

УДК 616.85-039-008.47:616.1/4

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

Особливості проявів тривоги у хворих на органічні розлади

Тривожні розлади залишаються одними з найпоширеніших психопатологічних станів у пацієнтів з соматичною (кардіологічною, дерматологічною, онкологічною та ін.) патологією. У пацієнтів, що обстежуються в установах загальної лікувальної мережі, частота тривожних розладів досягає 23—78 %, серед контингенту амбулаторних хворих — в середньому 45,9 %. Важливою складовою медико-соціального значення тривожних розладів органічного походження є високий рівень тривожності, що обумовлює звуження соціального функціонування хворих. Однак досліджень, присвячених вивченню патопсихологічних особливостей тривожних станів при органічній патології, недостатньо, що обумовлює проведення комплексного дослідження, спрямованого на встановлення специфіки проявів тривоги органічного походження. Тому метою дослідження стало — вивчити патопсихологічні особливості тривожних розладів органічного походження.

Було обстежено 37 хворих з тривожними розладами органічного генезу, що увійшли в основну групу, та 33 хворих з органічними розладами без наявності в клінічній картині тривожних симптомів, що увійшли в групу порівняння. Усі пацієнти проходили стаціонарний курс лікування в відділенні неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України». Для оцінювання тривоги використовували інтегративний тест тривожності, що дозволив встановити деякі аспекти переживання тривоги хворими на органічні розлади. Так, для хворих основної групи був характерний переважно високий рівень астенічної симптоматики ($68,00 \pm 10,69$ %), соціальної реакції захисту ($52,00 \pm 10,01$ %) та фобічного компонента тривоги ($44,00 \pm 9,14$ %). Тобто у пацієнтів з тривожною симптоматикою в актуальному стані фіксувались наявність астенії й пасивності, фобічної симптоматики та схильності обмежувати свої соціальні контакти. Також у даній категорії хворих був виражений емоційний дискомфорт та занепокоєність майбутнім: у 48,00 % реєструвався високий рівень, у 32,00 % — середній рівень та у 20,00 % — низький рівень емоційного дискомфорту та тривожної оцінки перспективи. В групі порівняння актуальний емоційний дискомфорт високого рівня спостерігався у 22,22 % хворих, середній — у 38,89 % та низький — у 38,89 % пацієнтів. Високий рівень астенічного компонента тривоги був встановлений у 33,33 % пацієнтів, середній — у 38,89 % та низький — у 27,78 %. Актуальна тривожна оцінка перспективи високого рівня спостерігалась у 44,44 % хворих, середня — у 22,22 % та низька — у 33,33 % пацієнтів. Високий рівень актуальної реакції соціального захисту був зафіксований у 38,89 %, середній — у 33,33 % та низький — у 27,78 % хворих групи порівняння. У 50,00 % пацієнтів визначався середній рівень актуального астенічного компонента тривоги. Були встановлені вірогідні розбіжності між двома групами пацієнтів. Так, ситуаційно обумовлений астенічний компонент тривоги високого рівня був характерний для хворих основної групи ($p \leq 0,02$, $DK = 3,10$, $MI = 0,54$), у той час коли середній рівень астенічного компонента тривоги переважав у хворих групи порівняння ($p \leq 0,05$,

$DK = 8,42$, $MI = 1,00$). Також було встановлено, що високий рівень фобічного компонента тривоги, як реакції на ситуацію, переважав у хворих основної групи ($p \leq 0,05$, $DK = 4,22$, $MI = 0,58$), а середній — у хворих групи порівняння ($p \leq 0,05$, $DK = 8,42$, $MI = 1,00$).

Таким чином, проведене дослідження дозволило встановити, що високий рівень астенічної симптоматики, різноманітні побоювання, обумовлені ситуацією, у хворих на органічні розлади пов'язані з наявністю в клінічній картині тривожних станів, а визначення середнього рівня астенії та фобічного компонента тривоги — з органічними розладами без симптомів тривоги.

УДК 616.831:616.45-001.1/3:615.847

А. А. Педак, А. А. Педак
Николаевская областная
психиатрическая больница № 2, с. Сапегина

Влияние метода латеральной трансцеребральной электроаналгезии на клинко-психопатологические и межполушарные психофизиологические характеристики при стрессогенных расстройствах

Концепция проблемы функциональной межполушарной асимметрии (ФМА) многие годы широко привлекается при изучении психических расстройств с позиций современных представлений о межполушарной латерализации и структурно-мозговой организации психопатологических расстройств. Изучение влияния метода латеральной трансцеребральной электроаналгезии (ЛАТЭН) — Патент на изобретение № 1671323 (СССР) Способ купирования психозов (Авт. изобрет. Педак А. А., Чуприков А. П. и др. — Заявл. 17.11.1988. — Оpubл. — 22.04.1991) — показало, что отдельные электротранквилизирующее и электростимулирующее воздействия на лево-правополушарные структуры головного мозга приводит к обратной редукции ведущих психопатологических проявлений широкого круга психических расстройств, в т. ч. — тяжёлых форм депрессий (Педак А. А., 1993, 1995). Помимо клинических проявлений, указанный тип воздействия приводит к соответствующим изменениям такого важного нейрофизиологического показателя как «каждо-гальванической реакции» — (Педак А. А., Чуприков А. П., 1996).

Цель исследования — изучение влияния ЛАТЭН на выраженность клинко-психопатологической симптоматики при острых стрессовых реакциях (ОСР) и посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР), а также — показателей уровня каждо-гальванической реакции (КГР) и асимметрии конвергенции латеральных движений глаз (ЛДГ) — как важных психофизиологических характеристик право-леволатеральной активности структур головного мозга.

ЛАТЭН применяли в стационарных условиях, в отношении 20 пациентов — мужчин, с диагнозом ОСР — 4, ПТСР — 16 пациентов, 11 из которых являлись участниками антитеррористической операции. Все пациенты были с «праволатеральным» сенсомоторно-доминантным профилем КГР головного мозга, средний возраст — $29,8 \pm 0,6$ года. Оценка уровня тревоги и депрессии — в соответствии с критериями шкалы HADS. Общее психическое состояние оценивали в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (Соорер J. E., 1998). В качестве технического инструмента для нейролептаналгезии применяли

апарат для лечебного электронаркоза «ЛЭНАР», разработанный для «замены фармакологических веществ — анальгетического и седативного действия» — в различных областях клинической медицины.

В процессе реализации метода, как результат психофизиологической наведенной латерализованной активности зрительного и слухового анализаторов, отмечалось снижение общей выраженности клинических проявлений тревоги в среднем на $8,7 \pm 0,5$ балла, а депрессии — на $4,5 \pm 0,3$ балла соответственно. Указанная динамика уровня клинических проявлений, характеризующих общую активность выраженности показателя асимметрии конвергенции, сопровождалась критически-литическим «реверсом» латеральных показателей асимметрии КГР и ЛДГ — от правосторонней активности — к «левополушарной», с формированием устойчивых показателей — «контралатеральной» активности на 20—23-й день терапии.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что отдельные электротранквилизирующее и электростимулирующее воздействия на лево-правополушарные структуры головного мозга пациентов с применением ЛАТЕН — вызывает динамическую редукции эмоционально-аффективных психопатологических нарушения в эмоциональной сфере пациентов с ОРС и ПТСР. Указанная динамика, помимо клинических характеристик, сопровождается динамическим «дрейфом» латеральных характеристик показателей КГР/ЛДГ в виде межполушарной психофизиологической ответной реакции на терапевтическое воздействие («раздражители», «стимулы»), путём создания латеральной контр-доминирующей психосенсорной активности.

УДК 616.89-008.447-037:001.8

З. Б. Петролюк, О. О. Фільц

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів*

Прояви негативістичної поведінки у основних груп пацієнтів психіатричного стаціонару загального профілю

Метою дослідження було виявлення ознак негативістичної поведінки у пацієнтів загальнопсихіатричного відділення з трьома основними групами: психотичні (шизофренія), афективні (депресивні) та органічні (з домінуючими експлозивними проявами).

Базовою гіпотезою роботи було припущення, що негативістичні прояви поведінки у названих трьох групах можуть виявити ознаки типоспецифічності, а тому даватимуть змогу суттєво уточнити (або й переглянути) клінічний прогноз наростання негативних (дефіцитарних) проявів у досліджуваних групах.

Обстежено 100 хворих, з них: психотичних (шизофренія) — 36 хв., депресивних — 32 хв., органічних — 32 хв. Усі пацієнти отримували стаціонарне лікування у зв'язку з хронічним перебігом. Середня тривалість госпіталізації — 45 днів. Усі пацієнти — чоловіки, віком від 25 до 55 років.

Пацієнти обстежені за допомогою: а) клініко-психологічного інтерв'ю; б) шкали PANSS, адаптованої до умов України; в) селективного вибору ознак негативістичної поведінки у шкалі PANSS; г) спостереження за експресивними (зовнішніми) проявами поведінки, які або підтверджували, або суперечили даним шкали PANSS.

В результаті побудови дендрограми з'являється можливість класифікувати негативістичні прояви у пацієнтів в залежності від типу розладу.

За першими оцінками результатів можна вважати, що:

1) кореляційний аналіз показав статистично значущі зв'язки негативістичних симптомів між собою;

2) факторний аналіз виокремив (поділив на) три основні групи проявів негативістичної поведінки;

3) однофакторний аналіз дав можливість порівняти інтенсивність проявів досліджуваної поведінки у кожній групі пацієнтів.

Детальніше методологія та результати роботи будуть подані у окремих публікаціях.

УДК 616.895-001.1:616.45-001-036.66

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник,
С. О. Український, О. С. Серікова**
*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Клінічні особливості ремісії при біполярному афективному розладі, коморбідному з посттравматичним стресовим розладом

Поєднання в рамках одного стану реактивних й ендогенних розладів традиційно привертає увагу клініцистів. Це пов'язане з різноманіттям варіантів взаємодії вказаних симптомокомплексів (Yehuda et al., 1995; Breslau N., 2001; Тухватуліна Л. Ш., 2004; Фастцов С. А., 2012). Також наголошується на значній поширеності коморбідності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з іншими психічними розладами, зокрема біполярним афективним розладом (БАР). В останній рік на Україні у зв'язку з подіями на Сході це питання стало дуже актуальним. Особливостями психотравмуючих ситуацій в країні на сьогодні є їх значні сила, тривалість та велика кількість людей, що стають свідками трагічних подій.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей ремісії БАР, коморбідного з ПТСР. Нами був амбулаторно обстежений 21 пацієнт з БАР (F 31 за МКХ-10), що раніше перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ ІНПН НАМНУ та зазнали впливу екстремальних подій, а саме: був свідком бойових дій в Луганській та Донецькій областях. У таких хворих внаслідок останніх подій виникли психопатологічні порушення, що відповідають ПТСР (F 43.1 за МКХ-10). Серед пацієнтів було 15 жінок та 6 чоловіків (співвідношення 2,5:1), віком від 24 до 52 роки.

У 12 пацієнтів (57,14 % обстежених) ремісія, що вивчалася нами, йшла після депресивного епізоду, середня тривалість якого складала ($6,92 \pm 3,14$) місяці. Як правило, вплив екстремального стресового фактора припадав на початок фази або, взагалі, провокував її. Тривалість ремісії в середньому була ($5,58 \pm 3,81$) місяці. В усіх випадках можна говорити про неповну ремісію через ангедонію, зниження реакції на оточення, соціальну відчуженість, емоційне відсторонення. Також на перший план виходили такі симптоми ПТСР: повторні нічні сновидіння травматичного змісту, мимовільні спогади про перенесену психотравму. Останні виникали без будь-яких зовнішніх стимулів та супроводжувалися такими сильними переживаннями, начебто трагічні події відбувалися саме в той момент. В деяких випадках хворі були схильні звинувачувати себе в негараздах, що трапилися з ними останнім часом.