

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 стримуючим 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

після тривалої роботи в незручному положенні, після фізичного навантаження у спортзалі, або після сну та локалізуються в потиличній і тім'яно-потиличній ділянках, поєднано з болем у шиї. Незважаючи на те, що за останні роки досягнуто прогресу у вивченні механізмів розвитку больових синдромів, запропоновані ефективні методи їх діагностики та лікування, деякі аспекти вертеброгенних цервікокраніалгій в осіб молодого віку вивчені недостатньо.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-діагностичних аспектів цервікокраніалгій на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта для розроблення оптимальної лікувальної тактики.

Нами було обстежено 73 людини у віці від 18 до 35 років з клінічними проявами рефлекторних синдромів шийного остеохондрозу у вигляді цервікокраніалгій, що проходили стаціонарне та амбулаторне обстеження в Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф КЗОЗ «Харківська обласна клінічна лікарня» та лікувально-діагностичному центрі «ЦМЕД» («Центр медико-екологічних досліджень»). З них 46 осіб (63 %) склали жінки, 27 (37 %) — чоловіки. Тривалість захворювання становила від 1 до 5 років. Всім хворим було проведено рентгеноспонділографію шийного відділу хребта в двох проєкціях з функціональними навантаженнями, електроенцефалографію, реоенцефалографію, ехоенцефалоскопію, транскраніальну доплерографію (ТКДГ), викликані потенціали, комп'ютерну томографію. Отримані дані підлягали статистичному обробленню. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку.

Під час нейрофізіологічних досліджень у пацієнтів виявлені дисфункції понто-мезенцефального рівня, зміни функціональної активності зорової та тригемінальної систем, уповільнення проведення імпульсів по соматосенсорним аферентним шляхам на спинально-стовбуровому рівні. Судинні розлади у обстежених пацієнтів проявлялися синдромом регіональної церебральної ангіодистонії. Відзначалася венозна недостатність, яка була пов'язана з ускладненням венозного відтоку з порожнини черепа або недостатністю венозного кровообігу в м'яких покриттях голови і шиї. Аналіз отриманих даних виявив змішаний (м'язово-судинний) механізм виникнення цервікокраніалгій, що є клінічним проявом рефлекторних синдромів шийного остеохондрозу в осіб молодого віку. У зв'язку з чим, комплексне лікування даної категорії пацієнтів доцільно включати протизапальні препарати, міорелаксанти, венотоники, судинні та вегетотропні препарати, а також препарати, які зменшують іритативні пароксизмальні прояви та больовий синдром, у поєднанні з фізіотерапевтичними методами.

Вертеброгенні цервікокраніалгії в більшості випадків мають змішаний генез і найчастіше формуються при поєднанні головного болю напруження з м'язово-тонічними порушеннями в ділянці шиї і абзусним фактором. Нейрофізіологічними особливостями цервікокраніалгій є дисфункція стовбурових структур переважно понто-мезенцефального рівня, зміна функціонального стану зорової системи, підвищення рефлекторної збудливості тригемінальної системи та уповільнення когнітивних процесів, що визначає відповідні принципи патогенетичної терапії. Своєчасна діагностика і правильний підхід до лікування в подальшому призведе до ранньої реабілітації хворих та підвищеної працездатності хворих молодого віку з цервікокраніалгіями на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта.

УДК 616.89-008.441.44-009.7:001.8

*І. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Е. А. Шульга*  
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
 НАМН Украины», г. Харьков

### **Перспективы изучения болевой чувствительности у больных с аутодеструктивным поведением**

Комплексное изучение механизмов аутодеструктивного поведения остается актуальным, несмотря на многочисленные публикации, посвященные суицидам. Для профилактики суицидов огромное значение имеет понимание процесса перехода от суицидальных мыслей к суицидальным действиям. Наличие сдерживающих факторов в осуществлении суицидальных действий при имеющихся суицидальных намерениях считается общепризнанным важным фактором. Одним из таких сдерживающих факторов является страх перед болью.

Другим вариантом аутодеструктивного поведения является зависимость от психоактивных веществ. Однако, эти подобные по своим драматичным последствиям состояния являются качественно отличными на уровне мотивов личности. Если в первом случае речь идет о первично саморазрушительной мотивации, то во втором — о мотивации гедонистической, которая, тем не менее, часто приводит к критическому ухудшению качества жизни и, в конечном итоге, — к фатальному концу. Общеизвестен факт извращения болевой чувствительности у инъекционных наркоманов. Длительные попытки внутривенного самовведения наркотика (при отсутствии поверхностных вен) контрастируют с повышенной чувствительностью к болевым раздражителям в состоянии отмены. Такие контрастные сочетания мотивов и последствий делают отмеченные формы расстройства инстинкта самосохранения перспективными объектами для сравнительных исследований. С другой стороны, известно что «сторожевым псом» инстинкта самосохранения является ощущение боли. Несмотря на очевидность этого тезиса, исследованных, посвященных систематическому изучению роли болевой чувствительности в механизмах реализации аутодеструктивного поведения, практически не было. В доступной специальной литературе состояние болевой чувствительности рассматривается лишь как один из маркеров суицидальной активности, а не как важная составляющая ее психофизиологического механизма. Между тем, отвечающие за восприятие боли нейромедиаторные системы головного мозга (опиоидная, моноаминергическая и т. д.) определяют во многом и эмоции человека, которые имеют непосредственное отношение к риску формирования саморазрушительного поведения.

Нами было проведено комплексное обследование 50 больных с алкогольной зависимостью с суицидальным поведением перед госпитализацией в стационар. Установлено, что боль была сдерживающим фактором в отношении перехода от суицидальных мыслей к суицидальным действиям у больных без психотических нарушений и мало влияла на суицидальное поведение при развитии острых металкогольных психозов. Страх перед болевыми ощущениями влиял на выбор способа совершения суицида. У больных в состоянии алкогольного опьянения brutальные способы совершения суицида встречались чаще. Это, наверно, связано как с облегчением начала совершения суицида опьянением, так и с обезболивающим эффектом алкоголя. Отмечен факт обрыва истинных суицидальных попыток интен-