

**СИТУАТИВНО-СОМАТИЧНИЙ
ТА ПСИХОЛОГО-ОСОБИСТІСНИЙ ФАКТОРИ
У ПЛАНУВАННІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ**

М. В. Маркова, І. Р. Кужель

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
Київська міська онкологічна лікарня*

Ключові слова: медико-психологічна допомога, онкологічні хворі, ситуативно-соматичний фактор, психолого-особистісний фактор, паліативна допомога.

Поширеність психічних розладів та специфіка психологічних реакцій у онкологічних хворих у термінальній стадії захворювання зумовлює потребу у розпізнаванні даних станів та практичних навиках ведення пацієнтів даної категорії. Проводити оцінку психічного стану пацієнта можна на різних рівнях: клініко-психологічному, патофизиологічному, клініко-психопатологічному. Кожен з рівнів відображає окремий пласт у психоемоційному стані хворого. На клініко-психологічному рівні в оцінці психоемоційного статусу важливим є розрізнення ситуативно-соматичного та психологічно-особистісного факторів у формуванні психічних порушень у хворого. Виділення психолого-особистісного та ситуативно-соматичного фактора є умовним, в даному випадку варто говорити про домінування того чи іншого фактора у формуванні психоемоційного стану.

Ситуативно-соматичний фактор відображає рівень соматичного (фізичного) дистресу, обумовленого, поперше, перебігом хвороби та її ускладненнями, по-друге, ступенем контролю соматичних симптомів. Тобто, ситуативно-соматичний фактор корелює з рівнем соматичного благополуччя. Високий рівень соматичного дистресу, його тривалість, низький ступінь контролю симптомів зумовлюють перехід від реакції до ендореактивного стану. Психологічно-особистісний фактор відображає внутрішньоособистісні реакції та переживання відносно хвороби. Значення даного фактора зростає відповідно до тих змін у житті людини (соціальних, психологічних, фінансових), що спричинила хвороба. Психоемоційний стан в аспекті психолого-особистісного фактора описується через такі поняття: внутрішня картина хвороби, тип реагування на захворювання, психологічні механізми захисту, індивідуально-типологічні властивості особистості, домінуючі копінг-стратегії, ієрархія цінностей.

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Київської міської онкологічної лікарні, відділення паліативної медицини протягом 2009 та I-го кварталу 2010 року обстежено 405 інкурабельних онкологічних хворих, які отримували паліативну допомогу (179 чоловіків та 226 жінок у віці від 20 до 87 років, середній вік складав 60,5 років).

Домінуючий психолого-особистісний фактор у загальній вибірці визначений для $13 \pm 3,4$ % пацієнтів (серед жінок даний фактор складав $11,5 \pm 3,2$ %; серед чоловіків — $14,5 \pm 3,5$ %). Ситуативно-соматичний фактор визначений як домінуючий у $57,6 \pm 4,9$ % пацієнтів (у $57,1 \pm 4,9$ % жінок та $58,1 \pm 4,9$ % у чоловіків). У рівній мірі прояву дані фактори визначені у $29,4 \pm 4,6$ % обстежених у вибірці (у жінок $31,4 \pm 4,6$ % та $27,4 \pm 4,5$ % чоловіків).

Виділення вищезазначених факторів у практичному аспекті було використано для розробки індивідуалізованої тактики медико-психологічної допомоги. Так, домінування психолого-особистісного фактора передбачало застосування психокорекційних заходів (переважно орієнтованих на усвідомлення та рефлексію внутрішньоособистісних переживань), тоді як ситуативно-соматичного — першочергово контроль за рівнем соматичного дистресу, що в аспекті психологічної допомоги виражалось у навчанні технікам релаксації, креативної візуалізації.

**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АУТОАГРЕССИИ
У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Н. А. Марута, И. А. Явдак

ГУ «ИНПН АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: аутоагрессия, депрессии, возраст

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что в структуре психических расстройств у лиц пожилого возраста значительное место занимают депрессивные расстройства, формирование которых обусловлено изменениями социального, материального, психологического состояния и физиологическим старением организма. Депрессивные проявления являются важным фактором формирования суицидальной активности. Однако, несмотря на большое количество существующих исследований, вопросы своевременного выявления суицидального риска у больных пожилого возраста изучены недостаточно и требуют детальной разработки.

Целью проведенного в отделе неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН АМН Украины» исследования было изучение клинико-психопатологических предикторов формирования суицидального риска у больных депрессивным эпизодом (F 32) пожилого возраста для усовершенствования критериев диагностики и прогнозирования суицидального риска.

Использованы клинико-психопатологический и патофизиологический (Способ выявления суицидального риска, Способ оценки самосознания смерти) методы. Обследовано 48 пациентов, средний возраст которых составил 67,4 лет. Мужчин было 19, женщин — 29.

Оценка анамнеза и особенностей социального функционирования пациентов позволила выявить наличие психотравмирующих факторов в виде потери работы в связи с выходом на пенсию, утраты близких, утраты привычного круга общения, распада семьи, смены места жительства, что вело к ухудшению личностной реализации и способствовало эмоциональной изоляции больного. Также часто выявляемым фактором было наличие соматического заболевания, что усиливало пессимистическую оценку больными своего будущего. У большинства — 31 (64,6 %) обследованных факторы психической травматизации носили сочетанный характер.

Депрессивная симптоматика, помимо сниженного настроения, тревожности, расстройств сна, характеризовалась наличием выраженного тоскливого аффекта в сочетании с сенесто-ипохондрическими жалобами, которые являлись почвой для пессимистической трактовки больными своего будущего. Суждения об утрате смысла жизни активно высказывали 12 (25,0 %) обследованных. Однако при дополнительном опросе и обследовании пессимизм, ощущение «тупика» и «бессмысленности» жизни выявлялись у 29 (60,4 %) больных.

Обследование больных депрессивным эпизодом с помощью методики «Способ выявления суицидального риска» свидетельствовало о высоком уровне суицидального риска (средний показатель по группе — 29,8 баллов).

Обследование с помощью методики «Способ оценки самосознания смерти» позволило выявить персональное отношение больных к смерти и к прерыванию жизни. Средние показатели по методике «Способ оценки самосознания смерти» составили 23,7 баллов. У 25 (52,1 %) из указанных больных данные показатели были выше 23 баллов (средний показатель — 27,7 баллов), что свидетельствовало о высоком самосознании ими смерти и носило антисуицидальный характер. У данных больных выявлялись более гармоничные отношения с близкими, чувство ответственности перед ними.

Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень суицидального риска у больных депрессивным эпизодом пожилого возраста высокий и не всегда соответствует уровню самосознания смерти. Формирование аутоагрессивного поведения у них обусловлено не только структурой депрессивной симптоматики, но и особенностью их социального функционирования.