

батькам дітей з ГКР, а також спеціальні психолого-педагогічні підходи до навчання, розвитку і виховання таких дітей у дитячій освітній установі, школі, сім'ї.

Мета дослідження: виявлення дезадаптивних психологічних характеристик, які мають негативний вплив на ефективність терапії основного захворювання в дитини та знижують якість її життя. Розроблення та впровадження комплексу мультидисциплінарної допомоги дітям з гіперкінетичним розладом.

У цьому дослідженні взяли участь три групи досліджених. Перша група (Г1) складалася з 68 дітей віком 4—6 років, що мають діагноз ГКР. У другу групу (Г2) увійшли батьки, які мають дітей з ГКР, у кількості 123 особи (68 матерів і 55 батьків). Третя група складалася з 28 педагогів дитячих навчальних закладів, які працюють з контингентом дітей з ГКР.

В результаті психодіагностичного обстеження були виявлені дезадаптивні психологічні характеристики у представників усіх трьох груп дослідження.

Ефективність розробленої психокорекційної системи доведена завдяки проведенню психодіагностичного дослідження після корекції. Визначено, що у дітей спостерігалися позитивні зміни в когнітивній сфері (72,3 %), підвищення рівня самооцінки (68,5 %), поліпшення вміння планувати свою діяльність (79,2 %), зниження проявів гіперактивної та імпульсивної поведінки (67,7 %), поліпшення комунікативних навичок (63,2 %). У сім'ях, в результаті проведення комплексних психоедукативних і психокорекційних заходів, спостерігалось поліпшення взаємодії між батьками і дитиною (83,4 % сімей) та поліпшення загальної якості життя сім'ї з дитиною з ГКР (78,2 % сімей).

УДК 616.89-008.441.1:616.88-07

**Є. В. Кришталь<sup>1</sup>, М. В. Закладний<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; <sup>2</sup>ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

### **Клініко-соціальні особливості пацієнтів з тривожними розладами різного генезу**

Протягом 2011—2015 рр. на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 200 пацієнтів з тривожними розладами (ТР). 100 хворих з ТР невротичного генезу склали групу 1, інші 100 пацієнтів з ТР органічного походження — групу 2.

За аналізом суб'єктивних і об'єктивних даних щодо психопатологічної симптоматики ТР різного генезу встановлено, що як тривожні, так і депресивні прояви спостерігалися в осіб обох груп. Однак, в осіб групи 1 симптоми, які складали клінічну картину психічного розладу, мали менший ступінь вираженості, ніж у пацієнтів групи 2. Також виявлено тенденцію до незначного недооцінення хворими обох груп важкості власної тривожної симптоматики, і переоцінення значущості депресивних проявів.

За базовими соціально-демографічними показниками пацієнти, що страждали на ТР невротичного або органічного генезу, не мали суттєвих достовірних розбіжностей. Проте, мали місце суттєві відмінності щодо середовищних чинників та процесу реагування на них з боку обстежених різних груп: для хворих групи 1 характерними проблемами, що мали психотравмуючий зміст та патогенетичну значущість у виникненні ТР, були негативні психосоціальні обставини економічного і сімейного спрямування. Для пацієнтів групи 2 єдиним психосоціальним

чинником, що мав вплив на їх психічний і соматичний статус, був нездоровий спосіб їх життя.

Отримані дані були враховані нами під час визначення стратегії медико-психологічної роботи та спрямованості мішеней психокорекції пацієнтів з ТР.

УДК 616.839:616.316-002-082

**В. В. Криничко**

### **Центр психотерапевтичної реабілітації, м. Харків Динаміка вегетативних показників до та після програмованої сенсорної депривації у хворих з хронічним сіалоаденітом**

Лікування хворих з хронічним запаленням слинних залоз (сіалоаденіт) особливого неврогенного характеру залишалось складною проблемою сьогодення. Використання медикаментозних методик не завжди досягає бажаного результату. Тому нами було запропоновано новий немедикаментозний метод — програмованої сенсорної депривації (ПСД).

Було обстежено 23 хворих віком від 27 до 40 років. Тривалість захворювання склала від 1,5 до 2 роки.

Лікування проводили в спеціально обладнаній кімнаті, що являє собою приміщення повністю ізольоване від світлових, шумових, теплових, гравітаційних та звукових подразників, довжиною 3 метри, шириною та висотою 2 метри. В дно ванни та стелю камери вмонтовані нагрівачі, які підтримують постійну температуру в камері, щоб не утворювався конденсат. Температура всередині постійно підтримується на рівні 35,0°C. Глибина ванни складає 25—27 см та заповнюється рідиною, насиченою сіллю Епсона, що дозволяє пацієнту знаходитися на поверхні, в стані, близькому до невагомості. Ноги, ступні, руки, кисті, хребет, голова піддержуються товщею води незалежно одне від одного, що імітує невагомість, що заміщує звичайну напружену взаємодію одного з другим. Після кожного сеансу проводиться очищення води — три ступені механічної фільтрації та один ступінь адсорбції (вода проходить через активоване вугілля) і 8 ступенів очистки за допомогою ультрафіолетових фільтрів. В кінці кожного сеансу через динаміки в камері звучить релакс-композиція, яка підготовлює та повідомляє пацієнта про те, що сеанс закінчено.

Курс лікування складав 10—12 сеансів по 60 хвилин, через день.

Вивчали за загальною методикою (О. М. Вейн, 2000) вегетативний тонус (ВТ), вегетативну реактивність (ВР), вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД). Повторне обстеження хворих проводили через 1 місяць після закінчення курсу ПСД. Перед кожним сеансом з пацієнтом працював психотерапевт.

До початку лікування ВТ в обстежених хворих у цілому в групі характеризувався симпатичною спрямованістю. За даними індексу Кердо симпатикотонія мала місце у 18 (78 ± 9 %) хворих, у 5 (22 ± 9 %) цей індекс відповідав парасимпатикотонії. Тобто, у більшості хворих ( $p < 0,01$ ) відмічався дисбаланс в діяльності вегетативної нервової системи.

Оцінка ВР до початку лікування вказувала на її недостатність у 20 (87 ± 7 %) хворих, ( $p < 0,001$ ) та у 3 (13 ± 7 %) вона була спотвореною. ВЗД було недостатнім у 18 обстежених (78 ± 9 %) ( $p < 0,01$ ).

Дослідження стану вегетативної нервової системи у хворих після завершення курсу ПСД виявило, що за даними ВТ ейтонія стала у 15 (65 ± 10 %) ( $p < 0,05$ ),

(до лікування не було у жодного хворого), нормальна ВР стала у 15 ( $65 \pm 10\%$ ) обстежених ( $p < 0,05$ ), ВЗД стало нормальним у 14 ( $61 \pm 10\%$ ) хворих (до початку лікування не спостерігалось ні в кого). Тобто, ПСД забезпечує відновлення збалансованості та синхронності в діяльності надсегментарних структур вегетативної нервової системи.

Зафіксоване всіма пацієнтами під час сенсорної депривації почуття втрати маси тіла свідчить про зниження активності ретикулярної формації, що у свою чергу, зменшує потік аферентної імпульсації і дозволяє надсегментарним структурам вегетативної нервової системи знизити активність та відновити нормальну взаємодію. Внаслідок таких перебудов у структурах середнього мозку повинна покращитися робота лімбічної системи, яка пов'язана з емоційною та вольовою сферами діяльності людини і відповідно привести до покращання психоемоційного стану, що мало місце в процесі та після програмованої сенсорної депривації.

УДК 616.85-039-008.447:001.8

**Е. І. Кудинова<sup>1</sup>, Т. С. Черная<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины, г. Харьков;

<sup>2</sup>Винницкая областная психоневрологическая больница им. А. И. Ющенко, г. Винница

### **Особенности клинической картины тревожных расстройств**

В настоящее время тревожные расстройства являются одним из наиболее часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. Как показывают эпидемиологические исследования, распространенность в популяции на протяжении жизни тревожных расстройств (панического расстройства, агорафобии, социальной фобии) в среднем составляет 1,5 %. Медицинская статистика показывает, что в Украине, как и в большинстве европейских стран, наблюдается стабильный рост состояний, сопровождающихся тревожной симптоматикой.

Целью исследования явилось сравнительное изучение особенностей эмоциональной сферы у больных с различными тревожными расстройствами.

Нами было обследовано 115 пациентов с диагностическими категориями: паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), которые находились на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ВОПНБ им. А. И. Ющенко. Группы составляли мужчины и женщины в возрасте 18—55 лет.

Были изучены и систематизированы предрасположительно-психологические факторы социально-психологического характера, которые обуславливали особенности формирования тревожных расстройств, особенности клинических проявлений и обнаружены некоторые патопсихологические особенности.

В работе было проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование с использованием шкалы тревоги и тревожности Спилбергера — Ханина, личностного опросника Айзенка (EPI), шкалы Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, методики Леонгарда — Шмишека.

В процессе обследования были выявлены основные факторы и условия формирования, клинико-психопатологическая структура и особенности эмоциональных нарушений тревожных расстройств невротического регистра.

Было установлено, что широкий спектр психотерапевтических вмешательств, подобранных для коррекции тревожных расстройств в соответствии с выраженностью и длительностью клинической симптоматики, а также психологическими особенностями, способствует более быстрой и стойкой редукции симптомов, а также восстановлению социально-психологической адаптации личности, повышению качества жизни пациентов.

Результаты проведенной работы используются в формировании системы психотерапии и психологической коррекции пациентов с тревожными расстройствами, построенной на принципах интегративности и дифференцированности.

УДК 616.89-008.441.13-008.441.44:001.8

**В. Н. Кузьмін**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

### **Аутоагресивна поведінка у хворих з алкогольною залежністю в стані відміни алкоголю**

Найбільш яскравим проявом аутодеструктивної поведінки є суїцид. Ще одним прикладом такої поведінки є залежність від психоактивних речовин (ПАР). Однак, ці подібні за своїми драматичними наслідками стани є якісно відмінними на рівні мотивів особистості. Якщо в першому випадку йдеться про первинно саморуйнівну мотивацію, то в другому — про мотивацію гедоністичну, яка, проте, часто призводить до критичного погіршення якості життя і, врешті — до фатального кінця. Такі контрастні поєднання мотивів і наслідків роблять зазначені форми розладу інстинкту самозбереження перспективними об'єктами для порівняльних досліджень.

Аутоагресивна поведінка у хворих із залежністю від алкоголю визначається психопатологічними порушеннями, які у хворих із залежністю від ПАР у багатьох випадках є поліетіологічними. Розвиток їх і клінічна картина визначаються складною взаємодією чотирьох факторів: 1) синдромом залежності, 2) інтоксикацією — станом відміни; 3) токсичним фактором ПАР і пов'язаними з ним органічною патологією ЦНС і токсичним ураженням внутрішніх органів; 4) соматичною та неврологічною патологією, прямо не пов'язаною з токсичним чинником ПАР. Кожен з перерахованих вище факторів щодо психопатологічних порушень у хворого з алкогольною залежністю може бути етіологічним. При цьому наявні інші будуть робити істотний вплив на патогенез, клінічну картину і перебіг депресивного синдрому, який визначає суїцидальну поведінку.

У непсихотичних варіантах стану відміни алкоголю агресивність хворих визначається більшою мірою особистісними порушеннями (частіше схильністю до експлозивних реакцій), які загострюються під впливом компульсивного потягу до алкоголю. Психотичні варіанти стану відміни алкоголю найбільш яскраво виражені станом відміни алкоголю з делірієм. Очевидно, що в психотичному стані агресивність визначається структурою психопатологічних порушень.

Нами було вивчено аутоагресивну поведінку у 50 хворих в стані відміни алкоголю, що надійшли в Центр невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3.

Агресивність хворих на алкогольну залежність в стані відміни була спрямована, насамперед, на найближче оточення. На початковій стадії визначальним фактором