

матеріально постраждалих (22,0 %). Емоціональне состояние вважають хорошим лише 4,9 % испытуємих в 3-й групі, 10,2 % — во 2-й і 31,0 % в 1-й групі. Неудовлетворительним емоціональне состояние вважають в найбільшій ступені опитані з 3-ї групи (26,8 %), тоді як в 1-й групі цей відсоток менше — 9,5 % опитані. Фізическе состояние вважають хорошим лише 40,5 % испытуємих в 1-й групі, во 2-й групі всього лише 16,1 %, тоді як в 3-й групі ніхто не назвав своє фізическе состояние хорошим. Отримані результати згодні з даними, отриманими в рамках досліджень інших локальних військових конфліктів.

Отдельные признаки ПТСР присутствуют в наибольшей степени в 3-й группе (53,7 %), в 1-й и во 2-й они менее выражены (38,1 % и 36,4 %). Наличие ПТСР диагностировано у 4,8 % опитані з 1-ї групи, у 4,9 % — 3-ї групи і у 8,5 % человек из 2-ї групи. Статистически значимых различий между данными обследуемых групп по показателю ПТСР не выявлено ($p < 0,05$). Статистически значимых различий в распределении ПТСР в зависимости от пола испытуемых, а также в группах работающих — безработных не выявлено. Выявлены значимые различия ($p < 0,05$) по выраженности ПТСР в группах опитані з высшим и средним образованием, где показатели по шкале ПТСР достоверно выше у обследованных со средним образованием.

Процент свидетелей боевых действий высок во всех возрастных группах. Неудовлетворительным емоціональне состояние вважають в найбільшій ступені опитані з 3-ї групи (26,8 %). Фізическе состояние вважають хорошим лише 40,5 % испытуємих в возрастной группе 18—30 лет, в группе 31—54 года — 16,1 %. Выявлены значимые различия ($p < 0,05$) по выраженности ПТСР в группах опитані з высшим и средним образованием, где показатели по шкале ПТСР достоверно выше у опитані з со средним образованием.

УДК 616.85-039:615.851

Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, В. Ю. Федченко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Комплексна психотерапія невротичних розладів з симптомами тривоги

Тривала патологічна тривога істотно порушує якість життя людини, трудову та професійну діяльність, призводить до соціальної дезадаптації, а часом — до інвалідизації цієї категорії хворих (Чабан О. С., 2012; Михайлов Б. В., 2012). Особливості динаміки невротичних розладів з симптомами тривоги — тенденція до хронічного перебігу і рецидивування — багато в чому зумовлюють складність їх лікування (Кожина Г. М., 2012; Краснов В. Н., 2012). Психотерапевтична корекція тривоги в структурі невротичних розладів останніми роками стає все більш актуальною, що пов'язане з уточненням уявлень про її клінічний і патогенетичний поліморфізм (Марута Н. О., 2014). Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало — на підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей невротичних розладів з тривожним симптомокомплексом розробити комплексну систему психотерапевтичної корекції.

Для реалізації мети дослідження було обстежено 89 хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги. Групу обстежуваних склали 27 хворих на тривожно-фобічні розлади (F40.0), 22 хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серця та серцево-судинної системи (F45.30), 17 хворих на неврастенію (F48.0) та 23 хворих на дисоціативні розлади (F44.7). Аналіз проводили до початку лікування та після проведення комплексної терапії, що включала фармакотерапію та психотерапевтичну корекцію з використанням заходів когнітивно-поведінкової, тілесно- та особистісно-орієнтованої психотерапії.

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, який включав тест ставлень О. М. Еткінда (Бажин Є. Ф., 1985), інтегративний тест тривожності (Бізюк О. П., Вассерман Л. Й., Іовльов Б. В., 2005); психометричний, який включав «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1974), «Шкалу Цунга» (Zung W. W., 1980), а також дослідження стадій психотерапевтичних змін (The University of Rhode Island Change Assessment Scale) — URICA (A. D. Clemente, J. Prochaska, 1988); методи математичної статистики.

Протягом перебування в стаціонарі, термін якого склав 22—24 доби, всі хворі з тривожною симптоматикою невротичного генезу отримували обов'язковий курс фармакотерапії, основний принцип якої полягав в призначенні препаратів з протитривожним (анксіолітичним) ефектом. Відповідно до міжнародних рекомендацій, використовували різні препарати з протитривожною дією — антидепресанти та анксіолітики.

Під час побудови схеми психотерапії обстежуваних хворих враховували особливості організації лікувального процесу, де передбачалося проведення курсової психотерапії, особливості самих невротичних розладів і особистісного реагування на захворювання, дані анамнезу і ставлення пацієнтів до психотерапії. Кожен з методів психокорекції виконував свою роль в терапевтичному процесі та доповнював інші. Методи раціональної і когнітивної психотерапії вирішували тактичні завдання, тобто давали пацієнтам можливість побудувати більш реалістичні та практично здійснимі життєві плани. Методики тілесно-психологічної саморегуляції призначені для вирішення оперативних завдань і допомагали пацієнтам перемістити згадані плани в дієво-практичну площину, втілити їх у реальність.

У ході дослідження встановлено, що прояви тривоги в структурі невротичних розладів характеризувалися сполученням емоційних, вегетативно-соматичних, когнітивних, рухових та конативних компонентів. Достовірної різниці в структурі тривоги в залежності від невротичного розладу виявлено не було, що свідчить про загальний механізм виникнення та перебігу тривоги. За результатами психодіагностичного обстеження, хворим на невротичні розлади з симптомами тривоги був притаманний високий рівень особистісної тривожності (78,35 %), що проявлялася не лише в тривожному і пригніченому емоційному стані, але й у зниженні загальної мотивації, появі та збереженні страхів і побоювань різного семантичного змісту, особливо тих, що стосуються майбутнього.

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 (Cooper 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