УДК 616.89-085.851.13-036.8.-039.78

Лизак О. Л.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

Оцінка ефективності стаціонарної психотерапії за змінами паттернів міжособистісних стосунків

Мета: виявити можливі зміни паттернів міжособистісних стосунків у пацієнтів після короткофокусної стаціонарної психодинамічної психотерапії та їхні кореляції з клінічним та суб'єктивним покращанням стану пацієнтів.

У дослідження включали пацієнтів (*N* = 51) психотерапевтичного стаціонару — клінічної бази кафедри психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, у яких було діагностовано непсихотичні психіатричні розлади, відповідно до МКХ-10, та призначено 10 сеансів короткофокусної психодинамічної психотерапії. У дослідженні взяли участь 41 жінка та 10 чоловіків; середній вік становив 37 років. Кожен із пацієнтів перед початком терапії проходив напівструктуроване інтерв'ю за методом Центральної теми конфліктних стосунків (CCRT — Core Conflictual Relationship Theme Method (Barber J. P., Luborsky L., Crits-Cristoph P., Diguer L., 1995; Luborsky L., Crits-Christoph P., 1998), у якому розповідав про 10 конкретних епізодів стосунків з однією важливою особою. Психопатологічні симптоми пацієнтів на початку лікування оцінювали за допомогою опитувальника SCL-90-R (Derogatis L. R. and Unger R.). Пацієнти, які завершили курс психотерапії (*N* = 30), повторно проходили таке ж інтерв'ю, як і перед його початком, а також повторно заповнювали опитувальник SCL-90-R для виявлення змін у психопатологічній симптоматиці. Закінчивши курс психотерапії, пацієнти заповнювали Опитувальник змін у переживаннях та поведінці VEV-test — Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke M., 1980) для оцінення суб'єктивного покращання психологічного стану. Пацієнти, які з різних причин передчасно припинили психотерапевтичне лікування, повторного обстеження не проходили.

У кожному з 10 епізодів визначали три основні компоненти центральної теми конфліктних стосунків: (*a*) бажання, потреби чи наміри пацієнта щодо іншої особи — компонент *W*; (*b*) реакції іншої особи на ці бажання — компонент *RO*; та (*c*) власні реакції пацієнта у відповідь — компонент *RS*. Сформульовані компоненти епізодів стосунків були перекладені у стандартні категорії системи CCRT-LU Category System (Albani C., Pokorny D., Blaser G. et al., 2002) (*N* = 120) та включені у загальну базу дослідження для обчислень.

Статистичний аналіз результатів дослідження проводили за допомогою програми SPSS версії 23.0. У досліджуваних інтерв'ю було виокремлено 5365 елементів стосунків, для кожного з яких було підібрано по два найбільш відповідні формулювання із стандартної системи категорій. Отже, загальна кількість стандартних категорій у підрахунках становила 10 730. Щодо кожної з категорій — оцінювали її відносну частоту, середні величини та стандартні відхилення. За результатами дослідження, найчастішими бажаннями пацієнтів були бажання любити і бути коханим (58,18—76,17 %), а також бажання бути сильним (21,66—25,19 %). На початку терапії пацієнти повідомляли про 27,52 % гармонійних та 72,48 % дисгармонійних реакцій інших осіб щодо них (*RO*), а також 23,49 % гармонійних та 76,51 % дисгармонійних власних реакцій (*RS*). Коли завершився курс психотерапії, кількість гармонійних реакцій інших осіб (*RO*) в епізодах стосунків збільшилася з 27,52 % до 40,26 %, а кількість гармонійних власних реакцій (*RS*) — з 23,49 % до 43,38 % ($p \leq 0{,}001$). Порівняння змін у паттернах стосунків пацієнтів до та після проходження психотерапії та змін у результатах опитувальника SCL-90-R, а також результатів за VEV-test виявило статистично значущі кореляції між цими змінами; найбільшу кількість кореляцій було виявлено за шкалами депресії та тривоги опитувальника SCL-90-R.

Стаціонарна короткофокусна психодинамічна психотерапія приводить до збільшення відносної частоти гармонійних реакцій інших осіб щодо пацієнтів та гармонійних власних реакцій пацієнтів у міжособистісних стосунках, що корелює з поліпшенням у психопатологічній симптоматиці пацієнтів та у суб'єктивній оцінці ними власного психологічного стану.

УДК 616.892+616.89-02:615.212-079.4-08

Лінський І. В.*, Кузьмінов В. Н.*, Юрченко М. П.**, Шульга О. О.***
**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків),*
***КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3,*
****ВМС УСБУ в Харківській області (м. Харків)*

Співвідношення больової чутливості та аутоагресивної поведінки у деяких категоріях хворих

Найбільш яскравим проявом аутодеструктивної поведінки є суїцид. Ще одним прикладом такої поведінки є залежність від психоактивних речовин (ПАР). Однак, ці подібні за своїми драматичними наслідками стани якісно відрізняються на рівні мотивів особистості. Якщо в першому разі йдеться про первинно саморуйнівну мотивацію, то в другому — про мотивацію гедоністичну, яка, водночас, часто призводить до критичного погіршення якості життя і врешті — до фатального кінця. Такі контрастні поєднання мотивів і наслідків роблять зазначені форми розладу інстинкту самозбереження перспективними об'єктами для порівняльних досліджень. З другого боку, відомо що «сторожовим псом» інстинкту самозбереження є відчуття болю. Незважаючи на очевидність цієї тези, досліджень, присвячених систематичному вивченню ролі больової чутливості в механізмах реалізації аутодеструктивної поведінки, практично не було. Сказане вище визначило напрямок дослідження.

Були вивчені порушення больової чутливості та особливості суїцидальних тенденцій у 70 хворих з аутоагресивною поведінкою, що були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. У 40 хворих був діагностований стан відміни алкоголю, у 30 хворих — депресивні розлади різної нозологічної приналежності, без ознак залежності від ПАР. Сприйняття болю, наявність та характеристики больового синдрому в обстежуваних хворих вивчали за допомогою опитувальних діагностичних шкал та об'єктивного тестування за допомогою методу тензометричної алгометрії. В першій групі хворих несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка частіше спостерігалася в станах сп'яніння або неповного протверезіння. Вона часто поєднувалася з гетероагресивною поведінкою. Предикторами несуїцидальної самоушкоджувальної поведінки були компульсивний потяг до алкоголю, імпульсивність, дисфорічний фон настрою, когнітивний чинник у вигляді очікування полегшення психотравмуючої ситуації внаслідок вчинення самоушкодження. Перехід від суїцидальних думок до суїцидальної поведінки був коротший в стані сп'яніння або на початку стану відміни алкоголю. Ризик суїциду теж імовірнішим був в стані алкогольного сп'яніння. Чинниками, що сприяли суїцидальній поведінці, були імпульсивність,

дереалізація. На цей час можна зробити припущення, що біль — є стримуючим чинником для всіх варіантів аутоагресивної і гетероагресивної поведінки. Механізмами стримування аутоагресивної поведінки болем є не тільки страх перед больовими почуттями, але і вплив болю на дереалізацію та схильність до експлозивних реакцій. Несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка частіше спостерігалася на тлі збільшення порогів сприйняття болю. Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки виразності суїцидальної ідеації та показників больового сприйняття. Зворотні — з порогом відчуття болю ($r = -0,27$), прямі — з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,27$). Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки рівня депресії (за Гамільтон) з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,21$). Підвищення порогу непереносимості болю було загальною ознакою підвищеного ризику суїциду, незалежно від нозологічної належності хворого. Попередні результати дослідження дозволяють зробити припущення, що існують певні загальні механізми формування аутоагресивної поведінки. Порівняльне вивчення особливостей больової чутливості у психічно хворих, залежних і не залежних від ПАР, в комплексі з психопатологічним дослідженням надалі дозволить розробити методи прогнозування та попередження аутоагресивної поведінки.

УДК 616.895.4-009

Лінський І. В., Ткаченко Т. В., Кузьмінов В. Н., Малихіна Н. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Особливості больової чутливості у хворих з тяжким депресивним епізодом

Було обстежено 54 особи жіночої статі з тяжким депресивним епізодом (діагнози: F32.2, F33.2 відповідно до МКХ-10). З них група «А» (27 осіб) — хворі, що скоїли незавершені суїцидальні спроби за 2—10 діб до моменту обстеження, група «Б» (27 осіб) — хворі без ознак суїцидальної активності.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (тяжкість депресії оцінювали з використанням шкали Гамільтона), тензоалгометрія (Спосіб кількісної оцінки індивідуальних больових порогів (Невидимова Т. И, Бохан Н. А., Коконова Д. Н., патент RU 2342063).

Було встановлено, що середні значення рівня депресії за шкалою Гамільтона в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, були вищими (в 1,18 рази, при $p < 0,05$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності. При цьому пороги больової чутливості — мінімальне больове відчуття, яке суб'єкт в змозі розпізнати (нижній больовий поріг) і поріг переносимості болю (верхній больовий поріг) в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, також були вищими (в 1,40 рази та 1,19 рази відповідно, при $p < 0,0001$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності.

Було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, рівень депресії прямо корелює з величиною больового порогу ($r_{xy} = +0,60$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжується збільшенням нижнього больового порогу на 0,301 ум. од. На відміну від цього, в групі хворих без ознак суїцидальної активності кореляція рівня депресії з величиною больового порогу була зворотною ($r_{xy} = -0,62$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжувалось зменшенням нижнього больового порогу на 0,103 ум. од.

В результаті аналізу діапазонів розподілів пацієнтів різних груп порівняння за рівнями депресії за шкалою Гамільтон та порогів больової чутливості було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, немає осіб з рівнем депресії менше ніж 23 бали або більше ніж 31, в той час як в групі хворих без ознак суїцидальної активності спектр рівнів виразності депресії значно ширший — від 19 балів до 40 балів. Аналогічним чином, межею максимальних відмінностей груп «А» й «Б» за показниками нижнього больового порогу є величина 10 ум. од., за показниками верхнього больового порогу — величина 15 ум. од. і, нарешті, за показниками різниці між верхнім та нижнім больовими порогами — величина 5 ум. од.

Ідентифікація межових значень параметрів — ознак, про які йдеться, дозволили визначити кількість осіб — носіїв цих ознак, співвідношення частот наявності цих ознак в групах порівняння і, як наслідок — відповідні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ).

Найбільш інформативним маркером наявності суїцидальної активності у хворих з тяжким депресивним епізодом (F32.2, F33.2) є нижній поріг больової чутливості понад 10 ум. од. (ДК = –9,21; МІ = 3,75); за яким в порядку зменшення інформативності слідують: рівень депресії: 25—33 бали (ДК = –7,96; МІ = 3,10); верхній поріг больової чутливості понад 15 ум. од. (ДК = –6,43; МІ = 2,03); а також різниця між верхнім та нижнім больовими порогами 5 ум. од. і менше (ДК = –3,98; МІ = 1,11).

Отже, отримані дані свідчать про те, що неускладнена суїцидальною активністю депресія супроводжується зменшенням больових порогів, а ускладнена — їхнім підвищенням. Вивчення співвідношення тяжкості депресивних розладів та особливостей порогів больової чутливості у хворих з суїцидальними тенденціями дозволить розробити методи прогнозування суїцидів у психічно хворих.

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

Мамчур А. И.*, Гуща С. И.**
**ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»;*
***КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» (г. Днепр)*

Комплексный подход в лечении соматоформных расстройств

Распространенность соматоформных нарушений у больных с психическими и поведенческими расстройствами диктует необходимость разработки адекватных и внятных алгоритмов терапии и комплексного подхода. Главная особенность в реализации тактики лечения заключается в использовании методов психофармакологии и психотерапии, исключении (при отсутствии показаний) нейротропных, соматотропных и метаболических лекарственных средств.

С целью разработки комплексного подхода к диагностике соматоформных нарушений у больных, изучения патогенетических механизмов соматизации и комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для психически больных с соматоформными нарушениями нами было обследовано и пролечено 57 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 23 до 59 лет с диагнозом соматоформное расстройство (F45) согласно критериям МКБ-10, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных проводили не менее 2 лет от начала манифестного этапа соматизации.

Клинические проявления при соматоформных расстройствах условно были распределены на три уровня: чувственный (эмоциональный); когнитивный и поведенческий.