

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.