

**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, по-перше, 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.

Построение лечебных и реабилитационных программ должно быть направлено не только на купирование депрессивной симптоматики, но и на адаптацию пациентов в социуме, изменение стереотипов микро- и макросоциального общения.

УДК 616.89-008.441.1:616.851

АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ РОЗЛАДІВ З УРАХУВАННЯМ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФАКТОРІВ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ

Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», м. Харків*

Ключові слова: психотерапія, тривожно-фобічні розлади

На сучасному етапі терапії тривожно-фобічних розладів приділяється значна увага, що пов'язано з уточненням питань про клінічний та патогенетичний поліморфізм тривоги. Уявлення про тривожно-фобічні розлади як про психогенні поясне адекватності застосування комплексної терапії з обов'язковим включенням психотерапевтичних підходів, враховуючи специфіку факторів психічної травматизації у хворих на дану патологію. Тому метою дослідження стала розробка системи патогенетично зумовленої психотерапевтичної корекції у хворих на тривожно-фобічні розлади з урахуванням особливостей факторів психічної травматизації.

Використовували клініко-психопатологічний метод в сполученні з «Анкетую характеристик факторів психічної травматизації», методика вивчення ціннісних орієнтацій в модифікації О. Б. Фанталової (1993) — для дослідження ієрархії цінностей, наявності внутрішньоособистісних конфліктів та інтегративний показник якості життя (Mezzich, Cohen, Ruiperez, Lui & Yoon, 1999) — для оцінки ефективності психокорекції.

Обстежено 47 хворих на тривожно-фобічні розлади, серед них 29 жінок та 18 чоловіків. Система лікування будувалась з урахуванням особливостей клінічних проявів, ціннісних орієнтацій та факторів психічної травматизації і включала медикаментозну та психотерапевтичну корекцію.

Ієрархія цінностей у хворих на тривожно-фобічні розлади мала загальнонормативний характер та характеризувалась переважанням таких категорій: «Щасливе сімейне життя» (8,46 балів), «Здоров'я» (8,2 балів), «Кохання» (7,26 балів) та «Впевненість у собі» (6,6 балів). Найбільш доступними цінностями хворі на тривожно-фобічні розлади вважали свободу як незалежність у діях та вчинках (7,33 балів), наявність хороших та вірних друзів (7,2 балів) і красу природи та мистецтва (5,93 балів).

Тривожно-фобічні розлади формувалися під впливом поєднаних, хронічних, суб'єктивно неподоланих факторів психічної травматизації, серед яких переважали відсутність здоров'я (5,87 балів), конфлікти у сімейному житті (3,37 балів) та невпевненість у собі (2,31 бали). Можна відзначити, що фактор психічної травматизації є складовою багатогранною і полягає в тому, що основні цінності, які є важливими для цієї групи хворих, сприймаються як недоступні та недосяжні.

Розроблена система психотерапевтичної корекції заснована на принципах диференційованого характеру і комплексності психотерапії, дотримання етапності та послідовності в її реалізації, поєднання методів індивідуальної та групової психотерапії, а також її оптимальної тривалості. В ході психотерапевтичного впливу було виділено 4 етапи: 1—3 проводились в умовах стаціонару (21—22 дні), 4 етап — амбулаторно. 1 етап складався з 2—3 індивідуальних та 2—3 групових занять тривалістю 30 хвилин і 1,5 години відповідно і включав переважно особистісно-орієнтовану терапію з використанням технік нейролінгвістичного програмування, зокрема «якоріння», для корекції переживань у напрямку зміни значення їхнього змісту. На 2 етапі базовим методом психотерапевтичного впливу була когнітивно-поведінкова психотерапія. Терапевтичні техніки в рамках такого підходу дозволяли виявити, проаналізувати і скоректувати помилкові концептуалізації та дисфункціональні переконання пацієнтів, допомагали їм мислити і діяти більш відповідно та

адаптивно до значущих ситуацій. На етапах стаціонарного лікування індивідуальні заняття проводили 3 рази на тиждень, групові — щоденно. 3 етап включав 2—3 індивідуальних і 3—5 групових занять з акцентом на функціональний тренінг, який допомагав хворим протистояти фобічним стимулам. 4 етап передбачав закріплення досягнутого терапевтичного ефекту, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій, включав раціональну психотерапію та функціональний тренінг протягом 4 місяців.

Середній показник якості життя у хворих на тривожно-фобічні розлади на початку лікування становив 5,8 балів і підвищився наприкінці лікування до 7,1 балів, що відображає достовірне покращання стану хворих та свідчить про ефективність проведеної терапії.

УДК: 616.89-036.82

К ВОПРОСУ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

В. И. Мельник, А. В. Мельник

*Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии
и наркологии, г. Киев*

Ключевые слова: психически больные, общественно опасные действия, социальная реабилитация

Профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных — одна из современных важнейших задач психиатрии вообще и судебной психиатрии в частности. В системе мер профилактики ООД психически больных важное место занимают принудительные меры медицинского характера (ПММХ), проводимые в условиях психиатрических стационаров. Известно, что ООД совершают психически больные с различными психическими расстройствами, а, следовательно, и на принудительном лечении одновременно находятся клинически разнородные больные. Поэтому к данному контингенту больных не могут быть применены унифицированные профилактические (лечебно-реабилитационные) программы, они должны быть сугубо индивидуализированными. Существенную роль в реабилитационной программе играет решение вопросов социальной защиты этих больных. Наибольшие сложности в этих случаях представляют социально дезадаптированные психически больные, утратившие связи с родственниками, семьей и не имеющие жилья. Такие больные, как правило, всецело зависимы от окружающей среды и прогностически неблагоприятны. В связи с этим они подолгу находятся в психиатрических стационарах. На наш взгляд, разрешение этой проблемы возможно при организации для этой категории больных домов-интернатов, ориентированных на социально-трудовую реабилитацию. Однако реальное решение этой проблемы невозможно только силами психиатрической службы, без участия всех тех организаций и учреждений, которые имеют отношение к социальной сфере в нашей стране.

УДК 612.821+616.89

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Б. В. Михайлов

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Ключевые слова: эффективность, психотерапия, помощь

Модернистски-технократическое развитие общества обусловило повышение качества повседневной среды обитания человека. Однако это же послужило причиной вторичного формирования условий, оказывающих негативное воздействие на организм человека и популяцию в целом: ухудшение экологии, увеличение социально обусловленных стрессогенных факторов, возрастание количества и масштабов техногенных катастроф, возникновение целого ряда новых и патоморфоз существующих заболеваний.