

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 проекціях 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 підвищенню 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, исследований, 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-

сивними болевими ощущениями, напрямую не связанными с совершаемым суицидом. Мы предполагаем, что в этой ситуации мишенью болевых ощущений является специфическая дереализация, которая отмечается у больных перед совершением суицида. Отмечена отсрочка и в ряде случаев переосмысление намерения реализации суицидальных намерений.

Настоящее сообщение является предварительным. Нами планируется дальнейшее комплексное (неврологическое, психопатологическое, психодиагностическое, электрофизиологическое) изучение болевой чувствительности, ощущения и восприятия боли у больных алкогольной зависимостью в динамике (алкогольное опьянение — состояние отмены — ремиссия) и их влияние на суицидальное поведение.

УДК 616. 89:612.843.7-071

*І. В. Лінський, Л. Ф. Шестопалова,
М. М. Денисенко, О. О. Бородавко*
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Механізми сприйняття підпорогових аудіовізуальних стимулів в процесі психодіагностики

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної психології є вивчення неусвідомлених психічних проявів. Треба зазначити, що ця проблема не є новою, її дослідженню присвячена значна кількість наукових робіт. Однак, незважаючи на це, багато її аспектів залишаються невизначеними. Зокрема, недостатньо вивченими є закономірності та механізми функціонування неусвідомлюваних психічних проявів, їх роль у реалізації психічної діяльності, характер їхнього зв'язку з усвідомлюваними психічними процесами та ін.

Перші експерименти, спрямовані на вивчення неусвідомлюваного сприйняття, являли собою спроби виявити порогову різницю між двома індикаторами, один з яких — показник усвідомлення стимулу, інший — показник підпорогового (щодо усвідомлення) ефекту цього стимулу.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей сприйняття підпорогових візуальних вербальних стимулів (типу «25 кадр») з різним рівнем емоційної значущості.

Основним напрямком нашої роботи було визначити порогові сприйняття візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості; дослідити порогові сприйняття візуальних вербальних стимулів залежно від характеру їх емоційного забарвлення (позитивного та негативного); вивчити зв'язок між підпороговим пред'явленням слів-стимулів та ефективністю їх репродукції.

У дослідженні взяли участь 40 осіб віком від 17 до 21 року (середній вік становив $18,58 \pm 0,16$ роки). Серед них було 6 (15,00 %) чоловіків та 34 (85,00 %) жінки.

Досліджено порогові сприйняття візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості та характером їх емоційного забарвлення. Пороги упізнання емоційно нейтральних слів в середньому становлять ($32,84 \pm 1,49$) мс; позитивних — ($24,81 \pm 1,14$) мс; негативних — ($27,04 \pm 1,22$) мс. Існує зв'язок між порогоми упізнання візуальних вербальних стимулів та рівнем їх емоційної значущості. Пороги упізнання емоційно значущих слів достовірно ($p < 0,05$) нижчі, ніж нейтральних.

В умовах тахістоскопічного пред'явлення неусвідомлюваних вербальних стимулів формується певний перцептивно-мнестичний слід, який одразу ж набуває певного семантичного змісту та певного рівня суб'єктивної значущості.

Визначено зв'язок між підпороговим пред'явленням візуальних вербальних стимулів та ефективністю їх вгадування серед інших, наочно представлених слів. Показано, що усереднена відносна частота визначення всіх слів-стимулів, що попередньо демонструвались у підпороговому діапазоні, перевищувала частоту вгадування інших слів на 96,46 % ($p = 0,0006$).

Отримані результати можуть служити підґрунтям для подальшого вивчення механізмів та закономірностей функціонування неусвідомлюваних психічних процесів.

УДК 616.89-008.441.13-06-08

Н. М. Лісна, О. В. Бараненко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Оптимальний терапевтичний альянс як основний чинник ефективності лікування алкогольної залежності та співзалежності

Останніми роками поширеність алкогольної залежності в Україні залишалася на стабільно високому рівні. Однак, враховуючи негативну динаміку економічного та соціального становища, тривалий військовий конфлікт, з'явлення проблеми біженців та мігрантів, можна упевнено припустити, що рівень алкоголізації населення надалі буде неухильно збільшуватися. Тому питання щодо розроблення методів лікування осіб з алкогольною залежністю та надання адекватної медико-психологічної допомоги їх співзалежним родичам залишаються у вітчизняних наукових дослідженнях пріоритетними.

Як свідчать результати численних клінічних досліджень, близько 75 % осіб, залежних від психоактивних речовин, починаючи той чи інший вид лікування, припиняють його до закінчення терапевтичного курсу або ігнорують рекомендації лікаря продовжувати прийом ліків і відвідувати групи реабілітації та взаємодопомоги. Відомо також, що близько 50 % всієї інформації, отриманої від лікаря, хворі, як правило, не запам'ятовують, а в 30 % випадків помилково сприймають лікарські рекомендації. З іншого боку, є достатньо даних про те, що довіра до лікаря, терапевтичний стиль спеціаліста, спрямований на співпрацю та врахування потреб і особливостей конкретного пацієнта, — більш ніж на 80 % визначають прихильність хворого до лікування та зумовлюють позитивні ефекти терапії. Отже, в ході лікувально-реабілітаційного процесу терапевтичні відносини виступають як основний дійовий та лікувальний чинник. Більш того, прихильниками доказової медицини було запропоновано термін «*evidence-based therapy relationship*» (2011), або доказові терапевтичні відносини, які розглядаються як важливий показник належної медичної допомоги.

Слід зазначити, що на сучасному етапі в протиалкогольній терапії набуває все більшого значення особистісно-орієнтований підхід, що дозволяє розглядати пацієнта не тільки як об'єкт терапевтичного впливу, але і як суб'єкта лікувального процесу, який спільно з лікарем визначає терапевтичну мету та приймає рішення про способи її досягнення. Такий підхід потребує наукового розроблення методів оптимізації терапевтичного альянсу, тобто взаємовідносин між спеціалістом (наркологом,