гипертоническому типу. Для изучения соматического статуса использованы следующие методы: сбор жалоб и анамнеза, объективное обследование, функциональные пробы, лабораторные, РЭГ, ЭХО-ЭС, ЭЭГ, ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ сосудов головы и шеи, УЗИ щитовидной железы

и почек. Подростки проконсультированы неврологом, кардиоревматологом, психологом. Психодиагностические методы: детский опросник невротиков (ДОН), тест-опросник Г. Айзенка (EP5).

В анамнезе у 15 чел. (41,7 %) имеются состояния, способствующие повышению артериального давления (АД): 3 чел. (8,3 %) имеют патологию почек, у 4 чел. (17,1 %) — гиперплазия щитовидной железы с диффузными изменениями, наследственный фактор — 8 чел. (22,2 %). Работают с персональным компьютером более 2 часов в день 32 чел. (88,9 %). Среди обследуемых: употребление никотина — 23 чел. (63,9 %); употребление алкоголя — 25 чел. (69,4 %). Отмечается низкая физическая активность подростков у 15 чел. (41,7 %); нарушение режима сна — 23 чел. (63,9 %); астенические реакции — 31 чел. (86,8 %); нарушение сна — 28 чел. (77,7 %); лабильность ЦНС — 24 чел. (66,7 %); тревожность — 19 чел. (52,8 %); состояние депрессии — 5 чел. (13,9 %).

Программа реабилитации включала немедикаментозную, медикаментозную и физиотерапию. Для коррекции расстройств эмоционально-волевой сферы у подростков с гипертензией применялись методы семейной и групповой психотерапии.

При заключительной психодиагностике у подростков, посещавших психокоррекционные занятия — 22 чел. (61,1 %), определяются следующие показатели: астенические реакции — 11 чел. (50 %), состояние общей тревожности — 6 чел. (27,2 %), состояние депрессии — 2 чел. (9,09 %), нарушение сна — 2 чел. (9,09 %). Таким образом, отмечается положительная динамика со стороны эмоционально-волевой сферы.

Комплексный подход к терапии (22 случая) был более эффективен при лечении ВСД по гипертоническому типу, и отмечалась положительная динамика у подростков с артериальной гипертензией. Так, снижение АД до 120/80 мм рт. ст. у 19 чел. (86,5 %) наблюдалось в течение первого месяца лечения. У подростков, не получавших комплексное лечение, регресс жалоб и АД был значительно медленнее и составлял 2 мес. Физическая активность благотворно влияет на нормализацию АД у подростков, обеспечивая смену деятельности центральной нервной системы и является одним из методов первичной профилактики.

УДК 616.85-085+615.032.14+615.849.19

О. А. Панченко, Т. Э. Чумак, В. Н. Березовский

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»

ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССАМИ РАССТРОЙСТВ

Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) оказывает универсальное адаптогенное действие, влияющее на центральную и региональную гемодинамику, а также — седативное, анксиолитическое и спазмолитическое действие.

Для ВЛОК используют лазерное излучение в красной области спектра (0,63 мкм) мощностью 1,5—2 мВт. Такие параметры обеспечивает АЛТ «Мулат», производства НПЛЦ «Техника» (Россия).

Лечение проводили в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины». Были отобраны 42 пациента с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F 40 — F 48).

Лечение включало фармакотерапию (антидепрессанты СИОЗС, СИОЗСН; адаптогены; нейрометаболические препараты; ноотропы), психотерапию (рациональная, групповая, телесно-ориентированная, гипносуггестивная, аутогенная тренировка), физиотерапию, ВЛОК.

С первых сеансов лазеротерапии у большинства больных появлялось ощущение активизирующего и психостимулирующего эффекта. К 4—6 сеансу нормализовывались сон и аппетит, наблюдалось некоторое оживление моторики, мимики, налаживалась контактность, появлялся интерес к окружающей действительности, желание участвовать в трудовых процессах. К 7—10 сеансу постепенно выравнивалось настроение.

За счет комплексного подхода в терапии все пациенты были выписаны из отделения со стойким улучшением. Применение ВЛОК за 2—3 сеанса позволило нормализовать вегетативные проявления болезни, часто при первом сеансе. За 5—7 сеансов ВЛОК нормализовалось эмоциональное состояние больных. Прием антидепрессивных препаратов продолжался и после выписки из дневного стационара, но нормализовать состояние

удавалось за 10—15 дней, что позволило сократить пребывание на больничном листе на 3—5 дней.

Таким образом, лазерное облучение выступает в качестве внешнего фактора, запускающего биостимулирующий эффект через систему неспецифического регулирования и поддержания секреции серотонина, гистамина и других биологически активных веществ, а также гомеостаза на уровне центральной и вегетативной нервной систем в рамках нейродинамической модели патогенеза заболевания, что дает возможность применять этот метод при лечении невротических и связанных со стрессами расстройств.

УДК 616.895.8-08-059

Педак А. А.

Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 2

НЕЙРОПСИХІАТРІЯ: ФІЗІОЛОГІЧНА МІЖКУЛЬОВА ЛАТЕРАЛІЗАЦІЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Присутність у структурі шизофренії нейрокогнітивних розладів як самостійного комплексу, нарівні з негативною й позитивною складовою загального симптомокомплексу, який має кореляційні зв'язки з феноменологічними формами шизофренії, підтверджена результатами багатьох сучасних досліджень в галузі нейропсихіатрії. Згідно з цими дослідженнями, до більш фундаментальних проявів ніж блейлеровські негативні симптоми, які вже концептуалізовані й визначені, прийнято відносити саме таку важливу психопатологічну складову як нейрокогнітивна дисфункція. Відповідні фахівці з цього питання пропонують внести клінічні характеристики нейрокогнітивного дефіциту як додаткові діагностичні критерії шизофренії до нового перегляду американської класифікації DSM-V.

Таким чином, з метою встановлення можливих зв'язків між особливостями структурних компонентів функціональних міжкульових сенсомоторних асиметрій і динамікою клініко-психопатологічних проявів шизофренії, в стаціонарних умовах було проведене вивчення 402 хворих. На основі отриманих результатів клініко-психопатологічних, нейропсихіатричних і нейрофізіологічних досліджень встановлена присутність закономірних зв'язків між різними профілями функціональних сенсомоторних асиметрій головного мозку з психопатологічними особливостями перебігу, прогредієнтності та варіантами дефіцитарних розладів при шизофренії (Педак А. А., 2002, 2006, 2010). Як терапевтичну методику запропоновано використання засобу фізіологічної латералізації (роздільної стимуляції) правої чи лівої півкулі головного мозку — латеральної трансцеребральної електроаналгезії (ЛАТЭН). Отримані результати дозволили визначити роль «латерально детермінованих патологічних систем порушення» (Крижановський Г. Н., 2002), або «латералізованого стійкого патологічного стану» (Бехтерева Н. П., 1983) в етіопатогенезі психопатологічних розладів у хворих на шизофренію з лівопівкульним, правопівкульним та змішаними профілями асиметрій. Було також встановлено, що динаміка редукції психопатологічних проявів хворих на шизофренію супроводжувалася характерними нейропсихофізіологічними коливаннями показників у вигляді «гіпофункції» структур субдомінантної півкулі й компенсаторної, що має реципрокний характер, «гіперфункції» домінантної півкулі. Із зазначених позицій виникла можливість пояснення такої характерної ознаки шизофренії як різноманітності та складності її клініко-психопатологічних проявів, що мають зв'язок з певним типом латеральної нейродинамічної конституції людини.

Отримані дані дозволяють віднести відповідні прояви нейрокогнітивного дефіциту до своєрідної «нейропатології» шизофренії, обумовленої специфічним характером міжкульової взаємодії, а порушення в характері міжкульового функціонування мозку — до одного з можливих маркерів відповідної схильності динаміки й етапності перебігу процесу. Висунуте припущення про те, що когнітивний дефіцит при шизофренії може бути обумовлений системними порушеннями у сфері забезпечення регуляторної діяльності міжкульових відносин головного мозку.

Таким чином, подальше комплексне вивчення психопатологічних феноменів з позицій концепції морфофункціональних міжкульових відносин відкриває перспективний напрямок у розробці нейропсихопатологічних моделей психічних розладів, пошуку прогностичних критеріїв перебігу, наслідків хвороби та пошуку предикторів терапевтичної ефективності, впровадження нових, перспективних засобів лікування та реабілітації хворих на шизофренію.