

(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

агресивності були депресивні порушення. Спрямованість агресії та її характер визначалися модальністю депресивного синдрому. Аутоагресивна поведінка у вигляді нанесення самоушкоджень, суїцидальних висловлювань, суїцидальних дій частіше відрізнялася тужливим, пригніченим фоном настрою. При тривозі аутоагресивна поведінка однаково часто зустрічалася з гетероагресивною поведінкою. При дистимії частіше мала місце гетероагресія. Аутоагресія виявлялася нанесенням самопорезів, нанесенням ударів по твердих предметах кулаком, головою і не мала характеру суїцидального, тобто визначалася як самоушкоджуюча поведінка, без наміру вчинити самогубство. В обстежених хворих навіть нанесення тяжких самоушкоджень мало мету полегшення психологічного стану або відходу від уявної небезпеки. Після скоєння аутоагресивних дій, зазвичай, змінювалася модальність депресивних порушень (дисфорія змінювалася астено-депресивним синдромом). Суїцидальна поведінка спостерігалася значно рідше, ніж самоушкоджуюча поведінка. При появі галюцинацій хворі в стані відміни спочатку до них критичні, і поведінка багато в чому визначається реальними подіями. Під час загострення психотичної симптоматики поведінка повністю визначалася галюцинаціями, гострим чуттєвим маренням, афективними порушеннями. Найбільш небезпечними в плані агресивної поведінки в стані алкогольного делірію були страхітливі галюцинації з уривчастими персекуторними ідеями. У низці випадків, захищаючись від переслідувачів, хворий наносив ушкодження різного ступеня тяжкості своїм найближчим родичам, медсестрі, молодшим медпрацівникам. Цікаво зауважити, що при переважанні слухових загрозливих галюцинацій (іноді хворі чули погрози не тільки на свою адресу, але і своїх найближчих родичів) частіше мала місце аутоагресивна поведінка, а при переважанні зорових галюцинацій частіше спостерігалася гетероагресивна поведінка. Спрямованість агресії, поведінкові стереотипи агресивної поведінки залежали від особистості хворого, його індивідуального життєвого досвіду попереднього психозу. У стадії виходу з психозу аутоагресивна поведінка спостерігалася вкрай рідко.

Додатково вивчали відчуття болю та його вплив на суїцидальну поведінку. Було виявлено, що біль був стимулюючим чинником у хворих без психотичних проявів та мало впливав на суїцидальну поведінку при розвитку стану відміни алкоголю з делірієм.

Ретельний аналіз психопатологічної структури стану відміни алкоголю дає можливість прогнозувати і вчасно коригувати аутоагресивну поведінку у хворих с алкогольною залежністю.

УДК 616.45-001.1/3:616.37-002:001.8

*Н. В. Кутова*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків*

### **Стратегії стрес-долаючої поведінки у пацієнтів з хронічним панкреатитом**

Рівень стресу, спричиненого хворобою, визначається через міру її впливу на життя людини: прогноз, тривалість, тяжкість соматичного дистресу, соціальні наслідки. Психологічне сприйняття і відповідно відреагування на швидкоминущі коливання самопочуття та відсутність наслідків буде відмінним від ситуації довготривалого зниження працездатності внаслідок ускладнень, обумовлених хворобою, або стрімкого прогресування

недуги і близького летального завершення. Питання копінгу — способу справлятися зі стресом — особливо важливим стає саме для хвороб, які мають значну потенційну загрозу для життя. Хронічний панкреатит (ХП) — це прогностично небезпечне захворювання. Спектр ускладнень ХП, больовий синдром як сильний дистрес-фактор, екзо- та ендокринна недостатність підшлункової залози потребують жорсткого медичного контролю та лікування, що робить прихильність до терапії і копінг-поведінку під час лікувального процесу у пацієнтів з даною нозологією одними з провідних точок прикладення психологічної допомоги.

Метою роботи було — дослідити особливості копінг у пацієнтів з хронічним панкреатитом алкогольної та біліарної етіології.

Для виявлення копінг-механізмів було використано стандартну методику «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса.

У дослідженні взяли участь 147 пацієнтів з ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок та 49 чоловіків, і 140 хворих з ХП, причиною якого було вживання алкоголю — група 2, з них 44 опитувані — жіночої та 96 — чоловічої статі.

Домінуючими копінг-стратегіями у опитуваних, незалежно від нозології, були пошук соціальної підтримки ( $6,9 \pm 2,7$  бали у групі 1 та  $7,0 \pm 2,9$  бали у групі 2), уникнення ( $6,8 \pm 2,8$  та  $7,1 \pm 3,2$  бали у групі 1 та 2) та дистанціювання ( $6,9 \pm 3,0$  бали у групі 1 та  $7,4 \pm 3,0$  бали у групі 2). У жінок превалюючим було застосування зовнішнього ресурсу у вигляді соціальної підтримки, у чоловіків — віддалення від проблемної ситуації (дистанціювання). Пацієнти з АХП більшою мірою були схильні до конфронтації ( $5,7 \pm 2,5$  проти  $6,8 \pm 2,9$  бали), дистанціювання ( $6,9 \pm 3,0$  проти  $7,4 \pm 3,0$  бали), уникнення ( $6,8 \pm 2,8$  проти  $7,1 \pm 3,2$  бали), тоді як хворі з БХП виявили тенденцію до частішого використання конструктивних видів копінгу — самоконтролю ( $6,6 \pm 2,9$  проти  $6,3 \pm 2,6$  бали) та прийняття відповідальності ( $6,4 \pm 2,7$  проти  $5,5 \pm 2,2$  бали).

Вибір стратегій уникнення та дистанціювання у разі хронічного захворювання можна вважати неефективним у зв'язку з постійним зіткненням зі стресовим фактором, тривалим перебуванням у психологічно напруженій ситуації, яка потребує стабілізації психоемоційного стану за рахунок пошуку та реалізації нових форм поведінки. Звернення за соціальною підтримкою дійсно може служити потужним ресурсом, однак варто пам'ятати також і про ймовірність негативного впливу внаслідок недостатності інформаційного досвіду чи адекватності оточення.

Виявлені відмінності у копінг-стратегіях пацієнтів з різними нозологічними формами хронічного панкреатиту надали важливу інформацію для визначення мішеней медико-психологічного впливу та побудову диференційованої програми медико-психологічної допомоги хворим даного профілю.

УДК 616.831-053.81:616.134.9/.93]-005-036-092-085

*Н. С. Куфтеріна*

*Харківський національний медичний університет,  
м. Харків*

### **Клініко-діагностичні аспекти вертеброгенних цервікокраніалгій у осіб молодого віку**

Головний біль і біль в шії є одними з найбільш розповсюджених скарг серед пацієнтів молодого віку. Як правило, вертеброгенні цервікокраніалгії починаються