

психофармакотерапію за загальноприйнятою схемою з використанням переважно атипичних антипсихотиків, а також медикаментозний та немедикаментозний вплив, спрямований на корекцію неврологічних порушень. Визначення індивідуальної у для кожного пацієнта мінливості у відповідь на терапію, індивідуальних схильності / уразливості до побічних ефектів та протипоказань до препаратів дозволяє підвищити прихильність до лікування, чим запобігає рецидиву захворювання. Паралельна курація таких пацієнтів неврологом допомагає досягненню кращих результатів лікування. Застосування когнітивно-поведінкової терапії, тренінгу соціальних навичок, сімейної психоосвіти сприяє розвитку втрачених навичок та активації компенсаторних механізмів.

Отже, при лікуванні хворих на шизофренію із супутньою неврологічною патологією важливим є співробітництво психіатра з лікарями інших спеціальностей, психологами, що дозволить підвищити ефективність лікування загострення основного захворювання, запобігти розвитку неврологічних побічних ефектів та поліпшити соціальне функціонування таких пацієнтів.

УДК 614.253.112

*Підлубний В. Л.*

*Запорізький державний медичний університет  
(м. Запоріжжя)*

### **Біопсихосоціальна концепція в оціненні психічного здоров'я працівників промисловості**

Серед актуальних проблем розвитку сучасної медичної науки однією з найважливіших є розроблення науково-методичних, організаційних і клінічних підходів до ранньої діагностики неспсихотичних психічних розладів, дослідження закономірностей їх розвитку та особливостей клінічних проявів, дооцінення впливу різних чинників на психічне здоров'я людини. На формування психічного здоров'я сукупно впливає складний синергетичний комплекс екопатогенних, макро- і мікросоціальних чинників, факторів біологічного і психологічного характеру. Умови сучасного суспільства загалом і інтенсифікація процесу зокрема висувають високі вимоги до компенсаторно-адаптаційних можливостей індивіда.

З огляду на безумовну актуальність питання, нами проведено клініко-епідеміологічне дослідження працівників промислових підприємств м. Запоріжжя, у віці від 18 до 60 років (656 чоловіків і 326 жінки, середній —  $34,30 \pm 4,81$  роки). Метою дослідження було встановити частоту, структуру й основні етапи формування неспсихотичних психічних розладів, зокрема і донозологічного рівня.

Результати проведеного дослідження показали, що психічні стани, детерміновані різними несприятливими об'єктивними макро- і мікросоціальними умовами середовища, призводять до суб'єктивного дистресу. Глибина і тяжкість психічних порушень залежить від якості, тривалості та інтенсивності впливу несприятливих факторів. Дослідження підтвердило сучасне положення про те, що відмінності психічних станів спираються на основоположні загальні показники: тимчасові, просторові, структурні і функціональні. У такій системі параметрів дискретно перебігають психічні стани, можуть проявлятися короткочасно, довготривало або включатися в процес розвитку. Доказом правомірності цього судження є результати багатфакторного клініко-динамічного аналізу, який дозволив нам, за допомогою статистичного методу, поділити психічні стани, щодо тимчасового показника, на етап реакції, етап

стану і власне етап розвитку неспсихотичних психічних розладів, що вписується в сучасну синергетичну методологію.

Дані інтегративної оцінки психосоціальної адаптації працівників промислових підприємств (ППП) і соціально-гігієнічні характеристики виробничого та сімейного середовища були піддані багатовимірному статистичному аналізу, в результаті якого виокремлені несприятливі ознаки формування психічних порушень, що стали основою для створення полівекторної моделі формування психічних розладів.

У розвиток психопатології вносять вклад онтогенетичні і соціально-психологічні сукупності ознак, які визначають клініко-психопатологічні особливості. Компонентами, що вносять вклад в генез психічних розладів у ППП, є біологічний, виробничий, соціально-психологічний.

Розроблена нами модель інтегративної оцінки психосоціальної адаптації ППП дозволяє враховувати ступінь інтеграції їх з соціальним середовищем в функціональних і соціально-психологічних контекстах, розширити концепцію функціонального діагнозу та оптимізувати алгоритми її застосування під час проведенні психокорекційної допомоги.

УДК 616.89-008.454-036-085.331:579.8:616.12-008.331.1-02

*Поліщук О. Ю., Пастернак Н. І., Юрченко О. С.*

*ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)*

### **Використання біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією**

Нині досить часто спостерігається коморбідність неспсихотичних психічних розладів та найпоширеніших соматичних захворювань або перебіг неспсихотичних психічних розладів реалізується «під маскою» соматичних захворювань. Епідеміологічні дані останніх десятиліть свідчать про високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення, за даними різних авторів, поширеність тривожно-депресивних розладів у хворих на серцево-судинні захворювання варіює від 18 до 60 %.

Депресивні розлади при артеріальній гіпертензії (АГ) мають такі особливості: депресивна симптоматика характеризується поліморфізмом, відсутня чітка кореляція між важкістю органічного ураження мозку та ступенем клінічних проявів депресії, часто спостерігається поєднання депресивної та тривожної симптоматики, порушення сну, велика кількість соматовегетативних скарг, наявні виражені когнітивні порушення.

Метою дослідження було визначення можливості та ефективності застосування біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із артеріальною гіпертензією. Обстежено 65 хворих з тривожними та депресивними розладами та артеріальною гіпертензією, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері.

Дослідження фізіологічних параметрів організму, вивчення біологічного зворотного зв'язку та сеанси біофідбек-терапії (5—8 сеансів) проводили за допомогою мультимедійної системи Biofeedback 2000x-pert з вивченням показників депресії, тривожності та якості життя з використанням опитувальників: шкала PHQ-9, шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера — Ханіна, опитувальник якості життя SF-36 на початку та наприкінці терапії. Статистичне оброблення отриманих даних проводили з використанням критерію Уїлкоксона — Манна — Уїтні.

Результатами дослідження рівня тривоги за шкалою PHQ-9 встановлено, що спостерігалось достовірне зни-

ження рівня депресії після проведеної біофідбек-терапії, абсолютне значення зменшилось з  $9,13 \pm 0,91$  до  $2,88 \pm 0,40$ , ( $p < 0,05$ ). Рівень ситуативної тривожності після проведення біофідбек-терапії становив  $36,13 \pm 2,09$  порівняно з значенням на початку терапії  $46,13 \pm 2,22$ . Показники особистісної тривоги також дещо знизились:  $49,13 \pm 1,76$  та  $42,5 \pm 2,02$  відповідно. За результатами опитувальника SF-36 спостерігалось підвищення рівня всіх показників якості життя після проведення біофідбек-терапії порівняно із вихідними показниками перед початком терапії. Зокрема, рівень фізичного функціонування на початку біофідбек-терапії становив  $67,62 \pm 8,73$ , а після сеансів релаксації підвищився до  $79,13 \pm 7,53$ . Показник рольового функціонування також після терапії суттєво збільшився — із  $25,63 \pm 14,19$  до  $56,25 \pm 13,98$ . Біофідбек-терапія також мала суттєвий вплив на суб'єктивне сприйняття болю — так, показник інтенсивності болю до релаксаційного тренування та після сеансів був  $46,88 \pm 6,16$  та  $61,88 \pm 7,23$  відповідно, що ймовірно свідчило про зменшення інтенсивності больового синдрому. Абсолютні значення соціального функціонування на початку біофідбек-терапії та після сеансів релаксації становили  $64,38 \pm 5,99$  та  $83,81 \pm 6,56$  відповідно. Значення показника емоційного функціонування було достатньо низьким на початку біофідбек-терапії ( $23,96 \pm 5,32$ ), але після терапії спостерігалось його збільшення майже вдвічі ( $45,21 \pm 12,08$ ). Достовірним було підвищення показника психічного здоров'я після сеансів біофідбек-терапії порівняно із початковим  $49,5 \pm 4,07$  та  $69,5 \pm 5,65$  відповідно ( $p < 0,05$ ).

Отже, проведення сеансів біофідбек-терапії приводить до зниження показників тривоги та депресії та поліпшення усіх складових якості життя пацієнта, як фізичної так і психічної.

УДК 616.45-001.1/.3-07«364»

**Пономарёва А. В.\***, **Панченко О. А.\*\***  
 \*ГУ «Научно-практический медицинский  
 реабилитационно-диагностический центр  
 МЗ Украины» (г. Константиновка);  
 \*\*Всеукраинская профессиональная  
 психиатрическая лига (г. Киев)

### Психодиагностика постстрессовых расстройств

Эффективным способом изучения личности является суммирование независимых результатов, которые можно получить, изучая индивида при использовании разнообразных конструированных методов. Очень важно подобрать необходимый психодиагностический материал для полного раскрытия и выявления всех показателей. Одним из этапов выявления постстрессовых расстройств личности будет применение специфических психологических средств, которые разработаны для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности. Это необходимо для точной диагностики постстрессового расстройства, предоставления необходимой комплексной помощи и дальнейшей реабилитации человека.

Вначале информацию необходимо собрать с помощью биографического метода, тем самым настроить испытуемого на сотрудничество. В ходе изучения истории развития личности, ее характерологических особенностей можно определить интеллектуальные, моральные, эмоционально-волевые особенности.

Важное значение психодиагностика приобретает при исследовании смежных постстрессовых расстройств личности.

Личностные опросники основываются на самоанализе испытуемым каких-либо собственных значимых качеств.

Различают одномерные и многомерные личностные опросники. Одномерные опросники применяют для изучения одной какой-либо грани личности. Например:

— методики изучения реактивной и личностной тревожности;

— изучение разнообразных аспектов уровня субъективного контроля;

— изучение тревожности и т. п.

Многомерные опросники разработаны для исследования и выявления обширного спектра личностных особенностей человека, например:

— изучение характерологических форм акцентуаций и психопатий;

— изучение личностных свойств и степени адаптированности обследуемого;

— выявление невротических состояний и т. п.

Для полного объективного изучения личности также используют проективные методики, с помощью которых проводят раскрытие неосознанных конфликтов личности и ее скрытых мотивов переживаний. Допускают, что в ответ на поданные проективные стимулы испытуемые реагируют проявлением неосознанных эмоций.

Разработанный психодиагностический комплекс позволяет своевременно диагностировать свойства личности, а также отслеживать их динамику в процессе проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

УДК 616.8-085.851:176

**Пономарёва В. В.**

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины (г. Харьков)

### Мишени когнитивной терапии компульсивного расстройства сексуального поведения

Рабочая группа ВОЗ по МКБ-11, ответственная за классификацию обсессивно-компульсивных расстройств и родственных состояний, объявила о своих планах включить «компульсивное расстройство сексуального поведения» в раздел F63 новой редакции МКБ (J. E. Grant, M. Atmaca, N. A. Fineberg, 2014). Планируется, что такой шаг будет способствовать преодолению терминологической неопределенности в (настоящее время как субститутивные используют термины «сексоголизм», «сексуальная аддикция», «усиленное половое влечение», «чрезмерное» сексуальное поведение и пр. (цит. по: М. В. Маркова, 2013) и улучшит понимание патологического феномена нарушения контроля над побуждениями в сексуальной сфере человека.

В настоящее время исследовании предпринята попытка выделить терапевтические мишени при компульсивном расстройстве сексуального поведения (а также предложить возможные способы воздействия на них), на основании методов поведенческой диагностики, а именно — функционального анализа поведения по Ф. Н. Канфер, Г. Саслоу. Указанный вид поведенческой диагностики основан на понимании основной мишени терапии — реактивного поведения *R* (зависимой переменной) как функции независимых переменных (*S*, *O*, *K*, *C*), и личностных установок *E*, изучаемых в процессе диагностического этапа терапии. В случае компульсивного расстройства сексуального поведения в качестве *R* выступает феномен «сексуального транса» и его эмоциональные, когнитивные и моторные составляющие. Соответственно, индивидуальные условия возникновения сексуального транса (подразумевающего переживание гратуальных — особо приятных сладострастных переживаний) — подлежат внимательному изучению и являются вторичными,