

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», методуки 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 формувались 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.

Анализ изменений структуры заболеваемости расстройствами психики и поведения показывают, что практически 100 % прироста обусловлены непсихотическими, так называемыми пограничными расстройствами. Наряду с этим наблюдается куда более значительный рост по всем основным классам соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), в генезе которых значительную роль играют психосоматические механизмы. В свою очередь «внутренний» анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой — состояниями, которые привычно диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония.

Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации.

Проведенные нами исследования позволили выделить 5 типов психосоматических соотношений:

1. Соматизированные психические реакции — соматоформные расстройства личности-конституционального регистра (невротические расстройства, невропатии и личностные развития).

2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием.

3. Органные или системные соматические поражения психосоматического характера.

4. Реакции экзогенного типа (соматогении).

5. Соматопсихическая коморбидность — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Вследствие этого базисным направлением в лечении больных невротическими и соматоформными расстройствами в настоящее время является психотерапия. Используется практически весь спектр современных форм и методов психотерапии. Широко применяется рациональная терапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, групповая, аналитическая, бихевиоральная, позитивная, клиент-центрированная терапия и др. Однако, несмотря на приоритетность психотерапевтической коррекции, превалирование в клинической картине соматовегетативных компонентов не дает возможности обойтись без медикаментозной терапии.

Вместе с тем, отсутствуют критерии оценки эффективности психокоррекционных мероприятий. До настоящего времени эта оценка происходит, как правило, по субъективному восприятию пациента.

Для становления объективных критериев эффективности психотерапевтической и психокоррекционной работы необходимо использование клинических шкал, психологических методик, учет социальной динамики пациента. Все это требует формального оформления в виде терапевтического контракта.

УДК: 616.831-005.1:616.127-005.8:616.89-008.46

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

В. Б. Михайлов

Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3

Ключевые слова: инфаркт миокарда, мозговой инсульт, непсихотические психические расстройства, принципы психотерапевтической реабилитации

В последние годы в Украине отмечается значительный рост заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями. У большинства больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ), отмечаются различные непсихотические психические расстройства.

Целью исследования явилась разработка современных принципов психотерапевтической реабилитации непсихотических психических расстройств у больных, перенесших ИМ и МИ.

Обследовано 30 пациентов с ишемическим МИ и 30 пациентов с ИМ.

Основными методами обследования были: клинические, психодиагностические, статистические.

Исследование показало, что у больных, перенесших МИ, первичен когнитивный дефицит, и на его фоне происходит отсроченное формирование тревожно-депрессивных расстройств; при ИМ доминируют тревожно-депрессивные нарушения, к которым присоединяются личностные реакции, когнитивные расстройства.

Нами предложена система дифференцированных медико-психологических реабилитационных мероприятий. Основными принципами ее являются: этапность, дифференцированность, комплексность, конечная социальная направленность результатов. Она включает у больных с МИ применение когнитивного тренинга, индивидуальной и групповой гипносуггестивной психотерапии с элементами аутотренинга; у больных с ИМ — личностно-ориентированной психотерапии.

УДК 616.45-001.1/3:616-001-08:001.8

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б. В. Михайлов, А. А. Григорович

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психокоррекция, посттравматический стресс

В последние годы в Украине значительно увеличилось число нарушений психической сферы, клиническая структура которых соответствует «посттравматическому стрессовому расстройству» (ПТСР).

Проблема привлекает к себе внимание не только клиницистов, но и организаторов здравоохранения. Актуальность проблемы ПТСР возрастает в условиях роста катастроф и стихийных бедствий. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение посттравматических стрессовых расстройств, их клиники, диагностики и терапии.

Нами было проведено сравнительное изучение 200 больных с ПТСР в различных регионах Украины. Было выбрано 3 модельных региона:

- Луганская область — как регион с наиболее частыми и массивными техногенными катастрофами, прежде всего, на угольных шахтах.

- Харьковская область — крупнейший научно-технический центр Украины со значительными миграционными потоками населения. В области действуют факторы сочетания местных техногенных катастроф (авария очистных сооружений 1995 г.) и наличия значительного контингента пострадавших миграционного характера (участников локальных военных конфликтов).

- Закарпатская область — регион Западной Украины с частыми стихийными бедствиями.

Для изучения больных использовались клинико-психопатологические, экспериментально-психологические и нейрофизиологические методы.

В результате проведенных исследований были получены следующие данные. 64 % всех обследованных больных с ПТСР составили лица, перенесшие техногенные катастрофы — аварии на шахтах, промышленных предприятиях. 7,0 % составили участники боевых действий. 6,0 % подверглись действию других стрессогенных факторов — насилию, были участниками или свидетелями авткатастроф с человеческими жертвами и пр., 23 % — лица, пострадавшие вследствие стихийных бедствий.

У всех больных отмечалась типичная симптоматика в виде обсессивных реминисценций сюжетно-зависимого, коррелирующего с психогенией характера, агрипнических