УДК 616.85:616.89-008.447-06

Денисенко М. М.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Кореляція аддиктивних тенденцій у хворих на неврастенію

Поширеність аддиктивних розладів та їх часта коморбідність з іншими психопатологічними станами визначає актуальність конкретних досліджень в цьому напрямку. В проведеному аналізі аддиктивних феноменів у хворих на невротичні розлади нами була доведена висока поширеність аддиктивної поведінки та її виразність у хворих на неврози. Було встановлено, що хворі на невротичні розлади характеризуються високою вірогідністю формування «мультиморбідних» варіантів аддикцій, тобто поєднанням декількох аддикцій одночасно. Зазначене зумовило потребу ретельнішого аналізу в напрямку встановлення взаємозв'язків та характеру поєднання різних аддиктивних тенденцій при неврастенії.

Для діагностики аддиктивного ризику використовували вісімнадцять AUDIT-подібних тестів з подальшим статистичним аналізом отриманих даних за допомогою комп'ютерних програм Excel та SPSS for Windows 15.0.

Для реалізації зазначеної мети нами було проведено кореляційний аналіз та встановлено кореляційні зв'язки між ступенями виразності різних варіантів аддикцій. Результати кореляційного аналізу дали змогу оцінити наявність та характер відносин між різними об'єктами вживання (синергічні, нейтральні або навпаки антагоністичні). Кореляційний аналіз здійснювали окремо за результатами всіх обстежених осіб та за результатами лише тих осіб, що мали відповідний досвід вживання. Саме наявність досвіду вживання і дає змогу оцінити — як складається взаємодія між досліджуваними об'єктами вживання, а результати осіб, які не мають відповідного досвіду вживання, лише узагальнюють та маскують статистичні дані. Тому основний аналіз результатів кореляційних зв'язків між різними об'єктами вживання нами було сконцентровано на даних, що отримані серед осіб, що мають досвід вживання.

Найбільша кількість високовірогідних прямих кореляцій у хворих на неврастенію виявлена за такими об'єктами вживання як-от: канабіноїди, рівень зловживання якими прямо пов'язаний з рівнем зловживання роботою/навчанням ($r = 0{,}94$), Інтернетом ($r = 0{,}96$), алкоголем ($r = 0{,}94$), читанням ($r = 0{,}69$), тютюном ($r = 0{,}69$), сексом ($r = 0{,}59$) та чаєм/кавою ($r = 0{,}41$); азартні ігри, що прямопропорційно пов'язані зі зловживанням комп'ютерними іграми ($r = 1{,}00$), тютюном ($r = 1{,}00$), шопінгом ($r = 0{,}90$), телебаченням ($r = 0{,}86$), алкоголем ($r = 0{,}63$) та чаєм/кавою ($r = 0{,}41$); комп'ютерні ігри, що мають сильний прямий зв'язок з азартними іграми ($r = 1{,}00$), алкоголем ($r = 0{,}58$), тютюном ($r = 0{,}52$) та їжею ($r = 0{,}45$); та алкоголь, вживання якого прямопропорційно корелює з канабіноїдами ($r = 0{,}94$), тютюном ($r = 0{,}74$), азартними ($r = 0{,}63$), комп'ютерними іграми ($r = 0{,}58$) та сексом ($r = 0{,}41$).

Під час аналізу побудованої корелограми аддикцій хворих на неврастенію виявлені певні особливості: спостерігається висока кількість сильних як прямих так і зворотних кореляцій. При цьому, на відміну від інших форм неврозів, зворотні кореляції належать не тільки переважно хімічним речовинам, а і нехімічним варіантам залежностей також. Наприклад, у хворих на неврастенію зловживання азартними іграми виключає зловживання їжею ($r = -0{,}67$) та роботою ($r = -0{,}60$); а зловживання комп'ютерними іграми виключає вживання снодійно-седативних препаратів ($r = 0{,}41$) та надмірне захоплення читанням ($r = -0{,}34$) і навпаки, що свідчить про взаємовиключні зв'язки між цими формами аддикцій при неврастенії.

Загалом наявність великої кількості різних за знаком кореляцій між аддикціями у хворих на неврастенію, а також її нозологічна специфіка свідчать про складний характер формування та відносин взаємоіснування аддикцій при неврастенії, що потребує проведення докладних клініко-психологічних досліджень в цьому напрямку.

УДК 616.45-001.1/3-07:355.257.6

Денисенко М. М., Лакинський Р. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Клінічна варіативність постстресових розладів у комбатантів

На ґрунті порівняльного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного аналізу обстежено 35 учасників бойових дій (комбатантів), що брали участь у бойових діях в зоні антитерористичної операції в Луганській і Донецькій областях протягом 2014—2016 рр., визначено клінічні критерії психічних розладів у цього контингенту.

За результатами клініко-психопатологічного обстеження учасників бойових дій були виявлені такі групи психічних розладів: найчастіше серед обстежених виявлялися посттравматичні стресові розлади (ПТСР) — 11 осіб (31,43 %) та розлади адаптації (РА) — 10 осіб (28,57 %). Значно менше спостерігалися алкогольні аддикції — 4 особи (11,43 %) та депресивні розлади — 2 особи (5,71 %). Не мали ознак психопатології 8 осіб (22,86 %). Ці дані свідчать, що для учасників бойових дій існує високий ризик розвитку психічних розладів внаслідок впливу частих психотравмуючих факторів та постійного стресу під час бойових дій. Зважаючи на вікові та соціально-демографічні дані, до групи ризику входять люди віком від 30 до 45 років з середньою технічною освітою, які на час мобілізації не мали роботи, що у свою чергу відображає значний вплив соціально-економічного фактору на можливість розвитку психічних розладів екзогенного ґенезу у цій популяції.

Встановлено, що комбатанти з ПТСР мали такі особливості перебігу цього захворювання: ознаки ПТСР почали з'являтися через тривалий час (7—12 місяців) після демобілізації із зони бойових дій і тривали більше 6 місяців. Зазначені ознаки виникали раптово, на фоні загального зовнішнього благополуччя комбатанта. Отже у всіх комбатантів, яким було діагностовано ПТСР (F43.1 — за МКХ-10), спостерігався хронічний варіант цього розладу з відстроченим початком.

Синдромологічна структура в обстежених комбатантів з ПТСР була виражена тривожно-фобічною симптоматикою (45,46 % від загальної кількості хворих на ПТСР з поєднанням панічних, обсесивно-компульсивних розладів, які відображали події пережитої психотравмуючої ситуації), астенічним синдромом (спостерігався у 4 осіб, або у 36,36 % від загальної кількості хворих на ПТСР) та дисфорічним синдромом (спостерігався у 2 осіб або у 18,18 % від загальної кількості хворих на ПТСР).

Для обстежених з ПТСР були характерними симптоми, які включали внутрішнє переживання психотравмуючих подій: феномени «флешбек», нав'язливі образи, спроби уникнення психогенних спогадів, надмірна настороженість, кошмарні сновидіння, нічні пробудження, постійний страх за своє життя, надмірна обережність, сплутаність свідомості, труднощі з розв'язанням проблем та зниження пам'яті на по-

точні події, що супроводжувалися емоційними симптомами, як-от тривога, панічні атаки, неадекватна емоційна реакція, дратівливість, спалахи гніву, емоційні спалахи, зниження концентрації уваги, ідеї безвиході, ідеї самозвинувачення, емоційна лабільність, ажитація, втрата контролю над емоціями, нав'язливі думки (суїцидального змісту).

На ґрунті отриманих даних створена система спеціалізованої медичної допомоги, що становить комплекс медико-психологічних заходів, розроблених з урахуванням впливу біопсихосоціальних чинників в ґенезі постстресових розладів, спрямованих на попередження або усунення клініко-психопатологічної симптоматики та психосоціальної дезадаптації, забезпечення гідного рівня соціального функціонування пацієнтів в повсякденних умовах життя.

УДК 616.89-02:616.831-001.31-036/6:340.63-039.76

Живілова Я. С.
ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро)

Організація психосоціальної реабілітації у хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом

На сьогодні в світі простежується стійка тенденція до зростання захворювань психіки. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), психічними захворюваннями в світі страждають більше 450 млн людей. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року психічні розлади вийдуть на одне з перших місць в структурі захворюваності. При цьому в структурі захворюваності істотне місце займають порушення психіки органічного, зокрема травматичного ґенезу.

Проблема зниження суспільної небезпеки хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом до теперішнього часу є далекою від вирішення. Це зумовлює необхідність розробки принципів побудови ступеневого процесу відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням психічного стану, особистісних характеристик, макро- і мікросоціального оточення і адаптаційно-компенсаторного потенціалу цих осіб.

В теперішній час основним критерієм ефективності лікувально-реабілітаційних програм вважають ступінь здатності пацієнтів самостійно виконувати навички забезпечення життєдіяльності, зберігати і підвищувати рівень соціального функціонування (СФ) й якості життя. Виходячи з цього, треба здійснювати оцінку рівня дисфункції у різних сферах СФ таких осіб, які мають бути мішенями впливу при побудові програм медико-психологічної реабілітації. Важливою метою при цьому, безперечно, є зниження вірогідності вчинення такими пацієнтами суспільно небезпечних дій (СНД) в майбутньому.

При цьому важливим є ідентифікація стану емоційної сфери цих хворих, адже саме емоційні порушення є підґрунтям здійснення суспільно-небезпечних дій.

На базі ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро) проведено дослідження 90 хворих з органічними ураженнями головного мозку, які скоїли тяжкі і особливо тяжкі СНД (проти життя та здоров'я особи).

Практично всі хворі на органічні ураження головного мозку, що скоїли СНД, мали дуже низький рівень соціального функціонування. Це суттєво обмежувало можливість ведення соціально-конґруентного способу життя.

Це зумовлювало вибір найбільш важливих мішеней психотерапевтичної інтервенції, а саме: життєдіяльність та працездатність, соціально-побутова сфера та емоційні відносини сімейного життя.

Абсолютно безумовним є урахування стану емоційної сфери, а саме рівня депресії і тривоги, особливо дисфорічно-експлозивних їх варіантів.

Значна дисфункція в усіх сферах соціального функціонування суспільно небезпечних хворих на органічні ураження головного мозку зумовлює нагальну потребу у формуванні медико-психологічних реабілітаційних програм, спрямованих на оптимізацію рівня соціального функціонування.

Отримані дані зумовили включення до системи психотерапії елементів когнітивно-поведінкового тренінгу щодо корекції міжособистісних відносин.

Наступним напрямком реабілітаційної роботи був асертивний тренінг, спрямований на стимулювання рівня інформованості, формування відповідних інтересів, спілкування, що у цього контингенту хворих є досить обмеженими.

Отже, треба враховувати низький ресурс психосоціальної адаптації у цих пацієнтів. Тому мають бути визначені мішені для відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням можливостей фармакотерапії та психотерапії.

УДК 616.89-008.441-072.87-085.851+159.923

Забор В. С., Фільц О. О.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

Екзистенційний підхід як метод діагностики і психотерапії у пацієнтів з тривожно-астенічними розладами

Протягом останнього десятиріччя вимоги та психологічне навантаження на населення через дію різноманітних стресогенних чинників невпинно збільшуються. Це призводить до дезадаптації людини в умовах суспільної кризи та поширення психічних та поведінкових розладів (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, 2009; І. В. Лінський, О. І. Мінко зі співавт., 2010).

Традиційно діагностика і лікування психічних розладів базуються на біопсихосоціальній багатоосьовій моделі, яка враховує три площини — соматичну, психологічну та соціальну. Однак дані останніх зарубіжних досліджень свідчать про вагомість четвертої площини — осі екзистенції. Завдяки спеціальним методикам, сьогодні вже доступне вимірювання і цієї осі. Йдеться, зокрема, про шкалу екзистенції А. Ленгле, П. Екхард; тест екзистенційних мотивацій А. Ленгле, К. Орглер. Ці шкали побудовані на засадах концепції чотирьох фундаментальних мотивацій А. Ленгле та смислової концепції В. Франкла, засновника Третьої Віденської школи психотерапії. Шкала екзистенції вимірює показники екзистенційного наповнення — так, як вони суб'єктивно відчуваються досліджуваними, тест екзистенційних мотивацій — значення фундаментальних мотивацій. За їх допомогою можна встановити вихідний стан пацієнта, параметри порушень, оцінку перебігу та ефективність психотерапії з врахуванням екзистенційно-смислових показників. Принциповим моментом є те, що ці методики добре розмежовують здоров'я і хворобу. Це відкриває у площині психіатрії та психотерапії нові можливості пов'язувати певні види пограничної психічної патології з такими базовими проблемами людського існування, як свобода, відповідальність, безсенсовність, ізоляція, смерть, порушення системи цінностей, мотивів, цілей. Зрозуміло, що запотребованість у використанні такого підходу у світі достатньо велика. В сучасних реаліях нинішньої України, яка акцентує базові