

навантаження, яке призводить до розбалансованості функціонування вегетативної нервової системи).

Важливим сучасним проявом психосоматики є метаболічний синдром X, який призводить до виникнення основних «хвороб цивілізації» — ожиріння, гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, цукрового діабету.

УДК: 616.895.4-08

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

*А. М. Кожина, Л. М. Гайчук*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Ключевые слова:* депрессивные расстройства, подходы к терапии, велаксин

По данным ВОЗ 6 % населения земного шара страдают депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15—20 % среднегодовой прирост составляет 122,8 млн новых случаев. ВОЗ сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессивные расстройства выходят на первое место среди причин потери трудоспособности дееспособной частью населения экономически развитых стран.

Цель исследования: изучение особенностей клинической картины и разработка патогенетически обоснованной системы коррекции депрессивных расстройств.

Для решения поставленной цели нами проведено комплексное обследование 65 больных с депрессивными расстройствами в возрасте 17—35 лет, обою пола, со средней длительностью заболевания 2,9 года.

Согласно полученным данным, в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются подавленность настроения и аффект тоски, астенические симптомы, а также различные тревожные проявления. У подавляющего большинства больных были выявлены различные нарушения цикла сон — бодрствование. Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегетовисцеральными расстройствами.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,3 % случаев, неврастенический — в 38,9 % и тревожно-тоскливый — в 16,8 % случаев.

Поскольку депрессивные расстройства ассоциированы в рамках моноаминовой теории депрессии, согласно которой торможение метаболического оборота серотонина и норадреналина в некоторых отделах мозга, в частности в стволовых структурах и префронтальной коре, является одним из нейробиологических механизмов формирования тревоги и депрессии, оптимальными для терапии депрессивных расстройств являются ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, что обусловило применение в нашей работе препарата Велаксин.

В ходе проводимой фармакологической монотерапии применялся Велаксин® пролонгированного действия в дозе 75 мг 1—2 раза в сутки на протяжении от 1 до 6 месяцев. Начальный антидепрессивный эффект препарата достигался на 4—7 день регулярного приема, положительная динамика состояния с достоверной редукцией основных симптомов выявлялась к началу 2-й недели, и вполне отчетливо — в начале 3-й недели терапии.

В целом Велаксин® оказался эффективен у 87,9 % больных, у 68,1 % больных отмечалось полное, а у 23,8 % частичное купирование депрессивной симптоматики. На фоне применения препарата нами отмечена редукция тревожно-депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, нормализация фона настроения. Характерным было улучшение когнитивных показателей больных, стабилизация вегетативного статуса. Происходило повышение психофизической активности,

увеличение уверенности в собственных силах, что позволяло возобновить привычный двигательный режим.

Проведенное исследование показало высокую эффективность применения препарата Велаксин® в терапии тревожно-депрессивных расстройств у лиц молодого возраста.

УДК 616.89-08-036.66

### РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, Г. А. Самардакова*

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Ключевые слова:* психообразование, психосоциальная реабилитация

Борьба с дискриминацией и стигматизацией потребителей психиатрических услуг является приоритетом как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации. ВОЗ предполагает проведение в странах Европы, цель которого — дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей.

Для отечественной психиатрической практики психообразовательная работа с психическими больными и их родственниками является совершенно новым видом лечения и реабилитации. Между тем, в зарубежной литературе психообразование представлено как один из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий.

Психообразование — осуществляемый поэтапно процесс обучения потребителей психиатрической помощи и членов их семей в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на установки и поведение в отношении собственного здоровья.

Психообразовательная работа с душевнобольными и их родственниками является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства.

Психообразовательные программы ставят перед собой следующие основные задачи, которые тесно связаны между собой:

1. Собственно «образование» путём доступного для каждого пациента и его/её семьи предоставления информации о природе заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, приверженности); распознавании и действиях при ранних признаках релапса.

2. Выработка у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения).

3. Обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладения со сложными ситуациями.

4. Эмоциональная поддержка в ситуации, когда пациент узнает о своем заболевании.

5. Улучшение адаптации пациента и его семьи.

В ходе обучения, как пациенты, так и их родственники, учатся распознавать болезненные переживания в самом начале их возникновения, проводить грань между болезненными и здоровыми проявлениями психики, начинают соблюдать сроки посещения и обращаться за медицинской помощью при появлении первых признаков болезни.

Таким образом, психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.