

Основним методом явився клініко-психопатологічний (збір психологічного анамнеза, спостереження, бесіда) з використанням наступних методик: Гарвардський опросник перенесених травм (Mollica et al., 1992); Миннесотський багатопрофільний особистісний опросник (MMPI); шкала оцінки впливу травматичного події (Impact of Event Scale-R); шкала самооцінки рівня тривожності (Спілберга Ч. Д., Ханіна Ю. Л.), методика незавершених пропозицій Сакса — Сіднея (J. M. Sacks, S. Sidney). Ефективність психотерапії оцінювали за розробленим нами опросником оцінки та ефективності психотерапії.

В ході дослідження виявлено, що пацієнти першої групи, отримавши психотерапевтичне лікування без залучення інших членів сім'ї, відзначали суб'єктивно нестійке покращення в своєму стані після 5—6 сеансів, а підтверджене психологічним дослідженням покращення настає після 8 сеансів.

Пацієнти другої групи, отримавши сімейну психотерапію спільно з партнером(ою), відзначали як суб'єктивне, так і об'єктивне покращення після 2—3 сеансів.

Для успішної психотерапевтичної інтервенції психотерапевту необхідно використовувати дані психологічного анамнезу, включаючи структурні, динамічні та історичні параметри. Покращенню комплайенсу та підвищенню ефективності служить розроблений оціночний опросник.

Таким чином, сімейна психотерапія у пацієнтів, переживших насильство в сім'ї, дозволяє проводити більш точну психотерапевтичну інтервенцію, враховуючи макро- та мікродинаміку функціонування сімейної системи.

УДК [616.89-008.1:616.212]-089.168

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

Л. А. Боднар

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: тривожність, дефекти зовнішнього носа, ринопластика

Тривога як психічний стан породжується болісним очікуванням уявної небезпеки, невідомими, новими та незнайомими обставинами, нестандартними, особливо значимими для особистості ситуаціями та проявляється різними за ступенем вираженості переживаннями внутрішнього напруження, занепокоєнням, невпевненістю, нерішучістю. Саме такі умови впливають на пацієнтів з дефектами та деформаціями зовнішнього носа, які готуються до ринопластики.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей та динаміки тривожності у даній категорії пацієнтів до та після оперативного втручання.

Обстежено 35 хворих (20 жінок та 15 чоловіків) віком від 18 до 45 років, які звернулися до пластичного хірурга з метою проведення ринопластики. У 18 із них була вроджена, у 17 — набута патологія зовнішнього носа. Наявність тривожності та її рівень оцінювали за шкалою ситуативної і особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна.

Проведені дослідження показали, що до ринопластики середній бальний показник ситуативної тривожності в осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа виявився високим — $39,34 \pm 0,96$. Це підтверджено даними індивідуального аналізу, за яким високий рівень ситуативної тривожності виявлений у 7 (20%), помірний — у 24 (70%) та низький — лише у 4 (10%) пацієнтів. Особистісна тривожність пацієнтів також реєструвалася на високому рівні. Так, до лікування її середній бальний показник складав $47,17 \pm 0,85$. При цьому у переважній більшості обстежених 28 (80%) виявлений високий рівень та лише у 7 (20%) — помірний.

Після оперативного втручання прояви як ситуативної, так і особистісної тривожності зменшилися. Їхній середній бал достовірно знизився (з $39,34 \pm 0,96$ до $35,91 \pm 0,90$ ($p < 0,05$))

та з $47,17 \pm 0,85$ до $44,74 \pm 0,81$ ($p < 0,05$) відповідно). Це підтвердив індивідуальний аналіз, за яким у післяопераційний період показники ситуативної і особистісної тривожності у переважній більшості пацієнтів знизилися, однак у 10 (29%) та 12 (34%) хворих відповідно продовжували реєструватися на попередньому рівні.

Таким чином, проведені дослідження показали, що у хворих з дефектами та деформаціями зовнішнього носа спостерігаються високі рівні як особистісної, так і ситуативної тривожності, які після проведеного оперативного втручання знижуються незначно, що потребує індивідуальних підходів до лікування з включенням психотерапевтичних методів та визначення основних напрямків реабілітаційних заходів.

УДК 616.89

ПОПЫТКА СИСТЕМАТИКИ ПОЗИТИВНЫХ ЭФФЕКТОВ РЕЛИГИОЗНОЙ ВЕРЫ ОТНОСИТЕЛЬНО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Р. Б. Брагин, А. И. Брагина, Д. Р. Тахташова

Харьковская медицинская академия последипломного образования; Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3; Донецкая областная клиническая психиатрическая больница

Ключевые слова: психическое здоровье, религия, вера, адаптация

Роль позитивного терапевтического влияния религиозной веры в отношении отдельных психических расстройств (главным образом — пограничного уровня) считается установленной. Одно из психиатрических обобщений констатирует, что нередко религиозная вера «принесит если не излечение, то смягчение болезни» (Б. А. Воскресенский, 1997). В целом ряде публикаций высоко оценивается роль религиозных установок и чувств в профилактике тревожных и депрессивных расстройств, суицидальных намерений. В последние годы расширилось исследовательское направление по изучению зависимости психического здоровья от уровня религиозности и религиозной практики. В рамках этих исследований установлено, что религиозная вера положительно коррелирует с психическим здоровьем. О важности развития данного исследовательского направления и использования полученных результатов свидетельствует проведение под эгидой ВОЗ двух международных монотематических конгрессов «Психическое здоровье и религия». В работе первой из них участвовал один из авторов (Р. Б., Тегеран, 2001).

Основанием для настоящего сообщения является то, что в течение 20 лет авторы имели возможность постоянного общения с активными прихожанами двух религиозных общин, относящихся к традиционным конфессиям. Непосредственное наблюдение, периодическое интервьюирование и анкетирование прихожан позволило накопить широкий материал, касающийся разнообразных вопросов взаимоотношения религиозной веры, общинной поддержки и психического здоровья. Результаты анализа полученных данных были отчасти представлены авторами в ряде публикаций.

Ниже излагается попытка систематизации констатированных нами позитивных эффектов религиозной веры с проекцией на психическое здоровье и, как следствие, на жизненную адаптированность прихожан. Указанные эффекты проявлялись на различных психосоциальных уровнях и в разнообразных формах:

1) в собственно духовно-религиозной сфере (например, пожертвования, стремление к безгрешности поступков, отмаливание грехов, паломничество);

2) в сфере самосознания (например, рост самоуважения, укрепление самообладания, повышение оценки собственных возможностей, жизненная уверенность);

3) в коммуникативной сфере (например, формирование или укрепление толерантности в общении, активность в процессе внутриобщинной взаимоподдержки, установка на добрососедские взаимоотношения, отзывчивость);

4) в социальной сфере (например, позитивные семейные установки, старательное исполнение родительских обязанностей, гражданская добропорядочность);

5) в когнитивной сфере (например, уяснение жизненных целей и смысла человеческого существования, смирение с конечностью земной жизни, рациональное отношение к превратностям судьбы);

6) в поведенческой сфере (например, установка на здоровый образ жизни с исключением употребления наркотических веществ, осуждаемых азартных игр, беспорядочных половых отношений).

Приведенная систематизация раскрывает конкретные пути и механизмы, которые обеспечивают позитивное влияние религиозной веры на психическое здоровье. Позитивы в каждой из сфер или их сочетание, в конечном счете, способствуют социальной адаптированности и жизненной устойчивости этих лиц, что становится особенно важным в кризисные периоды состояния общества.

УДК 616.89-008.19-08

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ДВОЙНЫМ ДИАГНОЗОМ

В. И. Букреев, О. И. Серикова

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины», Харьков*

Ключевые слова: двойной диагноз, эмоциональные нарушения, лечение

Высокие темпы современной жизни приводят к множественным факторам воздействия на патогенез возникновения психических заболеваний, которые ставят перед клиницистами выбор предпочтительности главных, осевых синдромов. В таких случаях трудно выделить какую-либо одну, главную приоритетную причину возникновения заболевания и возникает определенная группа больных, у которых рационально выдвинуть несколько диагнозов или по меньшей мере, не менее двух, что отражается на лечебной тактике и рекомендациях к проводимой и поддерживающей терапии.

Нами обследовано 25 больных с «двойным диагнозом»: органическое расстройство личности + эпилептическая болезнь, на первый план у которых длительное время выступали эмоциональные нарушения. Из них было 14 мужчин, 11 женщин; возраст от 19 до 62 лет.

Депрессивная симптоматика определялась переживаниями тоски и тревоги с той или иной степенью ассоциативной заторможенностью, отчетливыми суточными колебаниями настроения, расстройствами сна и соматическими симптомами депрессии (снижение аппетита, дефицит массы тела, запоры, аменорея).

Выраженность депрессивных идей не достигала у больных бредового уровня. Преобладание тоскливого аффекта сопровождалось развитием идей малоценности и самообвинения, тревожного аффекта — виновности, ипохондрических идей. Наиболее распространенными среди всех депрессивных высказываний оказались ипохондрические идеи.

Больным проводили комплексную терапию (антисудорожную, симптоматическую, антидепрессивную), которую в ходе проводимого лечения подвергали коррекции в связи с осложнениями эмоциональной сферы (дистимии, дисфории, ларвированные депрессивные эквиваленты и другие атипичные ее проявления).

Проведение курса лечения больным с двойным диагнозом не может ограничиться только поддерживающей терапией на длительную перспективу небольшой группой препаратов, а необходимо учитывать в межприступный период лечебную корреляцию, в соответствии со сложным проявлением патогенетических механизмов у этих больных (возникновение атипичических состояний) на этапах невыраженного течения болезни.

УДК 616.89:614.253

СТРУКТУРА ДЕЗАДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ВРАЧЕЙ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

И. С. Витенко

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: врачи семейной медицины, дезадаптивные реакции

Актуальность исследования проблем адаптации врача к профессиональной деятельности не вызывает сомнения, но только в последние годы систематически изучаются внутренние и внешние факторы протекания этого процесса и его нарушения. В возникновении и закреплении дезадаптивных реакций у врачей особую роль играют индивидуально-психологический паттерн реакции, личностные особенности и те способы поведения, которые врач реализует в профессиональной деятельности.

С целью выявления структуры дезадаптивных реакций врачей нами было проведено обследование 270 врачей общей практики.

Структура дезадаптивных реакций у врачей общей практики состоит из пяти типов дезадаптивных реакций: астенический (33 %), гиперестезический (22 %), апатический (16 %), депрессивный (17 %), психосоматический (12 %). Нами были выделены 2 уровня адаптации врача к профессиональной деятельности: высокий уровень адаптации характеризовался высоким уровнем работоспособности, психологического комфорта, наличием резервов для преодоления критических ситуаций, объективных трудностей, связанных с недостатками в современной организации лечебного процесса; низкий уровень проявлялся снижением уровня работоспособности и психологического комфорта в кризисных ситуациях, развитием состояний дезадаптации, проявлениями психологического дискомфорта в повседневной жизни.

В формировании психологической адаптации семейного врача к профессиональной деятельности лежит многофакторная обусловленность, в которой разнообразные факторы представлены в неразрывном комплексе, который определяет уровень адаптации. Разработка и усовершенствование методологии и методики оценки различных уровней адаптации врачей к профессиональной деятельности позволит осуществить прогноз возникновения дезадаптации и адекватно решать вопросы их психокоррекции и психопрофилактики.

УДК 616.89:615.214:612.68

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ДЕЗАДАПТИВНЫЕ, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВРАЧЕЙ ХИРУРГОВ

В. Л. Гавенко, В. В. Бойко

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: качества жизни, расстройства адаптации, врачи хирурги

Резкое снижение средней продолжительности жизни населения, особенно некоторых специфических групп населения, с позиции социальной психиатрии требует специального внимания и массовых популяционных исследований отдельных социальных групп украинского населения, находящихся в наиболее эмоционально-стрессовых условиях работы. К таким группам относятся врачи, и в частности хирурги. Безусловно, наряду со снижением средней продолжительности жизни населения, наличие большого уровня дезадаптивных психических расстройств у врачей хирургов делает необходимым проведение исследований этих лиц с анализом факторов риска развития дезадаптивных расстройств, качества их жизни и постоянно усложняющихся условий их труда, приводящих к хроническим стрессорным перенапряжениям.

Изучение качества жизни хирургов за последние годы с позиций доказательной медицины не проводились и даже первый опыт изучения врачей-интернов и молодых специалистов демонстрирует наличие у них высокого