

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