

На підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей невротичних розладів з тривожним симптомокомплексом розроблений алгоритм психотерапії, яка має проводитися в 3 етапи: седативно-підтримуючий (3—4 заняття), лікувально-стабілізуючий (8—10 занять), адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття). Психотерапевтичний підхід має бути комплексним та включати когнітивно-поведінкову психотерапію за А. Беком (методики: аналіз переживань, віддалення, декатастрофікація, використання уяви, цілеспрямоване повторення, переоцінка цінностей, планування дій на майбутнє), тілесно-орієнтовану психотерапію (метод м'язової релаксації за М. Є. Сандомирським, метод самоконтролю за Ф. М. Александером, вправа «Тілесний діалог з підсвідомістю» в модифікації «Договір з підсвідомістю» за Д. Гріндером і Р. Бендлером) та особистісно-орієнтовану психотерапію за Б. Д. Карвасарським. З метою підвищення ступеня визначення негативних моделей мислення та ірраціональних переконань, які живлять тривогу, зміни їх на більш реалістичні та адаптивні, вироблення більш активної життєвої позиції замість обмежувальної поведінки провідною виокремлена когнітивно-поведінкова психотерапія, що доповнювали техніками тілесно-орієнтованого підходу.

Розроблений комплекс психотерапевтичного втручання показав високу ефективність: у 62,92 % хворих основної групи відзначалося одужання та значне покращання з суттєвою психологічною перебудовою та зменшенням клінічних симптомів. У 33,71 % хворих було відмічено покращання стану. І лише у 3,37 % хворих стан майже не змінився.

Таким чином, застосування комплексної терапії тривожної симптоматики у хворих на невротичні розлади, спрямованої на редукцію тривоги та корекції неадекватних форм поведінки (унікнення), трансформацію патологічних поведінкових паттернів, навчання основам релаксації, дозволить оптимізувати лікування та попередити формування соціальної дезадаптації у цієї категорії хворих.

УДК 616.45:616.89-612.821

А. А. Педак, А. А. Педак

Николаевская областная психиатрическая больница № 2, с. Сапетня, Николаевская обл.

Влияние метода нейросенсорной депривации на клинико-психофизиологические показатели при стрессовых расстройствах

Последствия «чрезвычайных ситуаций» (ЧС) — военно-политических конфликтов, катастроф, их медико-социальные и психологические последствия требуют применения и внедрения интенсивных медицинских технологий с целью оказания экстренной психолого-психиатрической помощи пострадавшим. К наиболее частым и тяжёлым патопсихологическими последствиями ЧС относятся — «острое стрессовое расстройство» (ОСР) и «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). В качестве интенсивного метода «психофизиологического дебрифинга» применялась техника десенсибилизации и коррекции переработки сенсорной информации методом нейросенсорной депривации межполушарных отношений — НДМО (Педак А. А., Педак А. А., 2014). Теоретической базой разработки

метода послужили современные представления о роли и характере межполушарных отношений головного мозга в обеспечении целенаправленной психической деятельности, в которой задействованы как визуальная, так и слуховая сенсорные составляющие (Педак А. А., 2005). В основу метода легли подходы техники десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок (ENDR), разработанной F. Shapiro (1989).

Цель исследования — изучение динамики клинико-психопатологических проявлений ОСР и ПТСР, психофизиологических показателей асимметрии конвергенции латеральных движений глаз (ЛДГ) и кожно-гальванической реакции (КГР) в процессе проведения НДМО.

Метод НДМО применяли в стационарных условиях, в отношении 20 пациентов-мужчин, с диагнозом ОСР — 4, ПТСР — 16 пациентов, 11 из которых являлись участниками антитеррористической операции (АТО). Средний возраст пациентов — 29,8 лет, все — с «праволатеральным» межполушарным профилем сенсомоторной асимметрии головного мозга. Оценка уровня тревоги и депрессии — в соответствии с критериями шкалы HADS. Общее психическое состояние оценивали в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (Соопег J. E., 1998). В качестве технического инструмента для психосенсорного воздействия применено звуковое устройство, базирующееся на базе механического метронома. Видеостимуляцию осуществляли путём подбора частотно индивидуально регулируемых, право-, леволатерализованных движений глаз вслед за движением точки фиксации — с учетом показателей доминирующей психофизиологической активности КГР пациентов. Психофизиологический уровень «стрессогенной» активности осуществлялся методом оценки латеральных межполушарных характеристик выраженности КГР и показателя «доминирующего» в процессе конвергенции глаза (Педак А. А., 2004). Оценку результатов исследования осуществляли ежедневно — до и после каждого сеанса НДМО.

В процессе реализации метода, как результат психофизиологической наведенной латерализованной активности зрительного и слухового анализаторов — отмечалось снижение общей выраженности клинических проявлений тревоги в среднем на $8,7 \pm 0,5$ балла, а депрессии — на $4,5 \pm 0,3$ балла соответственно. Указанная динамика уровня клинических проявлений, характеризующих общую активность выраженности показателя асимметрии конвергенции, сопровождалась также динамической — «латерализацией» показателей асимметрии КГР и ЛДГ — от «праволатеральной» активности — к «левополушарной», с формированием устойчивых показателей — «контралатеральной» активности на 15—20 день терапии.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что психосенсорная стимуляция методом НДМО у пациентов с ОСР и ПТСР вызывает редукцию психопатологических проявлений, сопровождающуюся как клиническими, так и психофизиологическими динамическими изменениями показателей уровня ЛДГ/КГР в виде межполушарной психофизиологической ответной реакции на терапевтическое воздействие («раздражители», «стимулы»), в виде «наведенной» контрлатерально доминирующей психосенсорной

активності. Деприваційний механізм НДМО — як біопсихологічний феномен — може бути порівняним з психофізичними процесами формування гіпнотических состояний, позволяючих определенним образом дезорганізувати устойчивую патологіческую детермінанту в виде сформированного патологіческого симптомокомплекса (Крыжановский Г. Н., 2002). По принципу действия метод НДМО может быть отнесен к перечню способов зонально-латеральной стимуляции отделов головного мозга — «латеральной терапии» (Чуприков А. П., Линёв А. Н. Марценковский И. А., Педак А. А., 1994).

УДК 616.895-06-001.1/3-07

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник,
С. О. Український, О. С. Серікова**
ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України, м. Харків

Клінічні особливості біполярного афективного розладу, коморбідного з посттравматичним стресовим розладом

В останній рік на Україні, у зв'язку з подіями на Сході, питання впливу психогенних чинників на перебіг ендogenous захворювання набувають все більшої значущості. В той же час існують данні про тривале співіснування реактивних та ендogenous проявів психічного розладу (Тухватуліна Л. Ш., 2004; Фастцов С. А., 2012).

Гострі психотичні розлади з наявністю клінічно неоднорідних, атипичних афективних порушень, що розвиваються безпосередньо після зіткнення з психотравмуючими ситуаціями, становлять в даний час серйозну діагностичну і терапевтичну проблему.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу біполярного афективного розладу (БАР), коморбідного з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Нами було амбулаторно обстежено 19 хворих на БАР (F31), які раніше перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» та зазнали впливу екстремальних подій, а саме були свідками бойових дій в Луганській та Донецькій областях. Внаслідок останніх у них виникли психопатологічні порушення, що відповідають ПТСР (F 43.1). Серед пацієнтів було 11 жінок та 7 чоловіків (співвідношення 1,57:1), віком від 24 до 52 років.

У 12 пацієнтів (63,16 % обстежених) вплив екстремального стресового фактору припадав на початок депресивної фази або, взагалі, провокував її. Клінічна картина ендорективної депресії складалася з постреактивних проявів та ознак ендogenous депресії з вітальною тугою, ідей самозвинувачення, порушень сну та апетиту. У порівнянні з попередніми загостреннями, вона суб'єктивно сприймалася як більш важка та мала більшу інтенсивність та тривалість.

Змішані фази спостерігалися у 7 випадках (36,84 % спостережень). І якщо прояви ПТСР були аналогічними до депресивної фази, то в ендogenous компоненті у переважній кількості пацієнтів превалювали манії з дисфорією, коли поряд з класичною маніакальною тріадою були присутні симптоми похмуро-злобної гнівливості, невдоволеності оточенням з параноїдними включеннями.

Жодний пацієнт з поточним маніакальним епізодом БАР не звернувся до нашої клініки.

Ремісія після будь-якої фази була неповною — зберігалися деякі симптоми ПТСР, а саме, мимовільні спогади про перенесену психотравму, повторні нічні сновидіння травматичного змісту. Також були присутні ангедонія, зниження реакції на оточення, соціальна відчуженість, емоційне відсторонення. Далі на тлі персистуючих психогенних проявів ПТСР формувалися повторні біполярні фази. Екзацербация афективної симптоматики не супроводжувалася посиленням проявів ПТСР. В подальшому розширення ендogenous симптоматики за рахунок додаткових симптомів не спостерігалось, структура фаз залишалася практично незмінною. У 8 пацієнтів (42,11 % обстежених), для яких у минулому були характерні часті маніакальні фази, відмічалася зміна стереотипу перебігу БАР — зникнення маніакальних епізодів та формування змішаних або депресивних.

Таким чином, у всіх випадках, які були нами вивчені, мова йшла про незалежне існування БАР та ПТСР, що впливали один на одного тільки на первинних етапах ендорективного психозу та в ремісії, але не утворювали спільної симптоматики. Взаємний вплив психогенних та афективних розладів можна було побачити в зміні стереотипу перебігу БАР за рахунок редукції маніакальних фаз.

УДК 616.895.8:615.86:616.89-008.19-07

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, С. О. Український,
О. В. Скринник, О. С. Серікова**
ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України, м. Харків

Клініко-динамічна характеристика психозів шизофренічного спектра в умовах психоемоційного стресу

Багато досліджень вказують на високу коморбідність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та психозів спектра шизофренії (S.G. Resnick et al., 2003; K. Muenzenmaier et al.; 2005; L. A. Opler et al., 2006). Ситуація, що склалася на сході України, зробила актуальним питання коморбідності ПТСР та ендogenous психічних розладів, бо велика кількість психіатричних пацієнтів стали свідками або учасниками трагічних подій у цьому регіоні, та зазнали впливу важкого стресу. У деяких дослідженнях психогенним симптомам відводиться, в першу чергу, роль чинника, що провокує маніфестацію або загострення ендogenous захворювання (Г. А. Фастцов, 2012). Інші дослідження присвячені вивченню співіснування та видозмін реактивних та ендogenous проявів психічного розладу (F. J. Sautter et al., 1999; N. Breslau, 2001; Л. Ш. Тухватуліна, 2004).

Метою нашого дослідження було вивчення психопатологічної структури коморбідних станів ПТСР і шизофренії та шизоафективного розладу (ШАР) в динаміці. В амбулаторних умовах нами було обстежено 25 хворих на параноїдну шизофренію (F20.0) і ШАР (F25), які зверталися до клініки ДУ ІНПН НАМН України, та у яких внаслідок впливу стресорних чинників під час бойових дій в Луганській та Донецькій областях виникли психопатологічні порушення, що відповідають критеріям ПТСР (F 43.1). Серед пацієнтів було 14 жінок та 11 чоловіків (співвідношення 1,2:1), віком від 25 до 48 років.