

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

психоемоціонального напруження, дефіцита ночного сна, вихода на роботу после ночного дежурства, вимушенне порушення режиму харчування, відпочинку, курення, нерідкіє случаи релаксації алкогелем, вираженая гіподинамія і особливо гіпокінезія, что в результаті різко знижує якість життя хірургів і супроводжується дезадаптивними порушеннями і психосоматическими расстройствами. С целью снижения этих расстройств и заболеваний, на основании проведенных исследований, необходимо существенное снижение факторов риска, соблюдение всех требований законодательства и профилактических осмотров, а также создание системы профотбора и реабилитации врачей-хирургов.

УДК 616.89-008.47-053.7-003.96:362.141

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ И ДРУГОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ

*В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, В. В. Бойко*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Ключевые слова:* качества жизни, расстройства адаптации, студенты

Исследования качества жизни всегда заслуживали внимания при квалифицированной, полной оценке симптомов различных заболеваний и их влияния на жизнь человека. Мультидисциплинарные, популяционные исследования в различных регионах страны проводились НИИ кардиологии Москвы и Харькова с участием психиатров ХМИ с целью выявления психических факторов, вызывающих развитие гипертонической болезни и сердечно-сосудистой недостаточности. В ходе работы исследовались условия жизни, учебы, быта студенческой молодежи по 74 позициям.

В результате на протяжении последних 30 лет отмечен неуклонный рост неблагоприятных факторов жизни студентов, которые в некоторых случаях являются прямыми факторами риска развития психических изменений и расстройств, а именно эмоциональное перенапряжение, недостаточный сон, курение, употребление психоактивных веществ, гиподинамия, неполноценное питание, неудовлетворенность выбором профессии и тем, что значительная часть из них не видит перспектив для себя в сфере медицины, что приводит к тому, что около 30 % врачей уходят из медицины. В результате вышперечисленных неблагоприятных условий значительная часть студентов с обучением не справляется и оставляет учебу.

Лечение должно приводить не только к улучшению самочувствия, но и к улучшению качества жизни, которое к сожалению в последние годы имеет тенденцию к ухудшению и требует не только медицинских, но и государственных мер решения данной проблемы, особенно у лиц молодого возраста.

УДК 616.89:616.74-099.56

### ЦІННІСНІ ОРІЕНТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТИЧНОЇ ХІРУРГІЇ

*Л. О. Герасименко*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

*Ключові слова:* косметична хірургія, ціннісні орієнтації

На сучасному етапі технічне оснащення та бездоганне володіння різноманітними методами пластичної хірургії не завжди є гарантією успішної роботи та отримання очікуваного результату у пацієнта. Досить часто пластичні хірурги зустрічаються з психоемоційними проблемами пацієнтів, що призводить до невдоволення результатом, повторних хірургічних втручань, депресивних реакцій у пацієнтів, зниження самооцінки.

У зв'язку з актуальністю проблеми було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження (методика «ціннісні орієнтації» М. Рокича) 67 жінкам, які зверталися за допомогою до пластичних хірургів.

У відповідності до методики М. Рокича, визначали систему ціннісних орієнтацій, що відзначала спрямованість особистості, основні її стосунки, ядро мотивації життєвої активності, життєву концепцію та «філософію життя». Внаслідок цього ми отримали два класи цінностей у даних пацієнтів: перший клас (термінальні) (87,2 %) та другий клас (інструментальні) (17,3 %). В ході дослідження також визначено, що переважно психоемоційні проблеми даних пацієнток такі: надмірна фіксація на косметичному дефекті (28,2 %), перебільшення косметичного ганджу, а іноді надуманого (18,6 %), пов'язування косметичної проблеми з ситуаціями в особистому, сімейному житті (19,7 %), залежність особистого щастя та професійного успіху від результатів роботи косметолога (6,3 %), бажання домогтися позитивного ефекту за короткий час (12,3 %), надія отримати неможливий результат.

УДК 616.89-008.454-085.851

### ДИНАМІКА ДЕПРЕСИВНОЇ ТА ТРИВОЖНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПРЕПАРАТОМ МЕЛІТОР

*К. В. Гринь*

*Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О. Ф. Мальцева, м. Полтава*

*Ключові слова:* рекурентний депресивний розлад, депресивний епізод, тривожність, мелітор

Депресивні розлади — найбільш поширені психічні порушення як в структурі психічної патології, так і серед усіх причин звернення за медичною допомогою. Досліджені фактори розвитку депресій, однак лікування хворих залишається тривалим і складним.

Проведено комплексне обстеження 30 хворих (всі жінки) з депресивними розладами, що перебували на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева. Критерієм включення пацієнтів в дослідження була наявність рекурентного депресивного розладу (F 33), депресивного епізоду (F 32), усвідомлена згода пацієнтів на участь в дослідженні. У відповідності до мети дослідження пацієнти були поділені на дві досліджувані групи. До першої групи увійшли 16 пацієнтів з рекурентним депресивним розладом. Другу групу склали 14 осіб з первинним депресивним епізодом.

Був використаний клініко-психопатологічний метод: шкала Гамільтона для оцінки глибини депресії (HDRS), шкала глобального клінічного враження (CGI), шкала тривожності Спілбергера — Ханіна. Виявлено, що у хворих першої групи редукція депресивної симптоматики при лікуванні мелітором відбувалася на 38,6 % повільніше, ніж у пацієнтів з первинним депресивним епізодом, а зниження рівня тривожності — на 24,7 % відповідно.

Результати проведених досліджень показали, що редукція депресивної та тривожної симптоматики при рекурентних депресіях з тривалим перебігом відбувається повільніше, ніж при первинному депресивному епізоді.

УДК 616.33/34:616.1]-056.1

### АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

*Н. В. Гринько*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*Ключові слова:* акцентуовані особистості, поєднана патологія, опитувальник Шмішека

На сьогоднішній день психосоматичні розлади складають значну частину «хвороб цивілізації» і протягом останнього століття є об'єктом інтенсивних досліджень в рамках так званої психосоматичної медицини. Особливо зросла їх роль в структурі загальної захворюваності. Індивідуальні особливості емоційно-особистісної сфери відіграють значну роль у розвитку та прогресуванні захворювань, а також займають чільне місце у клінічній картині хвороби. За концепцією К. Леонгарда «акцентуованих особистостей», притаманні особистості риси можуть бути поділені на основні та такі,