

шкале Гамильтона, обнаружила достоверное существенное снижение уровня тревожно-депрессивных агрипнических расстройств уже к 14-му дню по всем критериям. К концу курса (к 30-му дню исследования) уровень депрессивного настроения снизился на 79 %, чувство вины — на 85 %; антивитальные переживания — на 83 %; соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта — на 95 %, соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы на 89 %.

УДК: 615.851+159.9]:616-07.001

Заседа Ю. И.

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Под психофеноменологическим профилем мы понимаем своеобразие клинко-психофеноменологических особенностей пациента с позиций психотерапии; фактически — это совокупность нормальных и клинических психотерапевтических феноменов и их пропорция. Целью определения психофеноменологического профиля является определение индивидуальных акцепторных особенностей пациента, которые выступают в качестве своеобразного маркера для адекватного подбора специфического, индивидуализированного арсенала средств и методов психотерапии. Очевидно, что это понятие касается преимущественно феноменов первого класса (феномены «со стороны пациента»), но также, в меньшей степени, феноменов третьего (трансперсональные), четвертого (групповые) и пятого (конформные, или индукционные) классов.

Особенности такого профиля крайне индивидуальны и зависят в зависимости от совокупности конституциональных, персонологических, патопсихологических характеристик, присутствующих индивиду. Также на структуру психофеноменологического профиля могут влиять и имеющиеся у данного пациента соматические болезни, возможно, предопределяющие склонность к наличию некоторых психотерапевтических феноменов «со стороны пациента».

В данном исследовании с использованием методов научного поиска, моделирования, индукции, анализа, синтеза мы выявили наиболее часто встречающиеся у пациентов, страдающих некоторыми, преимущественно хроническими, соматическими заболеваниями саногенные и дефензивные феномены. Это объясняется выраженным патопластическим влиянием длительно протекающей, субъективно тягостно переносимой соматической патологии на психику, создающей как органическую, так и психогенную почву для появления характерных особенностей такой психофеноменологической пропорции. Выбор подклассов соматически больных для исследования обусловлен их исключительной важностью, как в плане выбора психотерапевтических инструментов и индивидуализации терапии, так и в плане прогнозирования возможных сложностей и исхода психотерапевтического вмешательства.

В подавляющем большинстве у исследуемых лиц, страдающих тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, определяется повышенный уровень тревожности, склонность к депрессии, низкие уровни самооценки и удовлетворенности качеством жизни. Однако для того, чтобы подобрать оптимальные методы психотерапевтических вмешательств для конкретного пациента, необходимым шагом становится более подробное клинко-психофеноменологическое обследование, результаты которого мы и предлагаем представлять в виде психофеноменологического профиля.

Исследовано несколько групп пациентов, объединенных по признаку наличия соматического заболевания и факту психотерапевтического вмешательства: пациенты, страдающие язвенной болезнью (ЯБ) желудка / двенадцатиперстной кишки, в количестве 25 человек, подвергавшиеся групповой краткосрочной терапии; 20 пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД), посетивших курс групповой психотерапии; 25 пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ); 27 человек, страдающих сердечной недостаточностью (СН), которым была предложена когнитивно-бихевиоральная психотерапия; 30 онкологических больных, прошедших курс групповой психотерапии.

С учётом клинической ситуации в ходе психодиагностического (в контексте психотерапии) и собственно психотерапевтического процессов для каждого из обследованных контингентов были выявлены описанные ниже особенности психофеноменологического профиля. У пациентов, страдающих ЯБ, среди

саногенных феноменов доминировали подкрепление, катарсис, групповая динамика, тогда как из дефензивных удалось выделить агрессию, проекцию, конверсию. Саногенными феноменами, типичными для лиц с СД, явились групповая динамика, катарсис, инсайт; дефензивными — изоляция, конверсия, подавление. Пациенты, перенесшие ИМ, обнаруживали внушаемость, убеждаемость, подкрепление — в качестве саногенных и идентификацию, конверсию — в качестве дефензивных феноменов. Для лиц с СН характерно присутствие феноменов подкрепления, убеждаемости, научения — в качестве саногенных, а также конверсия, регрессия, проекция — в качестве дефензивных. У страдающих онкологическими заболеваниями чаще выявляются акцепция, научение, катарсис как саногенные, и перенос, агрессия, изоляция — как дефензивные феномены.

В проводимой нами работе поднимается вопрос о месте психофеноменологического профиля в структуре психотерапевтического диагноза. По нашему мнению, введение соответствующего раздела диагноза в значительной мере способствовало бы адекватному сопоставлению соответствующими чаще выявляющихся феноменов и психотерапевтических методов, а также позволило бы отражать ассоциированные с ними наличествующие клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

УДК 616.89.02 613.86.70

Зеленська К. О.

Харківський національний медичний університет

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ДЕПРЕСІЯМИ МОЛОДОГО ВІКУ

Психічне здоров'я населення є показником рівня розвитку суспільства. За даними ВООЗ психічні розлади становлять 8,1 % від загальної захворюваності. При цьому встановлено, що саме депресивні розлади стають все більш поширеною патологією, випереджаючи зростання серцево-судинних і онкологічних розладів.

У сучасних дослідженнях підкреслюється, що депресії в осіб молодого віку часто супроводжуються різними формами суїцидальної поведінки, що ускладнює лікування і суттєво впливає на якість життя цих пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити особливості формування суїцидальної поведінки в осіб молодого віку з депресивними розладами.

Для вирішення поставленої мети нами з дотриманням принципів біоетики і деонтології буде проведено комплексне обстеження 100 хворих, обох статей, у віці 18—35 років, з депресивними розладами (F 32.1, F 33.1, F 41.2, F 43.21), в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки.

Отримані в ході аналізу клініко-анамнестичного дослідження дані дозволили нам виокремити основні психотравмуючі ситуації, що призводили до розвитку суїцидальної поведінки в рамках гострої реакції на стрес у осіб молодого віку: ситуації втрати; серйозні фінансові утруднення, несподіваний майновий крах; крах кар'єри; вимушена різка зміна життєвого стереотипу; конфлікти сімейних відносин; конфлікти сексуальних взаємин; переживання, пов'язані з нерозділеною любов'ю.

Результати проведеного нами аналізу властивостей особистості осіб молодого віку, що скоїли суїцидальні спроби, за шкалами СБОУ (Скорочений багатофакторний опитувальник особистості) показав, що в обстежених хворих переважають піки за шкалою депресії (D), що свідчить про наявність зниженого настрою, морального дискомфорту — найвищі показники виявлені як у жінок, так і в чоловіків (60,45 і 59,62 відповідно); за шкалою істерії (Hy), що виявляє особистості, схильні до використання симптомів соматичного захворювання як засобу вирішення конфліктних ситуацій — найвище значення спостерігається у жінок (50,68), у чоловіків даний показник складає 42,56; за шкалою психопатії (Pd), що відбиває імпульсивність, реалізацію емоційної напруженості в безпосередній поведінці, найвищі показники цієї шкали виявлено у чоловіків — 61,38, а у жінок цей результат дорівнює 55,57 балам.

Згідно з даними клініко-психопатологічного дослідження, для осіб молодого віку, що скоїли суїцидальну спробу, найбільш типовими є такі особистісні риси: низька комунікативність, замкнутість, тривожна мистивість, яскраво виражене почуття провини, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, неврівноваженість, підвищена чутливість, вразливість, домагання особливої уваги, визнання.

Вищенаведені дані дозволили нам розробити патогенетично обґрунтовану комплексну систему корекції депресивних розладів, які супроводжуються суїцидальною поведінкою, що включає до себе комплексне застосування медикаментозного, психотерапевтичного та психоосвітнього впливу.

УДК 616.89-008.441.13

Зильберблат Г. М., Войтюк Г. И.

КУ «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение» (Киевская область, Васильковский р-н, пгт. Глеваха)

К ВОПРОСУ ИНТЕГРАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБ

В свете начавшейся реформы здравоохранения с особой актуальностью звучит проблема интеграции двух специальностей: психиатрии и наркологии, которые сейчас искусственно разделены, а в некоторых случаях, по отношению друг к другу, проявляют антагонизм.

Во всем мире (за исключение Албании и Португалии) специализированную врачебную помощь наркобольшим оказывают психиатры, с 1985 года в странах бывшего СССР — врач-психиатр-нарколог. Только в Украине с 1997 года базовое обозначение специальности «психиатр» исчезло и появилась специальность «нарколог». Это в то время, когда во всех действовавших международных классификаторах болезни (МКБ), действующей МКБ-10, подготовленной МКБ-11 наркологические заболевания входят в психиатрический раздел.

Искусственный разрыв наркологии и психиатрии привел к большим организационным сложностям в вопросах оказания помощи наркобольшим, дестабилизации функционирования института районного нарколога, особенно в сельской местности, к ухудшению условий труда среднего и младшего персонала.

В Киевской области (1 711 870 чел.), с учетом ее особенностей (отсутствие областного центра с многотысячным населением, отсутствие областного психиатрического диспансера) за последние 14 лет удалось максимально нивелировать тот «водораздел», который образовался между «психиатрией» и «наркологией».

С 1998 году на базе Киевской областной психбольницы № 1 (800 коек) и Киевского областного наркодиспансера (365 коек) было создано Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение.

В 2006 году в г. Белая Церковь (202,2 тыс. чел.) на базе психоневрологического диспансера создано городское территориальное психонаркологическое медицинское объединение.

В 2008 году в структуре Сквирской ЦРБ (сельский район с 41,06 тыс. населения) на базе психиатрического, наркологического кабинетов и психосоматического отделения (15 коек) создан психонаркологический центр.

В 2009 году на базе психиатрического и наркологического кабинетов Ирпенской (73,6 тыс. чел. населения) городской поликлиники создано психонаркологическое отделение.

Нам удалось интегрировать психиатрические и наркологические подразделения не только на областном и городском уровнях, но и на уровне ЦРБ, что очень важно.

За годы интеграции психиатрии и наркологии в Киевской области улучшились и стали стабильными практически все показатели работы.

К сожалению, остаются не решенными вопросы участия в военно-призывных комиссиях, где мог бы работать один специалист (психиатр или нарколог); оплаты за категорию, при замене отсутствующих работников психиатрических (наркологических) кабинетов; уход на пенсию среднего и младшего персонала наркологических кабинетов и др.

Восстановление приставки «психиатр» к специальности «нарколог» поможет решить многие проблемы, негативно сказывающиеся на организации оказания наркологической помощи, а также позитивно скажется на организации психиатрической помощи населению Украины.

УДК-616.893:616-08:614.2.

Г. М. Зильберблат, Е. А. Еришова, Тимен М. Е.

КУ «Областное психиатрическо-наркологическое медицинское объединение» (пгт. Глеваха)

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Проблема первых психотических эпизодов в последние годы приобрела особую значимость. Можно выделить две основные причины этого: актуальность в клинично-прогностическом

отношении для эффективного оказания психиатрической помощи при условии раннего терапевтического вмешательства и важность данной проблемы в научно-исследовательском плане.

Риск для личности заболевшего и его социального функционирования заключается в ограничении общественных связей, стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза, формировании нейрокогнитивного дефицита, снижении качества жизни.

Особую актуальность приобретает вопрос организации и совершенствования работы отделения первичного психотического эпизода (ППЭ).

В структуре Киевского «ОПНМО» с января 2012 г. открылись два отделения ППЭ (мужское — 50 коек, женское — 40 коек).

Анализируя работу отделений ППЭ за первые 6 месяцев мы должны отметить целый ряд проблем: организационные — отсутствие утвержденных штатов; профессиональные — «анозогнозия» коллег из других общепсихиатрических отделений; необходимость пересмотра существующих критериев регламентации показаний для госпитализации больных с ППЭ.

Решение кадрового вопроса, на наш взгляд, было простым: 2 отделения (мужское и женское) с лучшей материальной базой, наиболее подготовленными заведующими и персоналом, правильно понимающими поставленные перед ними задачи. Штаты были укомплектованы по ведомости замены (соответствовали 60—70 коечным общепсихиатрическим отделениям), с обязательным участием психолога, соц. работника, труд. инструктора.

Для преодоления «анозогнозии» коллег, необходимы постоянная демонстрация сложных больных с ППЭ, высокие показатели работы отделения ППЭ.

Проанализировав 407 случаев госпитализации больных — в мужском (197) и женском (230) отделениях, мы считаем, что кроме кратности приступов (3 приступа), длительности заболевания (5 лет), важным показателем отбора больных для госпитализации в отделение ППЭ является степень глубины дефекта, личностная сохранность и социальная адаптированность пациента.

Мы расширили показания к лечению без акцента на количество обострений и длительность заболевания: F 20—F 29, F 30—F 33, F 10.5 — F 19.5 (1х.50-1х.56), комбинированные адекватные расстройства — F 20 — F 29, F 30—F 33/F 10 — F 19 до декомпенсации с психотическими проявлениями на фоне расстройств личности.

Противопоказаниями были: наличие выраженного эндогенного дефекта, социальная опасность пациента и принудительные меры медицинского характера.

В своей работе мы столкнулись с «ложным» первичным психотическим эпизодом, т. е. пациентами, перенесшими ранее психотические эпизоды, которые не были своевременно диагностированы, пролечены и поступили в отделение с нарастающим дефектом.

Создание отделений ППЭ является важной необходимой составляющей в повышении качества оказания помощи психически больным.

УДК 616.89-008.47.008.041 (-202)

Зінченко О. М.

Міністерство охорони здоров'я України (м. Київ)

ОСНОВНІ ТЕНДЕНЦІ ГРОМАДСЬКОГО ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Повне фізичне, психічне і соціальне благополуччя Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила як здоров'я, роблячи акцент на тому, що під «здоров'ям» не можна розуміти лише відсутність хвороб або фізичних вад. Рівень психічного здоров'я популяції, ступінь поширеності в ній психічних захворювань, алкоголізму та наркоманії, розумової відсталості, суїцидів об'єднані в запропоноване ВООЗ поняття «громадське здоров'я».

Проблеми в сфері громадського психічного здоров'я чинять негативний вплив на здоров'я населення в цілому, на формування якості інтелектуального, трудового та людського потенціалу, викликають величезні соціально-економічні втрати, сприяють наростанню у суспільстві напруженості. На думку експертів ВООЗ, масштаб проблеми дає підстави розглядати психічні хвороби, включаючи алкоголізм і наркоманію, як основну загрозу здоров'ю та продуктивності нації. На психічні та поведінкові розлади страждає протягом життя більше 25 % населення світу.

У зв'язку з цим виникає необхідність вивчення основних сучасних тенденцій громадського психічного здоров'я сільського населення України з метою наукового обґрунтування та