

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 сначала обращаются к врачам первичной медицинской помощи и в течение многих лет наблюдаются, обостряются и лечатся у врачей-интернистов. Несвоевременная диагностика тревожных расстройств приводит к ухудшению состояния больных, усложнению клинической картины и терапевтической резистентности. Самому же своевременная диагностика и терапия тревожных расстройств актуальна.

Методом исследования было изучение клинико-психопатологических характеристик тревожных расстройств органического происхождения.

Для реализации целей и задач исследования было обследовано 37 пациентов с тревожными расстройствами органического происхождения. Диагноз был установлен в соответствии с критериями МКХ-10.

Для оценки клинико-психопатологических особенностей использовали комплексный подход, который включал клини-

ко-психопатологический метод, дополненный «Интегративным тестом тревожности» (Бизюк А. П., Вассерман Л. Й., Юлев Б. В., 2005), методы статистической обработки данных.

На основании клинико-психопатологической оценки клинической картины было установлено, что структура тревожных расстройств органического происхождения характеризуется сочетанием эмоциональной и соматовегетативной составляющих. В структуре эмоциональной составляющей ведущим был симптом тревоги, что отмечалось у 100,00 % больных. Частыми симптомами были беспокойство — у 72,00 % обостренных; волнение — 72,00 %; переживание — 52,00 %; ощущение небезопасности — 32,00 %; навязчивые страхи — 32,00 %, паника — 52,00 %, симптомы тревожного возбуждения — 100,00 %, стурбованность — 84,00 %, заклопотанность своим состоянием — 84,00 %, ранимость — 84,00 %, жажда — 52,00 %. Структура соматовегетативной составляющей характеризовалась наличием таких симптомов: ощущение нехватки воздуха (76,00 %); ощущение жара (24,00 %); нервные треморы (32,00 %); нарушение аппетита (32,00 %), жидкий стул (24,00 %), спазмы в животе (32,00 %), внутреннее треморы — у 84,00 % больных, общая слабость — у 80,00 %, боль в груди — у 76,00 %, головная боль — у 76,00 %, забывчивость — у 72,00 % обостренных. Клиническая структура формулы ведущего синдромального строения, которая характеризовалась сочетанием тревожного и соматовегетативного симптомокомплексов (45,95 %), тревожного и ипохондрического симптомокомплексов (32,43 %), тревожного и депрессивного симптомокомплексов (21,62 %).

За результатами «Интегративного теста тревожности» в группе обостренных больных были высокие показатели личностности и ситуативной тревожности (84,15 % и 96,00 % соответственно), фобический компонент тревоги (44,00 %), эмоциональный дискомфорт (48,00 %). В структуре тревожного и соматовегетативного симптомокомплексов были высокие показатели соматизации (1,48 балла); астенический и соматический компоненты тревоги (68,00 % и 47,56 % соответственно), высокий показатель ситуативной тревожности (96,00 %). При объединении тревожного и ипохондрического симптомокомплексов отмечался высокий уровень ситуативной тревожности (96,00 %), высокие показатели соматизации (1,48 балла), эмоциональный дискомфорт (48,00 %), тревожная оценка перспективы (48,00 %), тенденция ограничивать свои социальные контакты (52,00 %). При сочетании тревожного и депрессивного симптомокомплексов преобладали высокие показатели личностности (84,15 %), астенический и аффективный компоненты тревоги (68,00 % и 48,33 % соответственно), эмоциональный дискомфорт (48,00 %), социальная реакция защиты (52,00 %), высокий уровень межличностной чувствительности (1,09 балла). Установлено, что особенности требуют учитывать при проведении психотерапевтической коррекции и использовать как мишеней психотерапевтического влияния.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

С. В. Мерлиш

Одесский национальный медицинский университет, м. Одесса Медико-психологический 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.

Одним з наймолодших напрямів дослідження причин злоякісних новоутворень є проблема медико-психологічного супроводу онкологічного хворого. Існують різноманітні заходи психологічної допомоги, спрямовані як на самого онкохворого, так і на його оточення: психоед'юкативні програми, індивідуальна та групова психотерапія. Зазвичай ці заходи проводять винятково на етапі стаціонарного лікування та мають за мету покращання психологічної адаптації до умов медичного закладу, формування позитивної мотивації до лікування та підвищення якості життя хворого.

Мета дослідження: Дослідити клініко-психологічні особливості онкологічних пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, розробити систему медико-психологічної допомоги даній категорії хворих на амбулаторному етапі лікування. Визначити особистісні риси, характерні для означених хворих.

За умови інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 324 особи, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та деонтології на протязі 2010—2014 рр. Хворим було оголошено тему та мету наукової роботи, також в ході бесіди неодноразово підкреслювалось, що участь пацієнтів в даному дослідженні є цілком добровільною і конфіденційною. Пацієнтам надавалось право не відповідати на будь-яке питання, а також перервати опитування, нічого не пояснюючи. Проте відповіді на всі питання, які вважались прийнятними, повинні бути максимально достовірними.

Під час вивчення особистісних характеристик стовманих хворих виявлено, що в усіх пацієнтів, хворих на онкопатологію, спостерігались дисгармонійні типи ставлення до хвороби (переважно тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи); виражений рівень алекситимії; відсутність мети, незадоволеність власним життям. Особам чоловічої статі були притаманні сполучення сенситивності, лабільності та ригідної фіксації на травмуючих спогадах з конфліктною різноспрямованістю тенденцій. Жінкам з онкопатологією були притаманні сполучення сенситивності, тривожності та лабільності, конформні, залежні тенденції, гетерономність та виражена орієнтованість на загальноприйняті норми поведінки.

УДК 616.45-001.1/3-07-08-06.002

О. О. Мінко

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

Використання біологічного зворотного зв'язку на базі пристроїв нейрокомп'ютерного інтерфейсу для діагностики і лікування постстресових розладів та коморбідних станів

Впродовж останніх років у світі широкому загалу стають доступними та набувають розповсюдження технології інтерфейсу мозок-комп'ютер. Нейрокомп'ютерний інтерфейс (інтерфейс мозок-комп'ютер) — це нова нейрокомп'ютерна технологія, що дозволяє на ґрунті реєстрації й аналізу електроенцефалограми (ЕЕГ) людини дати їй можливість керувати зовнішніми виконавчими пристроями або здійснювати комунікацію з зовнішніми об'єктами без посередництва нервів і м'язів, а лише за рахунок електричної активності мозку. Окрім того,

нейрокомп'ютерний інтерфейс (НКІ) дає можливість встановлювати біологічний зворотній зв'язок (БЗЗ) із користувачем (зокрема, візуалізувати для користувача його власні фізіологічні параметри, емоційно-психологічні стани тощо). При цьому терапевтичні можливості БЗЗ, насамперед при наркологічних, невротичних та постстресових розладах, добре відомі. Розроблення різних варіантів інтерфейсу «мозок-комп'ютер» в останні роки перестало бути суто експериментальним напрямком і знаходить все більше практичне застосування. Це стало можливим внаслідок виходу на споживчий ринок відносно дешевих пристроїв для реалізації НКІ, так званих нейрогарнітур. З іншого боку, сьогодні наша країна знаходиться в умовах «гібридної війни», тривають бойові дії, відбуваються терористичні акти та інші події, які загострюють соціально-економічну ситуацію. Внаслідок цього все більше людей страждає від різноманітних постстресових розладів та асоційованих з ними патологічних станів. Таким чином сьогодні є: і нагальна потреба, і необхідні передумови для широкого застосування БЗЗ на ґрунті НКІ для діагностики та лікування постстресових розладів та коморбідних станів. Саме тому розроблення принципів БЗЗ на ґрунті НКІ для вирішення зазначених медичних завдань є гостро актуальним.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності діагностики і лікування постстресових розладів та коморбідних станів шляхом реалізації біологічного зворотного зв'язку з використанням доступних пристроїв нейрокомп'ютерного інтерфейсу. Для цього будуть використані такі методи: клініко-психопатологічний метод, психодіагностичний метод з використанням НКІ, методи математичної статистики. Особливістю методології дослідження буде використання сучасних портативних та доступних пристроїв НКІ та традиційних діагностичних та лікувальних методів.

Дослідження планується виконати в три етапи. Перший етап буде присвячено вивченню можливостей сучасних нейрогарнітур щодо виявлення нейрофізіологічних маркерів постстресових розладів та коморбідних станів. На другому етапі на ґрунті сучасних нейрокомп'ютерних інтерфейсів планується розробити системи біологічного зворотного зв'язку і методики їхнього оптимального застосування при різних постстресових розладах та коморбідних станах. На третьому етапі будуть визначені небажані побічні ефекти, показання та протипоказання для використання створених систем БЗЗ у пацієнтів з різними постстресовими розладами та коморбідними станами, розроблені методичні рекомендації щодо впровадження систем БЗЗ на базі сучасних пристроїв НКІ в медичну практику. В результаті виконання дослідження буде створений метод об'єктивної діагностики постстресових розладів та коморбідної патології, підвищена ефективність лікування вищезначеної патології.

УДК 547.262-08:362.19

О. І. Мінко

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

Редукція вживання алкоголю — нова мета протиалкогольного лікування

Європа має найвищий рівень споживання алкоголю в світі (World Health Organization, 2010), і в цілому для Євросоюзу характерне зниження частки осіб, які не вживають спиртні напої і підвищення частки населення,