

Г. М. Кожина, К. О. Зеленська, Т. Ю. Краськовська, М. І. Кожин

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД В ТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

А. М. Кожина, Е. А. Зеленская, Т. Ю. Красковская, М. И. Кожин

Комплексный подход в терапии расстройств адаптации

Н. Kozhyna, K. Zelenska, T. Kraskovska, M. Kozhyn

A comprehensive approach in the treatment of adaptation disorders

У статті подано дані про розробку та оцінку ефективності комплексної терапії розладів адаптації з використанням препарату Алора. Проведено комплексне обстеження 154 хворих з розладами адаптації (F43.2), обох статей, віком 20—55 років. На ґрунті результатів клініко-психопатологічного методу, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження за допомогою інтерв'ювання та спостереження, доведено високу ефективність та добру переносимість препарату Алора (екстракт *passiflora incarnata*) в терапії розладів адаптації. На тлі використання препарату Алора спостерігається швидка редукція тривожно-депресивної симптоматики, нормалізація циклу сон — неспання, зниження рівня нервово-психічної напруги, відновлення працездатності та соціальної активності, поліпшення якості життя обстежених. Отримані дані треба брати до уваги як діагностичні та профілактичні заходи під час надання допомоги цієї категорії хворих.

Ключові слова: тривога, адаптація, дезадаптація, розлади адаптації, Алора

В статье представлены данные о разработке и оценке эффективности комплексной терапии расстройств адаптации с использованием препарата Алора. Проведено комплексное обследование 154 больных с расстройствами адаптации (F43.2), обоих полов, в возрасте 20—55 лет. На основе результатов клинико-психопатологического метода, который базировался на общепринятых подходах в психиатрическом обследовании путем интервьюирования и наблюдения, доказана высокая эффективность и хорошая переносимость препарата Алора (экстракт *passiflora incarnata*) в терапии расстройств адаптации. На фоне применения препарата Алора отмечается быстрая редукция тревожно-депрессивной симптоматики, нормализация цикла сон — бодрствование, снижение уровня нервно-психического напряжения, восстановление работоспособности и социальной активности, улучшение качества жизни обследованных. Полученные данные необходимо принимать во внимание как диагностические и профилактические мероприятия при оказании помощи этой категории больных.

Ключевые слова: тревога, адаптация, дезадаптация, расстройства адаптации, Алора

The article represents data of the development and evaluation of the effectiveness of complex therapy of adaptation disorders using the drug Alora. A comprehensive examination of 154 patients with maladaptation disorders (F43.2) was held, both sexes, aged 20—55 years. Basing on the results of the clinical-psychopathological methods, which were based on generally accepted approaches to psychiatric examination through interviews and observations, the high efficacy and good tolerability of Alora (*passiflora incarnata* extract) in the treatment of adaptation disorders has been proven. Against the background of the use of the drug Alora there is a rapid reduction of anxiety and depressive symptoms, normalization of the sleep-wake cycle, reduction of the level of nervous and mental stress, restoring efficiency and social activity, improvement of the quality of life of the subjects. The data obtained should be taken into account as diagnostic and preventive measures in the care of this category of patients

Key words: anxiety, adaptation, maladaptation, adaptation disorders, Alora

Більшість людей час від часу неминуче стикаються зі стресом. Неприятливі події є серйозною загрозою для психічного здоров'я людини. Реакція на стрес може сприяти адаптивній пластичності, поліпшуючи когнітивну сферу, якщо фізіологічна реакція ефективно активується і своєчасно деактивується. У разі дизрегуляції стрес призводить до неадекватного і шкідливого ефекту, виникнення дезадаптації і психопатології [1—3].

Аналіз показників захворюваності та поширеності психічних та поведінкових розладів в Україні свідчить, що остання декада характеризується неухильним зростанням несприятливих психічних розладів переважно невротичного ґенезу [4, 5].

Захворювання невротичного кола вражають переважно осіб працездатного віку, і хоча ці розлади мають функціональний характер, нерідко вони призводять до тривалого та рецидивуючого зниження працездатності, суттєво знижують якість життя хворих та їхніх оточуючих [6—8]. У зв'язку з цим проблема невротичних порушень є значущою як для клінічної практики, так і для теорії медицини [9—11].

Сучасний період розвитку України характеризується чималою кількістю соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є тенденція до не-

гативних зрушень в стані здоров'я населення, серед яких одним з найбільш значущих є зростання кількості дезадаптивних станів та реакцій [12, 13].

Вищезазначене зумовлює нагальну потребу проведення цього дослідження.

Мета дослідження: розробка та оцінка ефективності комплексної терапії розладів адаптації з використанням препарату Алора (екстракт *passiflora incarnata*).

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», Університетської клініки ХНМУ та у Військово-медичному клінічному центрі Північного регіону проведено комплексне обстеження 154 хворих з розладами адаптації (F43.2), обох статей, віком 20—55 років.

I групу (33,1 ± 0,7 % обстежених) становив 51 мешканець Харкова та Харківської області (27 жінок та 24 чоловіки), II групу (36,4 ± 0,8 % обстежених) — 56 вимушених переселенців (30 жінок та 26 чоловіків), III групу (30,5 ± 0,7 % обстежених) — 47 військовослужбовців — учасники АТО/ООС (20 жінок та 27 чоловіків).

Переважає кількість обстежених мешкали у місті (81,2 ± 1,3 %) у задовільних матеріально-побутових умовах (53,2 ± 1,0 %); проживали у родині (78,6 ± 1,2 %), мали вищу (незакінчену вищу) освіту (56,5 ± 1,3 %), обстежені I та II груп працювали у сфері розумової (52,3 ± 1,0 %) або фізичної (34,6 ± 0,7 %) праці.

Дослідження відбувалося в два етапи: I етап містив комплексний аналіз клінічних та патопсихологічних проявів розладів адаптації; на II етапі проведено оцінювання ефективності та безпеки застосування препарату Алора (екстракт *passiflora incarnata*) в комплексній терапії розладів адаптації.

У роботі використано такі методи обстеження:

— клініко-психопатологічний, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження, за допомогою інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювали із застосуванням критеріїв МКХ-10;

— психодіагностичний метод включав використання опитувальника виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R, Symptom Checklist-90-Revised) (Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L., 1973); Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988) (HDRS); шкали Монтгомері — Асберга (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi G. D., 1993) (MADRS); опитувальника нервово-психічної напруги за Т. А. Немчиним (1984); шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханіна, 1981); шкали клінічної оцінки виразності порушень сну Я. І. Левіна (Левін Я. І., 1995), дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Mezzich, Cohen, Ruizperez, Liu & Yoon (1999), у модифікації Н. О. Марути, 2004;

— методи математичної статистики — отримані результати подані у вигляді середньої величини \pm похибка середньої арифметичної, використано *t*-критерій Стьюдента.

Як показали результати I етапу дослідження, клінічна структура розладів адаптації у обстежених хворих була представлена: короткочасною депресивною реакцією (F43.20) — $36,2 \pm 0,8$ % обстежених I групи, $17,1 \pm 0,6$ % обстежених II групи, $11,9 \pm 0,5$ % обстежених III групи; пролонгованою депресивною реакцією (F43.21) — $15,4 \pm 0,6$ %, $32,4 \pm 0,7$ % та $31,4 \pm 0,7$ % відповідно; змішаною тривожно-депресивною реакцією (F43.22) — $34,1 \pm 0,8$ % обстежених I групи, $35,4 \pm 0,8$ % обстежених II групи, $36,1 \pm 0,8$ % обстежених III групи та розладами адаптації з переважанням порушення інших емоцій (F43.23) — $14,3 \pm 0,5$ %, $15,1 \pm 0,5$ % та $20,6 \pm 0,6$ % відповідно (рис. 1).

Кількість обстежених, %

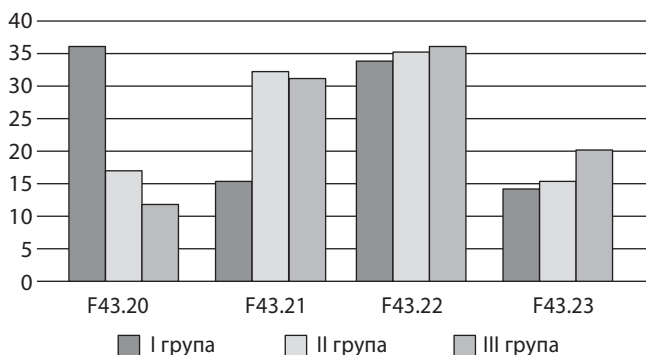


Рис. 1. Клінічна структура розладів адаптації у обстежених хворих

У клінічній картині депресивних розладів найчастіше спостерігалися зниження, пригніченість настрою ($97,4 \pm 1,9$ %); втрата інтересів і почуття задоволення ($82,6 \pm 1,6$ %); почуття туги ($76,5 \pm 1,2$ %) та тривоги ($44,1 \pm 1,1$ %); підвищена стомлюваність, втрата енергії і зниження активності ($63,5 \pm 1,2$ %); відчуття виснаження ($61,1 \pm 1,2$ %); труднощі при прийнятті рішень ($58,2 \pm 1,2$ %); труднощі концентрації уваги ($45,6 \pm 1,1$ %); порушення пам'яті ($44,6 \pm 1,0$ %); байдужість ($42,4 \pm 1,0$ %); дещо рідше — бездіяльність ($35,9 \pm 0,8$ %); відчуття провини ($33,5 \pm 0,7$ %); відсутність надії ($31,4 \pm 0,7$ %).

У обстежених II групи поряд з пригніченістю настрою, афектом туги і тривоги спостерігалися різноманітні страхи і побоювання, III групи — короточасні бурхливі реакції на незначні емоційні події, невідповідність емоційних реакцій ситуації.

При змішаній тривожно-депресивній симптоматичі відзначається знижене тло настрою ($69,9 \pm 1,3$ %); почуття пригніченості, безпорадності, невпевненості ($52,7 \pm 1,1$ %); відчуття тривоги ($91,2 \pm 1,9$ %); внутрішнього напруження з неможливістю розслабитися ($89,2 \pm 1,8$ %); небезпеки, занепокоєння через дрібниці ($61,4 \pm 1,2$ %); негативне емоційне забарвлення переживань ($46,3 \pm 1,0$ %); неможливість сконцентруватися, неувважність ($61,1 \pm 1,2$ %); швидка стомлюваність ($69,8 \pm 1,3$ %); наявність ізольованих нав'язливих страхів ($39,4 \pm 0,8$ %); сумнівів у правильності прийнятих рішень і дій, міцно пов'язаних із тривожною помисливістю щодо своєї оцінки в очах оточуючих ($59,8 \pm 1,2$ %).

У обстежених II та III груп на тлі тривожної симптоматики були наявні нав'язливі страхи, міцно пов'язані із наслідками бойового стресу.

У клінічній картині розладів адаптації з переважанням порушення інших емоцій спостерігається знижений фон настрою ($69,9 \pm 1,3$ %); немотивоване занепокоєння, тривога ($81,1 \pm 1,5$ %); дратівливість ($61,9 \pm 1,3$ %); гіперестезії $54,3 \pm 1,2$ %; схильність до афективних реакцій ($71,1 \pm 1,4$ %); зниження розумової продуктивності після незначної або фізичної напруги ($71,1 \pm 1,4$ %).

У обстежених здебільшого виявлялося порушення циклу «сон — неспання» ($89,2 \pm 1,6$ %): труднощі засинання з частими пробудженнями та жахливими сновидіннями, поверхневий, тривожний сон і пробудження серед ночі; висока виразність порушень сну за шкалою Я. І. Левіна (≤ 18 балів).

Проведене психодіагностичне дослідження показало, що провідне місце в клінічній картині розладів адаптації в усіх обстежених хворих займали тривожно-депресивні порушення (табл. 1).

За шкалою вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R спостерігаються високі рівні депресії (DEP) — $67,2 \pm 1,2$ % обстежених, тривожності (ANX) — $71,1 \pm 1,3$ %, фобічної тривожності (PHOB) — $39,2 \pm 0,8$ %, obsесивності-компульсивності (O-C) $25,6 \pm 0,5$ % та соматизації (SOM) — $31,5 \pm 0,8$ % (табл. 2).

Аналіз рівня нервово-психічної напруги у структурі розладів адаптації показав переважання інтенсивної (помірної) та екстенсивної (надмірної) напруги у обстежених хворих (табл. 3).

Таблиця 1. Вираженість тривоги і депресії в обстежених з розладами адаптації (%)

Вираженість тривоги і депресії		F43.20, F43.21	F43.22	F43.23
Шкала Гамільтона				
Відсутність	тривоги	0,2 ± 0,1	0	8,9 ± 0,2
	депресії	1,7 ± 0,1	4,2 ± 0,2	10,3 ± 0,2
Легкий епізод	тривоги	44,2 ± 0,9	41,6 ± 0,9	70,3 ± 1,5
	депресії	38,3 ± 0,8	45,1 ± 0,9	64,1 ± 1,2
Помірний епізод	тривоги	40,1 ± 0,9	40,6 ± 0,9	15,2 ± 0,2
	депресії	40,4 ± 0,9	38,6 ± 0,8	19,3 ± 0,2
Важкий епізод	тривоги	15,5 ± 0,2	17,8 ± 0,2	5,6 ± 0,1
	депресії	19,6 ± 0,2	12,1 ± 0,2	6,3 ± 0,2
Госпітальна шкала тривоги і депресії				
Відсутність	тривоги	9,2 ± 0,2	0,6 ± 0,1	11,4 ± 0,2
	депресії	6,6 ± 0,2	11,0 ± 0,2	20,8 ± 0,3
Субклінічні прояви	тривоги	71,1 ± 1,5	73,6 ± 1,5	80,4 ± 1,6
	депресії	64,6 ± 1,4	75,6 ± 1,5	70,1 ± 1,4
Клінічні прояви	тривоги	19,7 ± 0,2	25,8 ± 0,3	8,2 ± 0,1
	депресії	28,8 ± 0,3	13,4 ± 0,2	9,1 ± 0,2
Шкала Монтгомері — Асберга				
Відсутність депресивного епізоду		0,2 ± 0,1	25,1 ± 0,4	14,4 ± 0,2
Малий депресивний епізод		62,4 ± 1,3	62,1 ± 1,3	72,9 ± 1,4
Помірний депресивний епізод		22,3 ± 0,3	12,2 ± 0,2	11,6 ± 0,3
Великий депресивний епізод		15,1 ± 0,2	0,6 ± 0,1	1,1 ± 0,1
Шкала Спілбергера — Ханіна				
Низький рівень	ситуаційна тривожність	52,3 ± 1,0	34,0 ± 0,8	44,2 ± 0,9
	особистісна тривожність	59,2 ± 1,0	30,4 ± 0,8	41,7 ± 0,9
Помірний рівень	ситуаційна тривожність	36,5 ± 0,8	36,2 ± 0,8	44,2 ± 0,9
	особистісна тривожність	29,9 ± 0,5	38,5 ± 0,8	45,8 ± 0,9
Високий рівень	ситуаційна тривожність	11,2 ± 0,2	29,8 ± 0,5	11,6 ± 0,2
	особистісна тривожність	10,9 ± 0,2	31,1 ± 0,5	12,5 ± 0,2

Таблиця 2. Вираженість психопатологічної симптоматики у обстежених хворих за шкалою SCL-90-R (середній бал)

Операціональні визначення шкал SCL-90	
Соматизація (Somatization — SOM)	2,6 ± 1,1
Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive — O-C)	3,2 ± 0,8
Міжособистісна сензитивність (Interpersonal Sensitivity — INT)	1,1 ± 0,9
Депресія (Depression — DEP)	3,5 ± 0,5
Тривожність (Anxiety — ANX)	3,6 ± 0,4
Ворожість (Hostility — HOS)	1,5 ± 0,3
Фобічна тривожність (Phobic Anxiety — PHOB)	2,9 ± 0,6
Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation — PAR)	0,4 ± 0,3
Психотизм (Psychoticism — PSY)	0,5 ± 0,6

Таблиця 3. Вираженість нервово-психічної напруги у обстежених з розладами адаптації (%)

Вираженість НПН	I група	II група	III група
Детензивна (слабка)	26,5 ± 0,5 %	22,1 ± 0,5 %	33,6 ± 0,8 %
Інтенсивна (помірна)	49,1 ± 0,9 %	52,9 ± 10, %	35,2 ± 0,8 %
Екстенсивна (надмірна)	24,4 ± 0,5 %	25,0 ± 0,5 %	31,2 ± 0,7 %

Як показав аналіз оцінки якості життя обстежених хворих з розладами адаптації, у загальній структурі якості життя найбільш проблемними визначені такі сфери: психологічне, емоційне благополуччя (59,9 ± 1,1 % обстежених), працездатність (51,2 ± 1,1 %), самореалізація (38,1 ± 0,8 %) та загальне сприйняття якості життя (65,4 ± 1,3 %) (табл. 4).

Усі обстежені хворі отримували психотерапію залежно від основного психопатологічного синдрому та психоосвіту.

Таблиця 4. Показники якості життя у обстежених з розладами адаптації (середній бал)

Шкали	I група	II група	III група
фізичне благополуччя	5,2 ± 2,1	6,2 ± 1,4	6,1 ± 1,6
психологічне, емоційне благополуччя	3,1 ± 1,1	2,0 ± 1,3	3,2 ± 1,5
самообслуговування та незалежність у діях	9,2 ± 1,1	9,1 ± 1,1	9,1 ± 1,2
працездатність	4,3 ± 2,2	5,3 ± 2,2	4,2 ± 2,0
міжособистісна взаємодія	6,3 ± 1,5	7,4 ± 1,1	7,1 ± 1,6
соціоемоційна підтримка	8,1 ± 2,9	8,0 ± 0,9	8,1 ± 1,1
суспільна і службова підтримка	8,1 ± 1,9	8,2 ± 1,0	8,0 ± 2,5
особистісна реалізація	4,3 ± 1,1	3,2 ± 1,5	4,3 ± 2,2
духовна реалізація	5,0 ± 2,1	4,4 ± 2,2	4,5 ± 2,5
загальне сприйняття якості життя	2,2 ± 1,1	2,1 ± 1,0	3,0 ± 1,5

Психотерапевтична корекція при короткочасній та пролонгованій депресивній реакції включала використання раціональної психотерапії (класичний варіант П. Дюбуа, 1912) та когнітивно-поведінкову терапію Бека (А. Т. Векс, 2006); при змішаній тривожно-депресивній реакції — когнітивно-поведінкову терапію Бека та особистісно-орієнтовану психотерапію (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсурина, В. А. Ташликов, 1994); при розладах адаптації з переважанням порушення інших емоцій — когнітивно-поведінкову терапію Бека та короткотермінову психодинамічну психотерапію (Б. Д. Карвасарський, 1999).

Психоосвітні заходи включали використання інформаційних модулів та проблемно-орієнтованих дискусій.

На II етапі дослідження були сформовані основна та контрольна групи дослідження.

Основну групи становили 114 хворих, які поряд з психотерапевтичною корекцією отримували препарат Алора (екстракт *passiflora incarnata*) за такою схемою: 57 хворих — Алора 2 таблетки по 100 мг 3 рази на добу та 57 хворих Алора Форте 1 таблетка 3 рази на добу. Термін лікування становив півтора місяця.

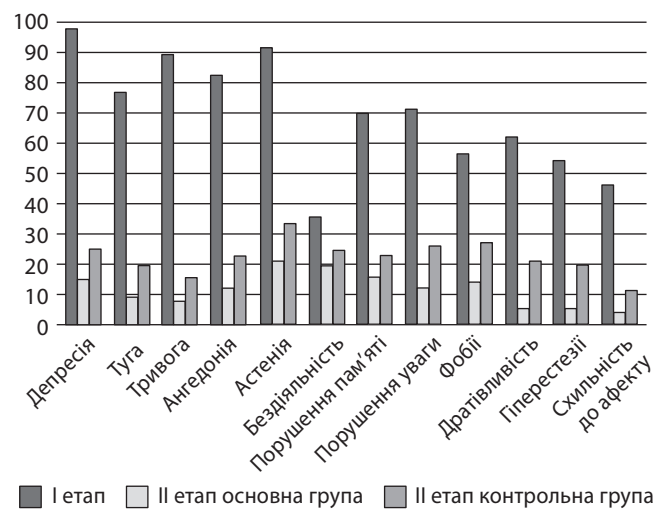
Контрольну групу становили 40 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні та не отримували у терапії препарат Алора.

Як показав аналіз ефективності розробленої терапевтичної програми, на тлі використання препарату Алора у сполученні з психотерапевтичною програмою відбувається якісна редукція психопатологічної симптоматики (рис. 2), нормалізація емоціонального стану, підвищення психофізичної активності обстежених хворих з розладами адаптації.

Згідно з отриманими в процесі роботи даними, у 83,3 ± 1,6 % хворих основної та 67,5 ± 1,4 % контрольної груп спостерігалось поліпшення психічного стану, у 16,7 ± 0,2 % і 27,5 ± 0,3 % хворих відповідно стан залишався без динаміки, і у 0,9 ± 0,1 % обстежених основної та 5,0 ± 0,1 % контрольної груп відзначалася

негативна динаміка, яка була пов'язана з додатковими психотравмуючими обставинами.

Кількість обстежених, %

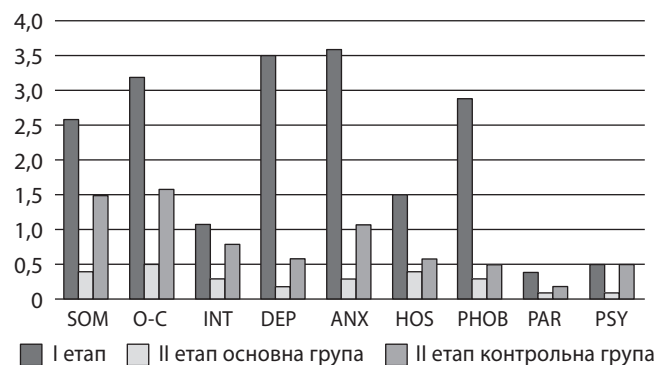


■ I етап □ II етап основна група ▒ II етап контрольна група

Рис. 2. Динаміка вираженості психопатологічної симптоматики у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

Дослідження динаміки психічного стану під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора за шкалою SCL-90-R у обстежених хворих з розладами адаптації показало зниження рівнів депресії, тривожності, фобічної тривожності, обсесивності-компульсивності та соматизації (рис. 3).

Виразність, бали



■ I етап □ II етап основна група ▒ II етап контрольна група

Рис. 3. Динаміка психічного стану хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора за шкалою SCL-90-R

Під час оцінювання динаміки показників тривоги та депресії за психодіагностичними шкалами відзначено зниження показників до 13 і менше балів за шкалами тривоги та депресії Гамільтона у 89,5 ± 1,7 % і 88,6 ± 1,6 % хворих основної та 64,3 ± 1,3 % і 63,5 ± 1,3 % контрольної груп (рис. 4); 7 і менше балів за Госпітальною шкалою тривоги і депресії у 91,2 ± 1,9 % і 90,4 ± 1,8 % та 66,4 ± 1,4 % і 63,2 ± 1,3 % хворих відповідно (рис. 5); 15 та менше балів за шкалою Монтоммері — Асберга у 88,6 ± 1,6 % хворих основної та 59,2 ± 1,1 % контрольної груп (рис. 6), що свідчить про відсутність депресивного і тривожного епізодів.

Кількість обстежених, %



Рис. 4. Динаміка рівнів тривоги та депресії за шкалою Гамільтона у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

Кількість обстежених, %

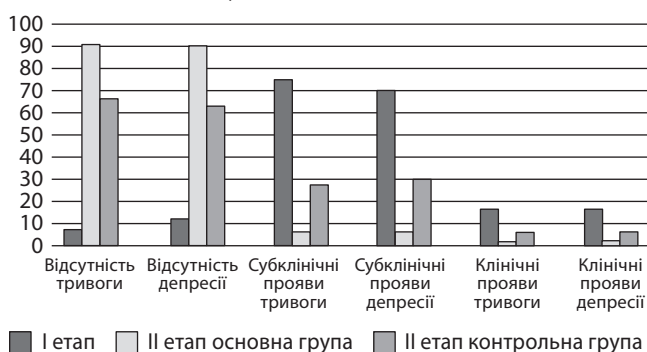


Рис. 5. Динаміка рівнів тривоги та депресії за Госпітальною шкалою тривоги та депресії у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

Кількість обстежених, %

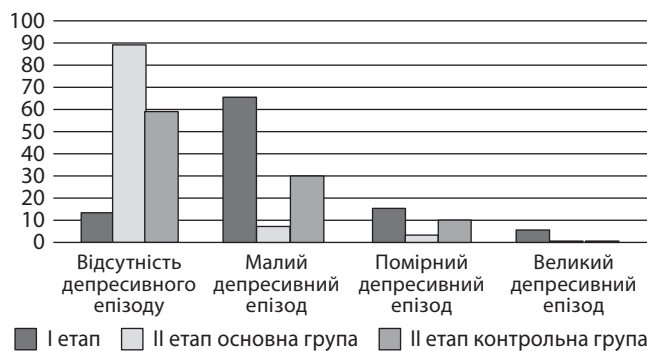


Рис. 6. Динаміка рівнів депресії за шкалою Монтгомері — Асберга у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

Відзначено позитивну динаміку рівнів особистісної та ситуаційної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна: у $78,9 \pm 1,5$ % обстежених основної та $69,2 \pm 1,4$ % контрольної груп встановлено низький рівень ситуаційної тривожності та у $76,3 \pm 1,5$ % та $66,3 \pm 1,4$ % відповідно — низький рівень особистісної тривожності (рис. 7).

На тлі використання препарату Алора спостерігалося поліпшення циклу «сон — неспання», глибини та якості сну, низька вираженість порушень сну за шкалою Левіна (рис. 8).

Кількість обстежених, %

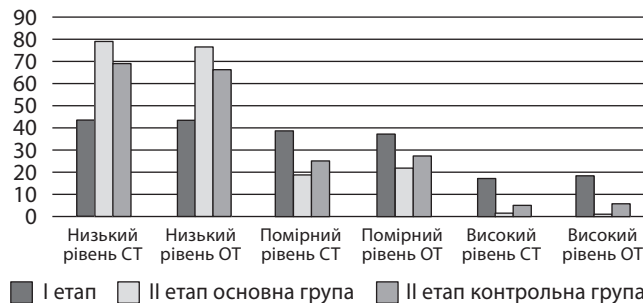


Рис. 7. Динаміка рівнів тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

Кількість обстежених, %



Рис. 8. Динаміка циклу сон — неспання у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

На тлі проведеної терапії відзначена позитивна динаміка показників нервово-психічної напруги за шкалою Немчина — переважання її детензивного (слабкого) рівня у $91,2 \pm 1,8$ % хворих основної та $73,2 \pm 1,4$ % контрольної групи (рис. 9).

Кількість обстежених, %

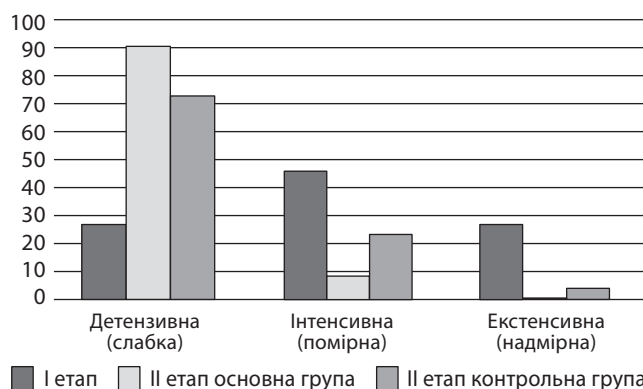
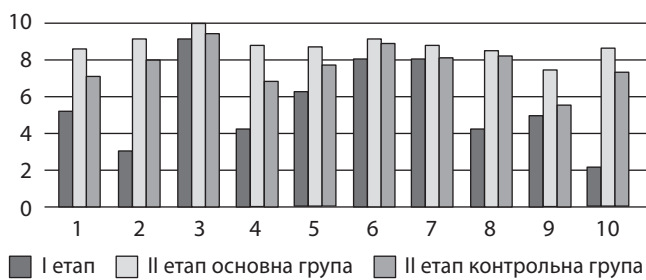


Рис. 9. Динаміка рівнів нервово-психічної напруги у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

На тлі проведення розробленої системи терапії із використанням препарату Алора показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на $42,1 \pm 0,9$ %; у контрольній — у середньому на $31,4 \pm 0,8$ % (рис. 10).

Виразність, бали



Умовні позначення шкал:

1 — фізичне благополуччя; 2 — психологічне, емоційне благополуччя; 3 — самообслуговування та незалежність у діях; 4 — працездатність; 5 — міжособистісна взаємодія; 6 — соціоемоційна підтримка; 7 — суспільна та службова підтримка; 8 — особистісна реалізація; 9 — духовна реалізація; 10 — загальне сприйняття якості життя

Рис. 10. Динаміка показників якості життя у хворих з розладами адаптації під впливом комплексної терапії з використанням препарату Алора

В результаті дослідження була виявлена добра переносимість препарату Алора, невисока вираженість і частота побічних ефектів, особливо стосовно вищих психічних функцій. Побічні дії препарату відзначені у 2 хворих — у перший тиждень приймання Алора в них спостерігалася нерізко виражена тахікардія, цей факт не спричинив за собою відміну препарату, була зменшена доза до 2 таблеток на добу (рис. 11).

Кількість обстежених, %

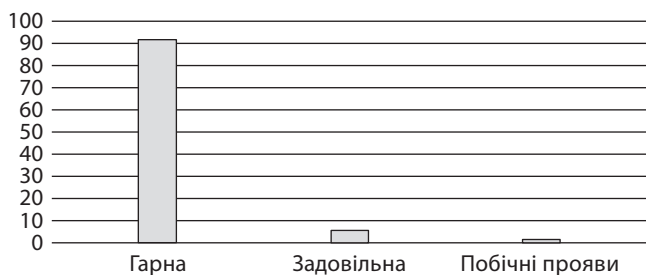


Рис. 11. Переносимість препарату Алора

Отже, у процесі дослідження доведено високу ефективність та добру переносимість препарату Алора (екстракт *passiflora incarnata*) в терапії розладів адаптації. На тлі використання препарату Алора відбувається швидка редукція тривожно-депресивної симптоматики, нормалізація циклу сон — неспання, зниження рівня нервово-психічної напруги, відновлення працездатності та соціальної активності, поліпшення якості життя обстежених.

Список літератури

1. Сулова Т. Ф. Адаптация мигрантов: понимание проблемы в контексте конструктивистского подхода // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 9 (51), Часть 3. С. 100—103. DOI: <https://doi.org/10.18454/IRJ.2016.51.037>.
2. Моросанова В. И., Нестерова А. А., Сулова Т. Ф. Факторы позитивной адаптации мигрантов: анализ теоретических подходов // Психологический журнал. 2015. Т. 36, № 5. С. 98—109. eLIBRARY ID: 24376992.
3. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко [та ін.] // Львівський клінічний вісник / Lviv clinical bulletin. 2020. № 1 (29). С. 21—28. DOI: <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>.

4. Рассказова Е. И., Леонтьев Д. А. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С. 178—209.

5. Травма взрывной волной, коморбидная со стрессом боевых действий / С. М. Мороз, А. К. Моргачева, И. П. Яворская, Р. П. Хаитов // Архив психиатрии. 2015. Т. 21, № 2 (81). С. 47—50. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2015_21_2_11.

6. Друзь О. В., Черненко І. О. Напрямки медико-психологічної профілактики посттравматичних психічних розладів у учасників локальних бойових дій // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 45—48. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_11.

7. Чабан О. С., Франкова І. А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства // НейроNews. 2015. № 2(66). С. 8—18.

8. Вязмитинова С. А. Эффективность санаторно-курортного лечения расстройств адаптации у участников боевых действий // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т. 10, № 4. С. 638—644.

9. Войцех В. Ф., Гальцев Е. В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. XIX, № 2. С. 17—25. URL: <https://psychiatr.ru/magazine/scp/19/376>.

10. Герасименко Л. О. Терапія, реабілітація та профілактика психосоціальної дезадаптації у жінок із розладами адаптації // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 38—39. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_11.

11. Гриневич Є. Г. Дезадаптивні психічні порушення у учасників локальних бойових дій // Таврический журнал психиатрии. 2014. Т. 18, № 3 (68). С. 5—9. URL: <http://ma.cfuv.ru/docs/235763/T.18,№32014.pdf>.

12. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения / Линский И. В., Кузьминов В. Н., Позднякова Н. В. [и др.] // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 5—12. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2014_22_3_3.

13. Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб (структура та вираженість психопатологічних порушень) / Н. О. Марута, І. О. Явдак, С. П. Колядко [та ін.] // Медична психологія. 2019. Т. 14, № 3. С. 40—44. URL: <http://www.mps.kh.ua/archive/2019/3/9>.

Надійшла до редакції 14.10.2020

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри*; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

КРАСКОВСЬКА Тетяна Юріївна, аспірант кафедри*; e-mail: kraskovskaya2014@gmail.com

КОЖИН Михайло Іванович, кандидат медичних наук, професор кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л. Т. Малої ХНМУ; e-mail: kozhyun@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету (ХНМУ), м. Харків, Україна

KOZHYNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department*; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department*; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

KRASKOVSKA Tetiana, Postgraduate Student of the Department*; e-mail: kraskovskaya2014@gmail.com

KOZHYN Mykhailo, MD, PhD, Professor of the Department of Internal Medicine No. 2, Clinical Immunology and Allergology Academician L. T. Mala of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: kozhyun@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine