

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 редукцию эмоционально-аффективных психопатологических нарушений 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.