

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 цветowych 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 показатели 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

*Статинова 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, первый представитель 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.

На фоне проводимого лечения на 10—12 день приема препарата у больных 1 группы было отмечено улучшение сна и анксиолитический эффект, а на 20—21 день было отмечено достоверное уменьшение депрессии и интенсивности фобических расстройств, что подтверждалось данными психологического тестирования. Длительность лечения составила 1,5—2 месяца в зависимости от тяжести депрессивных расстройств.

Данные нашего исследования свидетельствуют о том, что терапия Триттико пациентов с депрессивными расстройствами при различной соматоневрологической патологии дает значительно больший эффект, чем лечение бензодиазепинами; по эффективности лечения Триттико сопоставим с другими антидепрессантами.

УДК 616.89.02 613.86.70

Стрельникова И. Н., Полякова А. В.

Харьковский национальный медицинский университет

СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Эпилепсия является сложным мультимодальным заболеванием, течение которого сопряжено с возникновением и развитием ряда патологических состояний, в частности коморбидности. Депрессия становится одним из наиболее частых коморбидных нарушений у лиц, страдающих эпилепсией.

Нами было обследовано 64 женщины, больных эпилепсией, в возрасте 18—37 лет. У обследованных больных в клинической картине, наряду с проявлением основного заболевания, в 54,7 % случаев зарегистрированы клинически значимые проявления депрессивной симптоматики. В структуре депрессии преобладали тревожные, тоскливые, ипохондрические и адинамические проявления. Тревожные депрессии диагностированы в 43,1 % случаев и характеризовались немотивированным беспокойством, опасениями, страхом, тревогой. Тоскливые депрессии выявлены в 27,3 % случаев, они сопровождалась выраженным снижением настроения, раздражительностью с преобладанием тоскливого аффекта. Ипохондрические депрессии отмечались в 20,5 % случаев, в клинической картине преобладали ипохондрически окрашенные фобии, сенестопатии с интракраниальной локализацией. Адинамические депрессии возникали у 9,1 % больных и протекали на фоне снижения активности, у больных возникали трудности в выполнении несложных функций в процессе самообслуживания, эти пациенты много времени проводили в пределах постели.

В процессе работы с данным контингентом больных клинически значимых результатов удалось добиться, используя комплекс рациональной, семейной психотерапии, а также проводя обучение по овладению приемами аутогенной тренировки в сочетании с адекватно подобранной фармакотерапией.

УДК: 616.85 + 616.89-008.442

Субаева К. Р., Хаустов М. Н.

Харьковский национальный медицинский университет

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Изоляция и одиночество, как область теоретических и клинических исследований, продолжает вызывать большой научный интерес. Одна из форм изоляции — изоляция от общества за совершенное преступление, которая, с одной стороны, используется как карательная мера, а с другой — преследует воспитательные цели.

Нами было проведено комплексное обследование 552 осужденных мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет. Все обследованные были разделены на 3 группы: I-я — 224 осужденных отбывающих наказание в колонии строгого режима; II-я — 162 осужденных — в колонии общего режима; III-я — 166 осужденных — в колонии-поселении.

Как показали результаты исследования, в колонии строгого режима наибольший процент составляют лица, отнесенные к состоянию эмоциональной «психологической нормы» (67,41 %) и, следовательно, наименьший показатель приходится на аффективные расстройства (32,59 %), при этом среди последних отмечается небольшое преобладание расстройств клинического уровня (18,75 %) над субклиническими (13,84 %). В колонии общего режима — наоборот, показатель «психологической нормы» имеет меньшую величину (37,10 %), чем относительная численность аффективных расстройств (62,90 %), из которых 48,39 % приходится на расстройства клинического уровня. В колонии-поселении относительная величина эмоциональной «психологической нормы»

оказалась наименьшей — 31,82 %, а показатель аффективных расстройств, следовательно, является наивысшим (68,18 %), но при двукратном преобладании субклинических расстройств (46,97 %) над отчетливо клинически выраженными (21,2 %).

По всей видимости, выделенный в колонии строгого режима наиболее низкий относительный показатель аффективных расстройств, включая клинически завершённые, объясняется тем, что в учреждении данного типа наказание отбывают преимущественно преступники-рецидивисты, которые, несмотря на молодую возраст, имеют повторные судимости. Эти лица оказываются более адаптированными к условиям пенитенциарных учреждений, легко ориентируются в структуре взаимоотношений между заключенными и владеют ранее выработанными соответствующими формами внутриучрежденческого поведения. По существу, речь идет не о приспособлении к новым трудным и стрессогенным условиям жизни, а реадaptации к уже известным и ранее пережитым условиям существования.

Столь большая распространенность аффективной патологии в колонии общего режима отчасти может быть обусловлена тем, что лица, находящиеся в учреждении данного типа, наиболее остро переживают сам факт наказания и изоляции, т. к. в основной массе случаев заключение молодых лиц в колонию общего режима устанавливается судом за впервые совершенные правонарушения, которые не относятся к тяжким. Процесс адаптации к пребыванию в спецучреждении оказывается для них особенно сложным в психологическом плане.

Несмотря на то, что отбывание наказания в условиях колонии-поселения отличается наименее строгими режимными ограничениями и возможностью более широких социальных контактов, у многих обследованных поселенцев выявлены аффективные расстройства. Такая тенденция показателей, на первый взгляд, контрастирует с наиболее мягким режимом содержания заключенных, однако она, по всей видимости, во многом связана с ситуацией приближения окончания сроков заключения и предстоящей проблемой реадaptации в гражданском социуме, что может становиться предпосылкой к возникновению внутриличностных конфликтов и невротизации.

УДК 616.89-008.442

Субаева К. Р.

Харьковский национальный медицинский университет

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ СРЕДИ МОЛОДЫХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ ОБЩИХ И ОБЛЕГЧЕННЫХ УСЛОВИЙ СОДЕРЖАНИЯ

Исправительные колонии (ИК) минимального уровня безопасности (МинУБ) разделяются на два типа — с облегченными условиями содержания (ОблУС) и с общими условиями содержания (ОбщУС). Основанием исполнения и отбывания наказания является приговор суда.

С целью выявления у молодых осужденных (18 — 28 лет) аффективных нарушений адаптации (АНА) обследовано 166 лиц в ИК ОблУС и 162 лица в ИК ОбщУС. В первой выявлено 113 случаев АНА (68,7 %), во второй — 101 случай (62,35 %). По отношению к осевой аффективной симптоматике выделено три психопатологических варианта АНА: тревожный, тревожно-депрессивный и депрессивный. В ИК ОблУС тревожный вариант выявлен у 18,07 % обследованных, в ИК ОблУС — у 24,08 %. Тревожно-депрессивный вариант в ИК ОблУС выявлен в 39,16 % случаев, в ИК ОбщУС — в 38,27 %. Депрессивный вариант обнаружен в ИК ОблУС среди 10,84 % обследованных, в ИК ОблУС — не зафиксирован.

Исходя из степени выраженности аффективных нарушений и наличия или отсутствия вегетативной симптоматики, случаи АНА разделили на два типа: субсиндромальный (АНА-СС) и невротический (АНА-НТ). Первый тип характеризуется меньшей степенью выраженности тревоги и (или) депрессии, меньшей устойчивостью и соответствует критериям F 43.2 по МКБ-10. Второй тип отличается синдромальной оформленностью, относительной устойчивостью психопатологической структуры, постепенным усложнением, сочетается с разнообразными вегетативными включениями и, в целом, соответствует критериям нескольких секций клинической категории F 41.

В ИК ОбщУС случаи АНА-СС составили 56,62 %, в ИК ОблУС — только 14,20 %. Случаи АНА-НТ среди отбывающих наказание в ИК ОблУС выявлены у 11,45 % обследованных, в ИК ОбщУС — у 48,15 % лиц.

Тревожный вариант АНА-СС в ИК ОблУС составил 10,84 %, в ИК ОбщУС — 6,17 %. АНА-НТ выявлены в данных ИК в 7,23 % и 17,9 % случаев, соответственно.