

УДК 616.85-039:615.851-08

*Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко,  
Г. Ю. Каленська, Д. І. Теренковський  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків*

### **Особливості підходу до психотерапевтичної корекції тривожних розладів органічного походження**

Тривожний симптомокомплекс в структурі психічних розладів органічного походження обумовлений як психогенними чинниками, так і низкою нейрофізіологічних та біохімічних змін в організмі людини. Лікування тривожних розладів повинно враховувати всі ланки патогенезу та включати як фармакотерапію, так і психотерапевтичну корекцію, що сприятиме підвищенню ефективності лікування та попередженню рецидивування вказаної патології.

Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало розроблення принципів психотерапевтичної корекції на підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожних розладів органічного походження.

Для реалізації мети дослідження було обстежено 37 хворих на психічні розлади органічного походження з тривожним симптомокомплексом (F 06.3, F 06.4).

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, який включав тест відносин А. М. Еткінда (Бажин Е. Ф., 1985), інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005); психометричний, який включав «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1974), «Шкалу Цунга» (Zung W. W., 1980); методи математичної статистики.

Лікування цієї категорії хворих мало комплексний характер та включало фармакотерапію, основний принцип якої полягав в призначенні препаратів з протитривожним (анксіолітичним) ефектом, та обов'язкову психотерапевтичну корекцію. Під час визначення психотерапевтичної тактики обстежених хворих враховували особливості організації лікувального процесу, клінічних проявів тривоги, особистісного реагування на захворювання, дані анамнезу і ставлення пацієнтів до психотерапії.

В ході дослідження встановлені клініко-психопатологічні та патопсихологічні «мішені» психотерапевтичного впливу:

— при тривожному симптомокомплексі мішенями виступали високі показники особистісної та ситуативної тривожності (84,15 % та 96,00 % відповідно), фобічний компонент тривоги (44,00 %), емоційний дискомфорт (48,00 %);

— при сполученні тривожного та соматовегетативного симптомокомплексів мішенями психотерапевтичного впливу були високі показники соматизації (1,48 бали); астеничний та соматичний компоненти тривоги (68,00 та 47,56 % відповідно), високий показник ситуативної тривожності (96,00 %);

— при поєднанні тривожного та іпохондричного симптомокомплексів як мішені виступали високий рівень ситуативної тривожності (96,00 %), високі показники соматизації (1,48 бали), емоційний дискомфорт (48,00 %), тривожна оцінка перспективи (48,00 %), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (52,00 %);

— при сполученні тривожного та депресивного симптомокомплексів мішенями психотерапевтичного впливу

були високий рівень особистісної тривожності (84,15 %), астеничний та афективний компоненти тривоги (68,00 % та 48,33 % відповідно), емоційний дискомфорт (48,00 %), соціальна реакція захисту (52,00 %), високий рівень міжособистісної сенситивності (1,09 бали).

Виявлені особливості були враховані під час розроблення психотерапевтичної корекції, яку проводили в 3 етапи: седативно-підтримуючий (3—4 заняття), лікувально-стабілізуючий (8—10 занять), адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття). Психотерапевтичний підхід був комплексним, включав когнітивно-поведінкову за А. Беком, інтегративну тілесно-орієнтовану психотерапію з використанням технік аутогенного тренування (за М. Е. Сандомирським) та особистісно-орієнтовану психотерапію за Б. Д. Карвасарським і проводився у формі індивідуальних та групових занять.

Застосування комплексної психотерапії тривожної симптоматики у хворих на психічні розлади органічного походження сприяло подоланню зафіксованих реакцій тривоги, підвищенню соціальної активності хворих, їх адаптації в родині та суспільстві, а також підвищенню ефективності лікувальних дій біологічного характеру.

УДК 616.891.4-008.47:001.8

*Н. А. Марута, І. А. Явдак, В. В. Огоренко,  
Е. С. Череднякова, Т. В. Канцедал  
ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України», г. Харків*

### **Фактори формирования резистентности у больных неврастениями**

Социально-экономические, социально-психологические перемены, происходящие в обществе, изменение привычных стереотипов индивидуального и социального функционирования личности ведут к значительному росту затаженных, резистентных к терапии форм невротической патологии, нуждающихся в своевременной диагностике и усилении терапевтических стратегий.

С целью изучения факторов развития резистентных форм неврастения (F 48.0, согласно МКБ-10) проведено клинико-психопатологическое обследование 63 больных.

Выделены клинико-психопатологическая (формирующаяся при участии преимущественно биологических факторов) и личностная (основанная преимущественно на психологических механизмах) составляющие резистентности у больных неврастениями.

Клинико-психопатологическая составляющая резистентных форм неврастения включает: наличие психогений с локализацией в сфере собственного здоровья ( $J(xij) = 0,85$ ), соматизацию клинических проявлений ( $J(xij) = 0,97$ ), коморбидность с соматоневрологической патологией ( $J(xij) = 0,73$ ), коморбидность с ипохондрической ( $J(xij) = 0,1,17$ ) и депрессивной ( $J(xij) = 1,01$ ) симптоматикой.

В качестве клинико-психопатологических предикторов формирования резистентности у больных неврастениями выделены: затаженный тип начала заболевания ( $J(xij) = 1,17$ ), сочетание в клинической картине нескольких психопатологических (депрессивного, ипохондрического, соматовегетативного) синдромов и формирование стойкого «ограничительного» поведения ( $J(xij) = 0,71$ ).

Личностная составляющая резистентности у больных неврастениями включает экстравертированность личности, обуславливающую отсутствие мотивации

к саморозвитку; наличие личностных особенностей, блокирующих саморазвитие (низкий уровень энергетического потенциала личности, однотипность поведенческих реакций, низкий уровень синергии, дискретное восприятие жизни, непринятие других); наличие психической дезадаптации в связи с заболеванием с превалированием интрапсихической направленности личностного реагирования на болезнь (ипохондрически-неврастенический тип отношения к болезни), отсутствие готовности действовать и конкретных поведенческих перемен, направленных на преодоление болезни. Патопсихологические механизмы формирования резистентности у больных неврастенией заключаются в наличии личностной предрасположенности, включающей отсутствие мотивации и личностных ресурсов к саморазвитию. Экстернальность личности ( $J(xij) = 0,58$ ) в сочетании с низким энергетическим потенциалом личности ( $J(xij) = 0,67$ ), отсутствием целостного восприятия жизни, низким уровнем синергии ( $J(xij) = 0,35$ ), однообразием поведенческих реакций ( $J(xij) = 0,54$ ), непринятием других ( $J(xij) = 0,54$ ) и собственной агрессивности ( $J(xij) = 0,36$ ) ведут к нивелированию каких-либо позитивных моментов и формированию неудовлетворенностью жизнью, чувства безнадежности и обреченности, что находит свое выражение в хроническом эмоциональном дистрессе, пассивной жизненной позиции и чувстве невозможности что-либо менять в своей жизни, за счет чего формируется ипохондрически-неврастеническое отношение к собственной болезни ( $J(xij) = 0,59; 0,35$ ) и отсутствие конкретных действий к ее преодолению ( $J(xij) = 0,35$ ).

Выявление выделенных характеристик способствует своевременной диагностике формирования резистентных форм неврастения, использование их в качестве «мишеней» при формировании терапевтических программ позволяет преодолеть формирование резистентности у больных неврастенией.

УДК 616.85-039-071-08

*Н. О. Марута, М. В. Данилова, Т. В. Панько,  
В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська*

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

### **Особенности диагностики тревожных расстройств органического генезу**

Проблема тревожных расстройств у современных условиях не только проблемой психиатрической науки, а и медицины в целом. У большинства случаев больные с клиническими проявлениями тревоги спочатку звертаються до лікарів первинної медичної ланки та протягом багатьох років спостерігаються, обстежуються та лікуються у лікарів-інтерністів. Несвоєчасна діагностика тривожних розладів призводить до погіршення стану хворих, ускладненню клінічної картини та терапевтичної резистентності. Саме тому своєчасна діагностика та терапія тривожних розладів є актуальною.

Метою дослідження було вивчення клініко-психопатологічних характеристик тривожних розладів органічного походження.

Для реалізації цілей і завдань дослідження було обстежено 37 пацієнтів з тривожними розладами органічного походження. Діагноз був встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10.

Для оцінки клініко-психопатологічних особливостей використовували комплексний підхід, що включав кліні-

ко-психопатологічний метод, доповнений «Інтегративним тестом тривожності» (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005), методи статистичної обробки даних.

На підставі клініко-психопатологічної оцінки клінічної картини було встановлено, що структура тривожних розладів органічного походження характеризується сполученням емоційної та соматовегетативної складових. В структурі емоційної складової провідним був симптом тривоги, що спостерігався у 100,00 % хворих. Частими симптомами були неспокій — у 72,00 % обстежених; хвилювання — 72,00 %; переляк — 52,00 %; почуття небезпеки — 32,00 %; нав'язливі страхи — 32,00 %, паніка — 52,00 %, симптоми тривожного побоювання — 100,00 %, стурбованість — 84,00 %, заклопотаність своїм станом — 84,00 %, ранимість — 84,00 %, жах — 52,00 %. Структура соматовегетативної складової характеризувалася наявністю таких симптомів: почуття нестачі повітря (76,00 %); почуття нудоти (24,00 %); нервові тремтіння (32,00 %); порушення апетиту (32,00 %), нудота (24,00 %), спазми в животі (32,00 %), внутрішнє тремтіння — у 84,00 % хворих, загальна слабкість — у 80,00 %, біль у грудях — у 76,00 %, головний біль — у 76,00 %, запаморочення — у 72,00 % обстежених. Клінічна структура формувала провідну синдромальну структуру, яка характеризувалася сполученням тривожного та соматовегетативного симптомокомплексів (45,95 %), тривожного та іпохондричного симптомокомплексів (32,43 %), тривожного та депресивного симптомокомплексів (21,62 %).

За результатами «Інтегративного тесту тривожності» в усіх обстежених хворих були високі показники особистісної та ситуативної тривожності (84,15 % та 96,00 % відповідно), фобічний компонент тривоги (44,00 %), емоційний дискомфорт (48,00 %). В структурі тривожного та соматовегетативного симптомокомплексів були високі показники соматизації (1,48 бали); астеничний та соматичний компоненти тривоги (68,00 % та 47,56 % відповідно), високий показник ситуативної тривожності (96,00 %). При поєднанні тривожного та іпохондричного симптомокомплексів спостерігався високий рівень ситуативної тривожності (96,00 %), високі показники соматизації (1,48 бали), емоційний дискомфорт (48,00 %), тривожна оцінка перспективи (48,00 %), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (52,00 %). При сполученні тривожного та депресивного симптомокомплексів переважали високі показники особистісної тривожності (84,15 %), астеничний та афективний компоненти тривоги (68,00 % та 48,33 % відповідно), емоційний дискомфорт (48,00 %), соціальна реакція захисту (52,00 %), високий рівень міжособистісної чутливості (1,09 бали). Встановлені особливості треба враховувати під час проведення психотерапевтичної корекції та використовувати як мішені психотерапевтичного впливу.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

*С. В. Мерліч*

### **Одеський національний медичний університет, м. Одеса Медико-психологічний супровід онкологічних хворих, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування**

Згідно із статистичними даними, кількість онкологічних хворих у всьому світі стрімко збільшується. У сучасній медицині і психології помітний явний інтерес до різних психологічних аспектів онкологічних захворювань.