

використання психотерапевтичних методів довело меншу ефективність порівняно з психофармакотерапією. Оптимальною терапевтичною тактикою повинно бути комплексне лікування з поєднанням психофармако- та психотерапевтичних впливів, що буде обумовлювати стійкий позитивний ефект з мінімальною кількістю рецидивів після відміни препарату.

УДК 612.821.1

*Сосин И. К., Чувев Ю. Ф., Гончарова Е. Ю., Франчук А. Н., Гончарь О. С., Сосина Л. И., Друзь О. В., Сквиря И. М., Осипов А. А.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)*

#### **ПРОБЛЕМЫ АКТИВАЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ВНИМАНИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЦВЕТОВЫХ АНАЛОГОВ СВЕТОФОРА**

По данным статистики большинство дорожно-транспортных происшествий (ДТП) происходит на регулируемых светофорами перекрестках, что в значительной степени обусловлено снижением внимания при постоянно меняющейся цветовой триаде светофора, сужением панорамного обзора параметров движения. В связи с этим актуальной проблемой современной психологии, нейрофизиологии и нейропсихиатрии является поиск средств и методов оптимизации таких жизненно важных психофизиологических функций человека как восприятие, внимание, периферическое зрение, оперативная память, которые являются интегральной основой многочисленных функций интеллекта.

Основной сутью разработанного нами нового подхода по активации психофизиологических функций явилось дополнительное включение в известный интеллектуальный тренажер на основе теста Шульте полной цветовой гаммы светофора (цифры от 1 до 25 изображены черным цветом на последовательно меняющемся в ячейках красном, желтом и зеленом фоне). Были исследованы две группы (основная и контрольная) респондентов (водителей автотранспорта) по 25 человек в каждой группе. В основной группе тренинг осуществлялся по новой технологии, базирующейся на применении модифицированной таблицы Шульте, (курс 7—10 дней с кратностью тренировочных упражнений 1—2 раза в день по 25—30 мин). В контрольной группе тренинг проводился традиционными (черно-белыми) таблицами Шульте. Эффективность тренинга в основной группе оказалась в 2,1 раза выше по сравнению с контрольной группой. Так, способность респондентов основной группы к высокой скорости переключения внимания (по усредненной оценке) была достигнута уже после 3-дневного тренинга, в то время как в контрольной группе — к 6-му дню. Значительно быстрее также в основной группе была выработана способность респондентов к панорамному восприятию цветových аналогов светофора и идентификации порядковых чисел модифицированной таблицы Шульте. Позитивный результат был преимущественным также и по другим квантификационным параметрам внимания и периферического зрения. Способ позволяет путем систематических тренингов научиться в нужное время и в нужной ситуации приводить свой интеллект в активное состояние и мгновенно получить оптимальный результат. Развивается объемное (панорамное) внимание, когда символы, находящиеся в поле зрения, воспринимаются одновременно, существенно увеличивается скорость переключения внимания и его объем — количество объектов, которые человек может хранить в кратковременной памяти. Установлено, что предложенная нами модификация таблиц Шульте улучшает: 1) интенсивность внимания; 2) объем внимания; 3) концентрацию внимания (сосредоточенность); 4) распределение внимания; 5) переключаемость внимания; 6) устойчивость внимания; 7) отвлекаемость внимания; 8) мобилизацию памяти.

Для поддержания полученных позитивных результатов показателей внимания и интеллектуального тонуса в дальнейшем проводят блиц-тренинги (по 5—10 мин ежедневно). Таким образом, разработанный нами способ активации психофизиологических функций внимания и периферического зрительного восприятия позволяет сконцентрироваться на важных информационных аспектах дорожного движения, изолировать посторонние раздражители, контролировать собственную деятельность в своем психическом пространстве. Метод предложен для апробации и внедрения в тестовые экзаменационные модули по подготовке водителей автотранспорта.

УДК 364.444:616.89-008

*Спіріна І. Д., Леонов С. Ф., Рокутов С. В., Ніколенко А. Є., Шустерман Т. Й.*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
(м. Дніпропетровськ)*

#### **МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ТА СОМАТОПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Лікування психосоматичних розладів в загальносоматичних відділеннях без залучення лікарів-психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів недостатньо ефективне. Одним з ключових організаційних перетворень в умовах реформування системи охорони здоров'я може стати перехід до мультидисциплінарної моделі та бригадного підходу її надання, що особливо актуально при лікуванні психосоматичних і соматопсихічних розладів. Розроблена лікувально-реабілітаційна програма, що ґрунтується на послідовній реалізації таких етапів: переддіагностичного (попередньої діагностики), діагностичного, невідкладної психотерапевтичної допомоги (при необхідності), базової психотерапії, реабілітації та реінтеграції хворого у суспільство, підтримуючого лікування. Перший етап здійснюється сімейним лікарем, подальші — мультидисциплінарною бригадою фахівців, включаючи лікаря-психотерапевта, медичного психолога. Модель, що пропонується, достатньо пластична та універсальна, як у відношенні набору етапів, їх тривалості, так і в кількості залучених спеціалістів.

Таким чином, мультидисциплінарний підхід до формування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів дозволяє підбирати необхідний та достатній вплив на організм з метою максимально можливого усунення симптомів захворювання, відновлення професійного та соціального функціонування пацієнта, а також мінімізації ризику виникнення рецидивів.

УДК 616.89-008.459-085

*Сташинова Е. А., Селезнева С. В., Максименко О. Л., Мамедалиева С. А.*

*Донецкий Национальный медицинский университет  
им. М. Горького (г. Донецк)*

#### **КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

По данным ВОЗ до 5 % населения земного шара страдают депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15—20 %. Важнейшей отличительной чертой депрессивных состояний на современном этапе является их выход за пределы психиатрической патологии, неуклонное повышение удельного веса невротических и соматогенных форм по сравнению с классическими депрессиями.

Виды депрессии у больных неврологического профиля весьма многообразны. Возможные проявления депрессии у пациента неврологического профиля: ипохондрические расстройства; кардиалгии; головные боли; вегетативные кризы; панические атаки; липотимические состояния; абдоминальные проявления; инсомнии; астении.

Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов в возрасте от 33 до 62 лет (средний возраст  $41 \pm 2,5$  года) с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне соматоневрологической патологии. Из них женщин — 58 %, мужчин — 42 %. Всем больным проводилось клинико-инструментальное обследование, а также характер и тяжесть неврологических жалоб и объективной неврологической симптоматики оценивали в баллах (от 0 до 4), с подсчетом тяжести субъективных расстройств (ТСР) и тяжести объективных расстройств (ТОР). Выраженность депрессии и тревоги оценивали с помощью психологического тестирования: опросник Тейлора и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). ТСР составила  $4,3 \pm 0,5$  балла и была выше у женщин, чем у мужчин на 25 %. Проведенное психологическое тестирование позволило обнаружить аффективные расстройства тревожно-депрессивного характера.

Больные были рандомизированы на 2 группы. Пациентам 1 группы назначали Триттико (тразодон) — атипичный антидепрессант с преимущественным седативным и анксиолитическим видами действия, являющийся представителем класса АИОЗС (SARI) — антагонист серотониновых рецепторов/ингибитор обратного захвата серотонина. Режим дозирования: 150 мг/сутки (начальная доза составляла 50 мг/ночь в течение 3 дней, затем 100 мг в течение 4—6 дней и 150 мг на 7 день приема). Больным 2 группы назначали типичные бензодиазепины.