

Кровообіг правої гемісфери зменшено на 38 % (помірна гіповолемія). В басейнах хребетних артерій виявлено помірну (38 %) гіповолемію зліва, легку (31 %) гіповолемію справа.

На ЕЕГ виявлено асиметрію альфа-ритму 20 % по амплітуді та частоті між обома гемісферами. Альфа-ритм домінував у центральному відведенні зліва і в передньолобному – справа. Над обома гемісферами домінував низькочастотний бета-ритм амплітудою до 27 мкВ зліва, до 13 мкВ справа, відповідно високочастотний – з амплітудою до 20 і 16 мкВ. Над обома гемісферами реєструвалися повільні хвилі дельта-діапазону в усіх відведеннях зліва і тільки в передньолобних справа. Над правою гемісферою реєструвалися повільні хвилі тета-діапазону в передньолобному відведенні (так званий пубертатний регрес біопотенціалів головного мозку) [2]. Функціональні проби виявили депресію амплітуди альфа-

фа-ритму на 25 %, високо- та низькочастотного бета-ритмів, відповідно, на 33 і 32 %, дельта і тета- ритму, відповідно, на 34 і 1 %.

**Висновки** 1. Асиметрія кровообігу в басейнах внутрішніх сонних та хребетних артерій збігалася з асиметрією ураження кісток скелета.

2. Морфофункціональна незрілість нервової системи в пубертатному віці призводить до виникнення вегетативних дисфункцій, в тому числі і сполучної тканини, що клінічно проявляється остеохондропатичним синдромом.

Література.

1. Кризь-Пугач А.П., Кулаженко Є.В., Куценко Я.Б. Сучасна концепція комплексного лікування хвороби Пертеса у дітей // 36. наук. праць. Соціальна педіатрія. Розділ „Медико-соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я”. - К.: Інтермед. – 2003. – с. 316 – 319.

2. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография. - М.: МЕДпрессинформ. – 2001. – 368 – С.

Венгер О. П.

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВАГІТНИХ ЖІНОК** - На основі вивчення клініко-психопатологічної структури тривожно-фобічних розладів у 27 вагітних жінок проаналізовані їхні особливості. Встановлено, що структура психопатологічної симптоматики у жінок, хворих на тривожно-фобічні розлади, характеризується наявністю провідних фобій та тривоги, які проявляються на фоні астенії. Виявлено особливості домінування мікро- та макросоціальних факторів в умовах сучасності. Вивчені специфічні сімейні стосунки, характерні для досліджуваних з невротичними розладами. Вказані особливості доцільно враховувати при проведенні діагностики та терапії тривожно-фобічних розладів.

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН** – На основании изучения клинико-психопатологической структуры тревожно-фобических расстройств у 27 беременных женщин проанализированы их особенности. Установлено, что структура психопатологической симптоматики у женщин с тревожно-фобическими расстройствами характеризуется наличием ведущих фобий и тревоги, которые проявляются на фоне астении. Выявлено особенности доминирования микро- и макросоциальных факторов в условиях современности. Изучены специфические семейные отношения, характерные для обследованных с невротическими расстройствами. Указанные особенности следует учитывать при проведении диагностики и терапии тревожно-фобических расстройств.

**CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF ANXIETY-PHOBIC DISORDERS IN WOMEN** – On the base of investigation of a clinical-psycho pathological structure of anxiety-phobic disorders in 27 female patients its peculiarities in the patients' were analyzed. It was found out that the structure of psychopathological symptoms in female patients with anxiety-phobic disorders was characterized by leading phobia and anxiety manifested on asthenic tack ground. Cleared up specification of modern micro- and macrosocial factors. Investigated specific family relations for anxiety-phobic type of neurotic disorders. The peculiarities mentioned above are expedient to take into account in diagnosis and treatment of anxiety-phobic disorders.

**Ключові слова:** тривожно-фобічні розлади, психопатологічні особливості, мікро- та макросоціальні фактори.

**Ключевые слова:** тревожно-фобические расстройства, психопатологические особенности, микро- и макросоциальные факторы.

**Key words:** anxiety-phobic disorders, psychopathological peculiarities, micro- and macrosocial factors.

**ВСТУП** Зміцнення психічного здоров'я населення є однією з важливих проблем цивілізованого суспільства. Одним з кризових періодів життя жінки є період вагітності. Біологічні та психологічні особливості періоду вагітності, підвищені вимоги до адаптаційних можливостей особистості

зумовлюють досить тривалий стан психоемоційного напруження і часто є передумовою виникнення субклінічних форм граничних (невротичних, психосоматичних) розладів особистості. Тому одним із завдань нашого дослідження було вивчення особливостей тривожно-фобічних розладів у вагітних.

Протягом життя 10–20 % населення переносять один або більше панічних нападів. Хворі становлять 0,6 % населення, хоча американські автори наводять вищі цифри (2,7 %). Епізодична пароксизмальна тривога в 70 % випадків поєднується з депресією, відповідно збільшується ризик суїцидальної поведінки.

Протягом останніх років міжнародна погоджувальна група (International Condensus Group) з покращення розпізнавання і лікування розладів тривожного та депресивного спектра активно займається розробкою алгоритму діагностики цих розладів в загальній медичній практиці [2].

Уявлення про тривожність до сьогодні ще недостатньо визначені [3]. Значний вклад у дослідження проблеми тривожних станів вніс З.Фрейд. Він виділив “переляк” і “тривогу”. Різниця між термінами в тому, що у першому випадку суб'єкт не готовий до небезпеки, тоді як в стані тривоги є щось таке, що захищає від переляку, “страх як початкова відповідь на ситуацію травматичної безпорадності знову виникає в небезпечній ситуації у вигляді сигналу тривоги” [4].

Проблеми удосконалення діагностики та терапії даної патології тісно пов'язані з необхідністю вивчення як загальних факторів патоморфозу (соціально-економічних, психологічних, екологічних), так і індивідуальних (вікових, статевих) [4,5].

Зокрема встановлено, що організм жінок найбільшою мірою наражається на вплив сучасних психогенних факторів [1, 3]. Однак результати цього впливу, які б визначали специфічність невротичних розладів у вагітних жінок, залишаються до сьогодні не вивченими, зокрема, це стосується тривожно-фобічних розладів.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ** Метою нашої роботи було вивчення клініко-психопатологічної структури тривожно-фобічних розладів у вагітних жінок.

Нами досліджено 27 вагітних жінок, у яких визначався тривожно-фобічний розлад, віком від 18 до 36 років. При

дослідженнях ми використовували клініко-психопатологічний метод (аналіз скарг, анамнез життя та хвороби, провідних симптомів та синдромів). Особливу увагу приділяли аналізу психотравмуючої ситуації мікро- та макросоціальної направленості. Психодіагностичне дослідження включало колірний тест Люшера, тест визначення рівня психопатизації та невротизації.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** При вивченні мікро- та макросоціальних чинників травматизації виявлено, що у розвитку тривожно-фобічних розладів етіологічне значення мають соціально-економічні фактори, сімейні стосунки та наявність особистих захворювань і хвороби близьких.

При вивченні тривожно-фобічних розладів у вагітних виявлено наступні провідні синдроми: тривожний (23,7 %), фобічний (36,8 %), тривожно-депресивний (21,1 %) та тривожно-фобічний (18,4 %).

Аналіз преморбідних особливостей особистості залежно від провідного синдрому показав, що переважали тривожний (47 %), емотивний (22 %), дистимічний (10 %), педантичний (8 %). На формування тривожно-фобічних розладів з макросоціальних чинників найбільше впливали засоби масової інформації з емоційно-негативною інформацією (31,5 %), безробіття (власне та членів сім'ї) 22,7 %. Серед мікросоціальних чинників переважали особистісні захворювання (44,7 %). Великого значення набув такий психотравмуючий фактор, як переживання вегетативних порушень (21 %).

За допомогою тесту Люшера, виявлено, що у вагітних жінок переважав страх (смерті, болю, страх народити хвору дитину, страх зійти з розуму), розбалансованість вегетативної системи, перевтома, зниження працездатності, пасивність, напруженість, зниження загального психоенергетичного рівня.

За нашими даними, у пацієнтів з тривожно-фобічними розладами шкала тривожності показала, що помірна реактивна тривожність була характерна для 33,1 %, а висока – для 51,6 % пацієнтів. Що ж стосується особистісної тривожності, то у 28,5 % осіб вона була на рівні помірної, а у 46,7 % пацієнтів спостерігалася висока. За даними тесту можна зробити висновок про постійну властивість цих жінок бачити загрозу своєму благополуччю в різноманітних ситуаціях.

Особливості сімейних стосунків у жінок з тривожно-фобічними розладами характеризувалися напруженістю, тривожністю, частим нерозумінням, хоча викликали співчуття та спроби допомогти. Характер взаємостосунків розвивався за наявності внутрішньої прив'язаності один до од-

ного, хоча пацієнт мав емоційну дистанцію між рідними, часто через зниження адаптативних можливостей, коли у пацієнта виникала необхідність захищати себе від особистісної травматизації.

В сучасній системі надання медичної допомоги переважаючу роль у системі лікувальних заходів відносно цих хворих займає психотерапія. Психотерапії повинна бути відведена провідна роль у лікуванні, оскільки, використовуючи великий арсенал своїх методів впливу, саме психотерапевт виявить етіологічні моменти у формуванні та оптимальні шляхи вирішення проблеми. До того ж не завжди показані, а часто протипоказані психотропні засоби для вагітних. Використання психотерапії повинно бути системним та етапним. Спочатку встановлення терапевтичного контакту, далі основна, етіопатогенетично направлена психотерапія, наступним етапом може бути сімейна психотерапія.

**ВИСНОВКИ** Особливостями тривожно-фобічних розладів у вагітних є поєднаність психотравмуючих факторів, дія нових чинників, поява взаємоіндукуючих психотравм. Генез тривожно-фобічних розладів обумовлений дією макросоціальних факторів у 46 % та мікросоціальних чинників (54 %). Сімейні стосунки характеризувались напруженістю, тривожністю, хоча спостерігалось співчуття у родині та спроби допомогти. У жінок спостерігалась висока особистісна та підвищена реактивна тривожність, що свідчить про постійну їх здатність бачити загрозу своєму благополуччю в різноманітних ситуаціях. Психотерапії повинна бути відведена провідна роль у лікуванні.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Марута Н.А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. – Харьков, 1997. – Т.3. – № 3. – С. 16–20.
2. Кузьменко В.З. Особенности психосексуального развития у женщин с истерической психопатией // Український вісник психоневрології. – 1996. – Т. 4, вип. 5. – С. 231–232.
3. Мангуби В.А. Депрессии у женщин, особенности течения и терапии (Обзор литературы) // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т. 9, вип. 2. – С. 116–119.
4. Кутателадзе З.Ю. Особенности адаптивных механизмов при фобическом синдроме невротического генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1985. – 23 с.
5. Токсанбаева М. Женщины в составе экономически активного населения. В кн. Женщины в реформируемой экономике. – М., 1995. – С. 30–40.
6. Grosby F. Jaskar K. Women and men at home and at work: Realities and illusion // Gender issues in contemporary society. Glaremont Symp. on applied Soc. Psychol. CA: Sage Publ. Inc. Newbury Park. – 1993. – V.G. – P. 143–171.
7. Derogatis L.R. The SCL-90-R // Clinical Psychometric Research / – Baltimore, 1975. – P. 1–134.