

исследований. Человек, страдающий депрессией, имеет в 35 раз больше шансов покончить жизнь самоубийством, чем здоровый индивид (от 45 до 60 % всех суицидов на планете совершают больные депрессией).

Нами было проведено комплексное обследование 96 больных, обоего пола, в возрасте 18—35 лет, с депрессивными расстройствами (F41.2, F43.21), в структуре которых выявлены различные формы суицидального поведения. Контрольную группу составили 40 больных с аналогичными формами патологии в возрасте 18—35 лет без признаков суицидального поведения.

В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностический, определение серотонина и мелатонина в крови, изучение полиморфизма генов LRRM4 и ACP1.

При анализе особенностей метаболических нарушений в системе биогенных аминов в группах с разной нозологической принадлежностью и разной интенсивностью проявлений депрессии было определено, что упомянутые группы пациентов характеризуются специфическими признаками. У пациентов с суицидальным поведением, которое было вызвано острой реакцией на стресс, наблюдалось снижение экскреции адреналина в ночной период и норадреналина днем. Повышение уровня серотонина и снижение концентрации мелатонина в крови было в этой группе менее значительным в сравнении с другими. У лиц с высокими значениями бала депрессии по шкале Гамильтона и другим шкалам для определения депрессии показано наибольшее повышение концентрации серотонина в крови и наиболее низкий уровень мелатонина в плазме крови.

Полученные в ходе работы данные позволили нам разработать патогенетически обоснованную комплексную систему коррекции суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс, включающую сочетанное применение медикаментозного и психотерапевтического воздействия, а также психообразовательных программ.

УДК 616.89-08-039.76-085.851

А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, В. В. Шикова
Харківський національний медичний університет,
м. Харків

Эффективность психообразовательных программ в нападении помощи особам, что перенесли экстремальные поддї

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу (П. В. Волошин, Н. О. Марута, 2014).

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації проявляються переважно емоційними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах екстремальних подій.

В сучасних умовах гостро відчувається необхідність розроблення комплексних терапевтичних та реабілітаційних програм осіб, що перенесли екстремальні події. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психо-соціальне втручання.

У ході роботи нами розроблено та апробовано програму психоосвітньої роботи з хворими на посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації, яка становить комплексну, поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, які займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про ПТСР; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращання їх комунікативних здібностей; забезпечення «психо-соціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Під час проведення психоосвітньої роботи ми використовували такі методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Відповідно до отриманих у ході роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психоосвітніх заходів відмічалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоційного стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії та реабілітації хворих на ПТСР та розлади адаптації, який включав психофармакотерапію у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих. Це в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

УДК 616.895

*Г. М. Кожина, М. В. Маркова,
В. Б. Михайлов, Д. А. Фельдман*
Харківський національний медичний університет,
м. Харків

Клінічна специфіка емоційних розладів у біженців, які вимушено лишили місця постійного мешкання

Різні екстремальні ситуації, стихійні лиха та катастрофи надають виражений негативний вплив на психіку постраждалих людей. Психічні розлади під час бойових конфліктів є розповсюдженими формами патологічних станів, які виникають як у військовослужбовців та полонених, так і біженців, які вимушено лишили місця постійного мешкання.

Мета дослідження: вивчення особливостей розвитку психоемоційних порушень у осіб — переселенців із зони антитерористичної операції (АТО).

Для вирішення поставленої мети нами проведено комплексне обстеження 43 осіб (19 чоловіків і 23 жінки) у волонтерському центрі, розташованому на центральному вокзалі міста Харкова.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічні, психодіагностичні (шкала депресії Гамільтона, шкала тривоги Спілберґера — Ханіна, шкала якості життя), статистичні.

Отримані результати показали, що провідними патопсихологічними синдромами у осіб — переселенців

із зони АТО були астено-депресивний (75,9 %), астено-тривожний (82,5 %), астено-фобічний (13,2 %) астено-іпохондричний (3,3 %) синдроми.

Результати психодіагностичних досліджень виявили, що у чоловіків показники реактивної тривоги (середній бал — $37,7 \pm 3,0$), були вище, ніж показники особистісної тривожності (середній бал — $32,6 \pm 2,9$). Навпаки, у жінок показники особистісної тривожності (середній бал — $38,6 \pm 2,9$) були вищими за показники реактивної тривоги (середній бал — $34,7 \pm 3,0$). Вираженість депресивної симптоматики також незначно переважала у жінок. Середній бал за шкалою Гамільтона у чоловіків складав $17,0 \pm 2,3$ бали, у жінок — $18,0 \pm 2,3$ бали.

Результати обстеження за шкалою якості життя не показали істотних відмінностей у чоловіків і жінок. Найнижчими за все були оцінені шкали «Психоемоційний стан», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

Таким чином, у більшості осіб, які виїхали із зони АТО, спостерігаються психоемоційні порушення різного ступеня вираженості, які вимагають подальшої корекції в умовах спеціалізованих медичних установ.

УДК 616.89

В. І. Коростій, Г. В. Паровіна

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу

Центр психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації (далі — Центр) є позаштатним лікувально-навчально-науково-практичним підрозділом Науково-практичного медичного центру Харківського національного медичного університету (НПМЦ ХНМУ). Головною метою діяльності Центру є надання високо-спеціалізованої медичної допомоги при психосоматичній та несприятливій психічній патології, проведення науково-дослідної роботи, розроблення, апробації та впровадження нових медичних технологій. Центр створений на базі неврологічного та реабілітаційного відділення. Включає 10 психосоматичних ліжок, психіатричний консультативний кабінет, кабінет психоемоційного розвантаження.

В роботі Центру реалізована модель мультидисциплінарного підходу, зокрема в наданні допомоги особам, які перенесли екстремальні події. Взаємодія з підрозділами університетської клініки дозволяє проводити комплексну реабілітацію хворих з коморбідною психічною та соматичною патологією, які складають 85 % від загальної кількості пацієнтів Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації. В цих випадках до бригади, крім спеціалістів Центру (психіатр, психолог), долучається спеціаліст іншого підрозділу, відповідно до нозології (централізована модель).

Метою взаємодії Центру з іншими підрозділами НПМЦ ХНМУ є надання консультацій, медико-психологічного супроводу та психотерапії пацієнтам університетської клініки (децентралізована модель).

Розроблені та впроваджуються комплексні програми лікування дисциркуляторної енцефалопатії, деменції, епілепсії (відділення неврології), лікування метаболічних розладів у психічно хворих (відділення ендокринології),

лікування нервової анорексії з дистрофією (відділення соматичних розладів), медико-психологічний супровід відновного лікування хворих з травмами опорно-рухового апарату (відділення відновного лікування), медико-психологічний супровід доопераційного та післяопераційного періоду (відділення малоінвазивної хірургії). Проводиться оцінювання ефективності цих програм та впровадження досвіду в навчальний процес післядипломної освіти.

УДК 616.895

В. І. Коростій, І. М. Соколова, В. І. Заворотний

*Харківський національний медичний університет;
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону,
м. Харків*

Аналіз діагностичних можливостей психодіагностичних методик для виявлення психологічних наслідків стресу та посттравматичного стресового розладу

Актуальність даного дослідження зумовлена сучасною медико-соціальною значимістю посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та невирішеністю низки діагностичних питань, що створює передумови для численних діагностичних помилок і розбіжностей, перешкоджає проведенню адекватної, своєчасно розпочатої, диференційованої терапії та профілактики.

На ґрунті обстеження 90 осіб обох статей, у віці 18—55 років (демобілізованих учасників бойових дій; звільнених з полону, членів сімей осіб, які постраждали внаслідок бойових дій; біженців), з використанням комплексу психодіагностичних методик, визначені їхні діагностичні можливості в осіб, які постраждали внаслідок стресу в умовах воєнного конфлікту.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) — опитувальник дозволяє виявити, які симптоми домінують — вторгнення, уникання, підвищеної збудливості. Це тест для широкого використання, його використовують для досліджень наслідків різноманітних травматичних чинників (втрата близьких, транспортні катастрофи, військові події).

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS) дозволяє оцінити частоту та інтенсивність виявлення індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їхнього впливу на соціальну активність пацієнта. Методика дозволяє діагностувати розлади, спричинені нещодавніми травмами, та динаміку стану пацієнта у разі повторного тестування.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (використовували цивільний та військовий варіанти) дозволяє оцінити ступінь виразності посттравматичних реакцій. На відміну від Шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS), ці шкали дозволяють діагностувати пізні посттравматичні розлади, а також допомагають провести диференціальну діагностику з розладами адаптації.

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), або шкала Дерогатіса — методика дозволяла провести оцінку психологічного симптоматичного статусу хворих як з соматичними хворобами, так і осіб з психічними розладами.

Опитувальник депресії Бека — для оцінювання наявності депресивних симптомів у пацієнта у теперішній час. Недоліком є неможливість діагностувати наявність депресивної симптоматики у минулому, безпосередньо після травматичної події, якщо з моменту її виникнення пройшов тривалий час.