

положением в обществе, обстановкой в государстве, сферой услуг и медицинского обслуживания), пожалуй, единственным инструментом, позволяющим облегчить воздействие социальных фрустрирующих факторов, является система психокоррекционных мероприятий [7], направленная либо на их сублимацию, либо, по крайней мере, на достижение адекватного катарсиса.

Список литературы

1. Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях [Текст] : метод. пособие / под ред. В. М. Бурыкина. — М.: ГУК МВД России, 2004. — 240 с.
2. Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел [Текст] : метод. пособие / под ред. М. И. Марьина. — М.: ГУК МВД России, 2002 — 270 с.
3. Николаев Е. Л. Динамика научных представлений о неврозах: от биологической модели — к культурной [Электронный ресурс] / Е. Л. Николаев, Е. С. Сулова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 5. Режим доступа : URL : http://medpsy.ru (дата обращения: 29.01.2012.).
4. Агишева Н. К. Конфликт как предмет научного анализа [Текст] / Н. К. Агишева // Медична психологія. — 2007. — № 3. — С. 3—10.
5. Кожевникова В. А. Особенности и закономерности трансформации ценностно-смысловой сферы у лиц, переживших экстремальные события [Текст] / В. А. Кожевникова // Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія». — 2003. — № 599. — С. 160—162.
6. Вассерман Л. И. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение [Текст] : методические рекомендации / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Березин М. А. — СПб., 2004. — 27 с.
7. Михайлик О. П. Психотерапевтична корекція патології психосоматичного походження внаслідок порушення процесу адаптації до навчання у військових формуваннях [Текст] / О. П. Михайлик // Медична психологія. — 2010. — № 3. — С. 26—29.

Надійшла до редакції 17.09.2012 р.

В. Ю. Омелянович

Зниження рівня соціально-психологічної фрустрації як один з важливих напрямків психопрофілактичних заходів в системі органів внутрішніх справ

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького (м. Донецьк)

Викладені результати аналізу впливу соціально-психологічних фрустраторів на рівень психічної адаптації до служби в органах внутрішніх справ. Відокремлені комплексні соціально-психологічні фруструючі фактори, надана оцінка їх значущості для різних гендерів та певних категорій працівників ОВС, конкретизовані напрямки модернізації психопрофілактичної роботи.

Ключові слова: психічна дезадаптація, психосоматичні розлади, симптоматичний дистрес, працівники органів внутрішніх справ.

V. Yu. Omelyanovich

Level recession of social-psychological frustration as one of important trends of psychoprophylactic measures in internal affairs body system

Donets'k National medical University named after M. Gor'ky (Donets'k)

There have been presented analysis results as to the influence of social-psychological frustrators on the level of psychic adaptation to service in internal affairs bodies. Mixed social-psychological frustrating factors have been defined, their value for different genders and certain categories of the IAB employees has been assessed, trends to modernize psychoprophylactic activity have been specified.

Key words: psychic disadaptation, psychosomatic disorders, symptomatic distress, internal affairs body employees.

УДК 616.89-08:615.214

С. Г. Полшкова

Український науково-дослідницький інститут соціальної і судової психіатрії і наркології МЗ України (г. Київ)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛИЦ ОПАСНЫХ ВИДОВ ПРОФЕССИЙ

В данной статье мы описали разработанную нами систему комплексной терапии лиц опасных видов профессий, которая включает использование фармакотерапии в сочетании с физиотерапией и психотерапией (индивидуальной, групповой и семейной). Были использованы психодинамический, психодраматический и арт-подход.

Эффективность разработанной системы комплексной терапии была оценена по результатам динамики согласно клинических шкал HAM-D, HAM-A, CGI-S и CGI-I, и доказано, что разработанная система комплексной терапии является эффективнее использования стандартной терапии (фармако- и физиотерапия).

Ключевые слова: система терапии, аутоагрессия, опасные виды профессий.

Актуальность исследования психического здоровья лиц, работающих в опасных условиях, обусловлена частыми экстремальными ситуациями на предприятиях, низкой эффективностью существующих терапевтических и психопрофилактических мероприятий [1—3].

Опасной среди гражданских профессий считают профессию горняка. По данным Госнадзорохрантруда в Украине на производстве ежегодно погибает до

1,5 тыс. человек (рис. 1). Главная причина смерти работников — производственные травмы. Чаще всего причиной несчастных случаев на производстве является игнорирование норм охраны труда, а иногда работники находятся на рабочем месте в состоянии алкогольного опьянения.

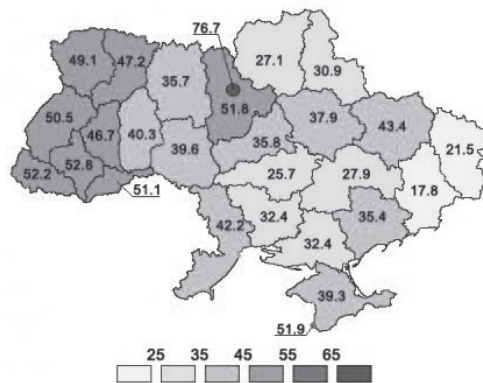


Рис. 1. Карта общих баллов травматизма на производстве по регионам Украины [4]

© Полшкова С. Г., 2012

Известно, что сохранение трудовых ресурсов, жизни и здоровья работающего населения — это один из важнейших факторов экономического роста. В результате осознания этого факта уровень производственного травматизма и профзаболеваний в Европе за последнее время значительно снизился.

Вышеупомянутое обуславливает высокую значимость проблемы изучения человека как субъекта деятельности. Существуют данные, что выбор опасных видов профессий, наряду с экстремальными видами спорта, рискованным сексуальным поведением, алкоголизмом и наркоманией, можно считать проявлением саморазрушительного поведения, а именно — активности, направленной (сознательно или подсознательно) на причинение себе вреда в физической и психической сферах.

На современном этапе развития науки человек рассматривается как биопсихосоциальная система, которая существует в сложном непостоянном социуме. В научной терминологии сосуществуют описания биопсихосоциальной и диатез-стрессовой модели [5—7]. Согласно последней биологический диатез или биологическая уязвимость становится болезнью только при условии влияния стрессоров — неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов. Вредные психические факторы встречаются практически всегда в социально-психологической сфере современной цивилизации, что некоторые авторы называют цивилизационным влиянием, или футурошоком, что в свою очередь может приводить к развитию психосоматических заболеваний у данной категории лиц [8].

Существует множество психосоматических теорий, которые исходят из дифференцированных психологических конструкций. Однако, несмотря на разнообразие психосоматических теорий, актуальным остается вопрос терапии пациентов с психосоматическими расстройствами [9]. В последнее время изучается феномен аутоагрессивного поведения с позиций психосоматики. И сегодня аутоагрессивное поведение ставится в один ряд с такими психосоматическими заболеваниями как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь, бронхиальная астма, сахарный диабет и проходит те же этапы социогенеза, психогенеза и патогенеза.

Этапы развития психосоматического заболевания

| | |
|------------|---|
| Социогенез | I этап — социальный Напряжение и дисбаланс в многоуровневой системе социума |
| | II этап — психологический Воздействие значимого для личности стрессора, его взаимодействие с наиболее уязвимой «жизненной сферой» |
| Психогенез | III этап — психофизиологический Взаимодействие стрессора с психофизиологическим субстратом |
| | IV этап — физиологический Взаимодействие нормы стрессорной реакции с <i>locus minoris resistentis</i> |
| Патогенез | V этап — функциональных нарушений Формирование функционального расстройства |
| | VI этап — органических нарушений Формирование органической патологии — психосоматического заболевания |
| | АГ ИБС ЯБ БА |
| | АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ |
| | VII этап — обострение психосоматического заболевания |

Таким образом, проблема помощи пациентам с аутоагрессивным поведением (на примере лиц опасных видов профессий) является актуальной.

Поэтому в нашей работе мы исследовали лиц опасных видов профессий (с высоким риском аутоагрессивного поведения). Исследование горняков проводилось на базе Донецкой областной клинической больницы профзаболеваний, а машинистов и помощников машинистов — на базе Железнодорожной клинической больницы № 1 ст. Киев.

Обследование с помощью разработанной нами «Карты обследования пациентов с высоким риском аутоагрессивного поведения» позволило более детально изучить медико-психологическое состояние обследованных, составить индивидуальную программу медико-психологической реабилитации, а также, с учетом особенностей каждого обследованного дала возможность объединения их в однородные по психотерапевтическому запросу группы для проведения групповой психотерапии.

Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения «Statistica 8.0» и включала использование параметрических и непараметрических критериев достоверности полученных данных, корреляционный анализ. Также рассчитывали коэффициент детерминации («квадрат коэффициента корреляции»).

Все обследованные нами пациенты были мужского пола, средний возраст 37,3 ± 1,7 года, то есть трудоспособного возраста. Нами было обследовано 534 работника опасных видов профессий — горняки угольных шахт, машинисты метрополитена и их помощники и железнодорожники, из них 354 обследованных было отобрано в наше исследование по критериям включения. Из них — 278 горняков и 76 машинистов и помощников машинистов. Все включенные в исследование пациенты не отмечали наличия суицидальных мыслей или суицидальных попыток в анамнезе.

По результатам анализа выявленной психопатологии у обследованных большинство составили психические расстройства невротического регистра, а стержневыми синдромами были тревожно-депрессивный (59,6 %), тревожно-фобический (26,6 %), также встречались депрессивно-ипохондрический (8,7 %) и астено-депрессивный (5,1 %) синдромы (рис. 2).

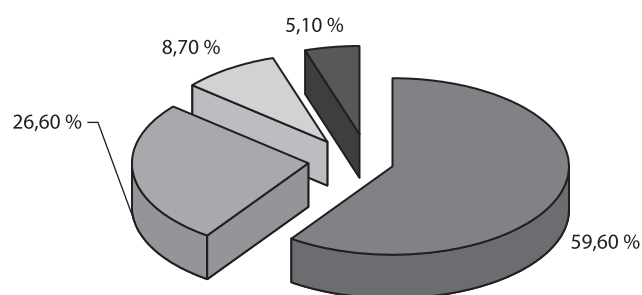


Рис. 2. Распределение обследованных пациентов в зависимости от выявленного синдрома

Основной характеристикой больных с тревожно-депрессивным синдромом был подавленное настроение с выраженным тревожным аффектом. При тревожно-фобическом синдроме были разнообразные анксиозные состояния. Депрессивно-ипохондрический синдром определялся ипохондрическими опасениями, как правило, навязчивого характера. А при астено-депрессивном

синдроме були подавлений фон настроєння с чувством утрати життєвнєго тону, сил и желаний.

Проведенное исследование клинко-психопатологической структуры психических расстройств позволило нам разработать систему терапии для работы с лицами опасных видов профессий (с высоким риском аутоагрессивного поведения), которая максимально полно охватывала имеющиеся проблемы и учитывала особенности обследованного контингента.

При планировании потока пациентов учитывалась мотивация к участию в психотерапевтических программах, предполагалась идентификация запроса на психотерапевтическую помощь и формулирование психотерапевтического заказа для последующей реализации индивидуальных психотерапевтических программ. В этом помогало обследование с помощью «Карты обследования пациента с повышенным риском аутоагрессивного поведения», разработанной нами для усовершенствования процедуры диагностики. Один из разделов нашей карты называется «Анализ существующих проблем», который выявляет проблемы и степень дискомфорта, испытываемого пациентами в связи с ними.

Работа с пациентами проводилась в нескольких направлениях: фармакотерапия, терапия средой, индивидуальная, групповая и семейная психотерапия, все это сочеталось с физиотерапией. Пациенты, у которых не было выявлено мотивации и запроса на проведение психотерапии, получали только фармакотерапию в сочетании с физиотерапией.

Таким образом сформировалось две группы сравнения: первая группа пациентов, которые получали фармако-, психо- и физиотерапию — 245 человек, а вторая группа — фармако- и физиотерапия — 109 человек. Для достижения однородности двух групп сравнения использовался также метод рандомизации с учетом уровня депрессии и тревоги согласно шкал, а также по социально-демографическим показателям.

Терапия средой включала в себя методы социальной тренировки, ролевого переучивания пациентов, мобилизации их активности и создание психологической обстановки, способствующей оптимальному включению каждого участника в лечебный процесс. Основной предпосылкой достижения этих целей служила организация лечебного коллектива. Помимо терапии средой, пациент участвовал, согласно индивидуальной терапевтической программе, в индивидуальной психотерапевтической работе, групповой и семейной терапии.

Индивидуальная психотерапия, в которой в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психотерапевт, а психотерапевтический процесс протекает в диаде врач — пациент, проводилась, как правило, одним психотерапевтом 1—2 раза в неделю, заранее оговаривалось время и место, а также общие правила психотерапии.

Основным инструментом групповой психотерапии является сама группа, позволяющая выйти на понимание и коррекцию проблем пациента за счет межличностного взаимодействия и групповой динамики.

Мы использовали различные психотерапевтические подходы при проведении групповой психотерапии: динамический, психодраматический, арт-подход.

Целью динамического подхода является раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок,

эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. Изменения происходили в трех плоскостях — когнитивной, эмоциональной и поведенческой.

Психодраматический подход строился на принципе «здесь и сейчас», что предоставляло возможность пациенту проявить себя во всех ролях, создавая условия, при которых ошибки суждений не сопряжены с риском потери уважения руководителей и членов группы. Интерпретация ситуаций воспринималась и осознавалась пациентами с меньшим страхом вследствие завуалированности конфликтной проблематики пациента театральностью роли, что помогало легче осознавать деструктивные и дефицитарные функции своего «Я». Позитивным в психодраматическом подходе являлось:

— предоставление пациенту свободного выбора как относительно участия в психодраме, так и относительно роли;

— вовлечение пациента в исполнительскую деятельность;

— появление возможности внести в игру собственные импровизации;

— получение пациентом положительного подкрепления по окончании действия.

Арт-терапия помогала активизации общения с психотерапевтом или в группе в целом для более ясного, тонкого выражения своих переживаний, проблем, внутренних противоречий, с одной стороны, а также творческого самовыражения — с другой. В ней пациентам предлагались разнообразные занятия изобразительного и художественно-прикладного характера (рисунку, графика, живопись, дизайн, компьютерное творчество и т. д.).

Причем выделялось 4 основные направления в применении арт-терапии:

1) использование для лечения уже существующих произведений искусства путем их анализа и интерпретации пациентом;

2) побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривался как основной лечебный фактор;

3) одновременное использование первого и второго принципов;

4) акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

Арт-терапия выступала мощным интегрирующим адаптационным механизмом, предоставляющим пациентам активную позицию в отношении возможностей приспособления к среде, способствующей общей гармонизации личности.

Семейная психотерапия была направлена на коррекцию межличностных отношений, целью которой было устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у большого члена семьи.

В нашей работе удобнее было реализовывать модель семейной системной психотерапии, которая позволила соединять в психотерапевтической работе с семьями различные по лечебным механизмам методы: домашние задания по модификации поведения, анализ и интерпретацию взаимоотношений, групповые дискуссии и др.

В ходе семейной психотерапии, продолжительность которой колебалась от 12 до нескольких встреч, выделялся ряд этапов. Длительность обуславливалась тяжестью симптомов, выраженностью межличностных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи

к достижению терапевтических изменений. Выделялось 4 этапа семейной психотерапии:

- 1) диагностический (семейный диагноз);
- 2) ликвидация семейного конфликта;
- 3) реконструктивный;
- 4) поддерживающий.

Под семейным диагнозом понималась типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них.

На втором этапе в ходе односторонних встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществлялось выявление и кларификация истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогал участникам конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он брал на себя роль посредника и передавал в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Невербальный компонент этой информации был транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи. Таким образом, на этой стадии ведущими оказались следующие психотерапевтические методы: недирективная психотерапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых отношений личности, а также специально разработанные методы воздействия членов семьи друг на друга (попытка установить контакт и добиться эффекта, влияя в иерархизированном порядке на различные стороны личности участников).

На этапе реконструкции семейных отношений осуществлялось групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах пациентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводился ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закреплялись навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на предыдущих этапах, заслушивались ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводились консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Оценку эффективности проведенной терапии проводили на основании динамики показателей тревоги и депрессии по результатам клинических шкал HAM-A — шкала оценки тяжести тревоги Гамильтона, HAM-D — шкала оценки тяжести депрессии Гамильтона, CGI-S — шкала общего клинического впечатления тяжести состояния, CGI-I — шкала общего клинического впечатления изменения состояния в процессе терапии.

Согласно шкале HAM-D диапазон показателей от 0 до 7 баллов говорит о том, что у исследуемого нет депрессивных симптомов; от 8 до 13 — отмечается легкая депрессия, показатели от 14 до 18 баллов говорят об умеренной депрессии, 19—22 балла — тяжелая, а выше 23 баллов — очень тяжелая депрессия. Показатели депрессии в обеих группах сравнения до терапии были относительно одинаковы, так как группы были стандартизированы по всем параметрам (рис. 3). У обследованных нами пациентов не отмечалось очень тяжелого депрессивного состояния, то есть показателей более 23 баллов по данной шкале.

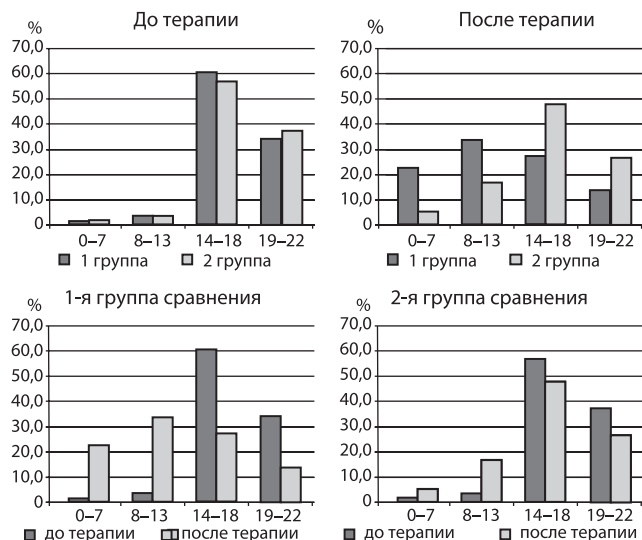


Рис. 3. Показатели по шкале HAM-D в группах сравнения до и после терапии

В результате лечения динамика показателей в группах сравнения была не одинакова. Так, мы видим, что в 1-й группе сравнения количество пациентов с тяжелой (19—22 балла) и умеренной (14—18) депрессией уменьшилось более чем в 2 раза, тогда как во 2-й группе сравнения снижение отмечалось только на 10—15 %.

Шкала HAM-A позволяет оценить степень выраженности тревоги, а также эффективность терапии на основании динамики результатов. Поэтому мы оценили уровень тревоги в группах сравнения до и после терапии. Тяжесть тревоги оценивалась согласно общему баллу по шкале, а именно: от 0 до 13 баллов — норма, 14—17 — легкая степень тревоги, 18—24 — средняя и выше 25 — тяжелая.

В результате терапии в 1-й группе количество пациентов с тяжелой и умеренной тревогой уменьшилось почти вдвое, тогда как во второй группе — данные показатели снизились только на 10 % (рис. 4).

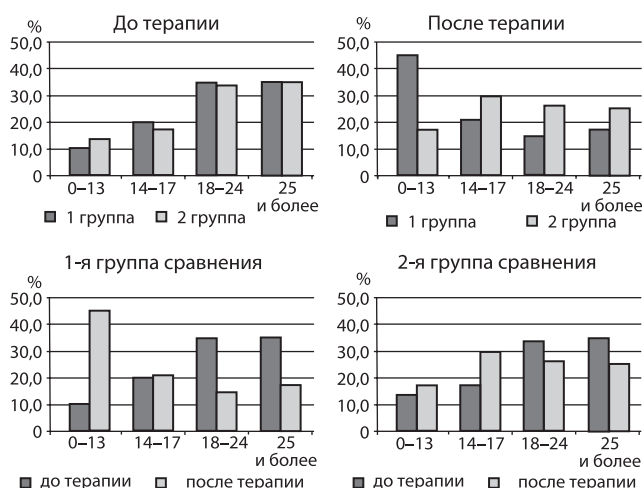


Рис. 4. Динамика тревоги по шкале HAM-A до и после терапии в группах сравнения

Шкала общего клинического впечатления тяжести болезни CGI-S проста в применении и основана на имеющемся опыте врача, который ее использует. Согласно

этої шкали 1 балл — норма, 2 — погранично болен, 3 — легко болен, 4 — умеренно болен, 5 — виражено болен, 6 — тяжело и 7 — очень тяжело болен. CGI-I — шкала общего клинического впечатления изменения состояния используется для оценки динамики и также основана на опыте врача. Согласно этой шкалы: 1 — очень хорошее улучшение, 2 — хорошее улучшение, 3 — минимальное улучшение, 4 — без изменений, 5 — минимальное ухудшение, 6 — значительное и 7 — очень значительное ухудшение.

Согласно этих двух шкал обследованные распределились таким образом (рис. 5): ни в одной из групп не было пациентов с очень тяжелым состоянием, в остальных пациенты обеих групп не отличались по тяжести состояния, так как были стандартизированы до начала терапии. Большую часть обследованных составили пациенты с умеренным и выраженным состоянием.

После терапии мы оценили динамику состояния по шкале CGI-I и получили такие результаты: в 1-й группе сравнения преобладали пациенты с минимальным и хорошим улучшением, тогда как во 2-й группе — пациенты без изменений преобладали над остальными. В обеих группах встречались пациенты с ухудшением, но они составляли невысокий процент обследованных.

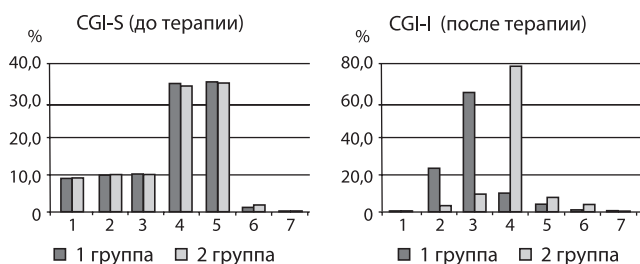


Рис. 5. Динамика состояния обследованных по шкалам CGI-S и CGI-I

Таким образом, в результате проведенного нами исследования мы разработали систему терапии лиц опасных видов профессий с высоким риском аутоагрессивного поведения. Использование «Карты исследования пациентов с высоким риском аутоагрессивного поведения» позволило усовершенствовать подход к индивидуальной психотерапии и помогло в формировании групп согласно психотерапевтическому запросу и существующим проблемам.

Анализ результатов использования разработанной нами системы терапии лиц опасных видов профессий показал ее клиническую и социальную эффективность в сравнении со стандартным лечением, а именно, применение фармакотерапии в сочетании с физиотерапией без использования психотерапии является менее эффективным методом лечения данных пациентов, что было видно по результатам использованных нами клинических шкал HAM-D, HAM-A, CGI-S и CGI-I.

Внедрение в клиническую практику разработанной нами системы терапии позволяет ускорить и улучшить процесс лечения, реабилитации и семейной адаптации лиц опасных видов профессий с высоким риском аутоагрессивного поведения.

Список литературы

1. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (перше повідомлення) [Текст] / [Підкоритов В. С., Серікова О. І., Дьяченко Л. І. та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 2 (59). — С. 14—20.
2. Психотерапія [Текст]: учебник для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III—IV уровней аккредитации / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов]. — Харьков: Око, 2002. — 768 с.
3. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования [Текст]: учебное пособие / под ред. Е. Г. Силяева. — М.: Академия, 2002. — 192 с.
4. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс] — Режим доступа: URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>
5. Хаустова О. О. Психічні та психосоматичні розлади у пацієнтів з метаболічним синдромом Х (діагностика, клініка, профілактика, лікування) [Текст]: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 / О. О. Хаустова. — К., 2007. — 39 с.
6. Чабан О. С. Аутоагресія в розрізі соціального феномену // Сучасні проблеми охорони психічного здоров'я населення України [Текст]: наук.-практ. конф. з міжнародн. участю. 15—16 вересня 2011 р. м. Київ. — К., 2011.
7. Шерман Р. Структурированные техники семейной терапии: руководство [Текст] / Р. Шерман, Н. Фредман. — М.: Класс, 1997. — 336 с.
8. Melinda Smith. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). / Melinda Smith, M. A., and Jeanne Segal, Ph. D. [Electronic Resource]. — Mode of access: URL: http://www.helpguide.org/mental/post-traumatic_stress_disorder_symptoms_treatment.htm. — 2012.
9. Jennifer Travis Lange, Christopher L. Lange, Rex B. G., M. D., Eisenhower Army Medical Center, Fort Gordon, Georgia Primary Care Treatment of Post-traumatic Stress Disorder [Electronic Resource]. — Mode of access: URL: <http://www.aafp.org/afp/2000/0901/p1035.html>. — 2000.

Надійшла до редакції 19.09.2012 р.

С. Г. Полшкова

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Ефективність комплексної терапії осіб небезпечних видів професій

В даній статті ми описали розроблену нами систему комплексної терапії осіб небезпечних видів професій, яка включала в себе використання фармакотерапії у поєднанні із фізіотерапією та психотерапією (індивідуальною, груповою та сімейною). Було використано психодинамічний, психодраматичний та арт-підхід.

Ефективність розробленої системи комплексної терапії було оцінено за результатами динаміки згідно клінічних шкал HAM-D, HAM-A, CGI-S и CGI-I, та доведено, що розроблена система комплексної терапії є більш ефективною за використання стандартної терапії (фармако- і фізіотерапії).

Ключові слова: система терапії, аутоагресія, небезпечні види професій.

S. G. Polshkova

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv)

The effectiveness of adjuvant therapy of persons of hazardous occupations

In this article we describe our developed system of comprehensive care of persons of hazardous occupations, which included the use of pharmacotherapy in combination with physiotherapy and psychotherapy (individual, group and family). It uses psychodynamic, psychodramatic and art approach.

The effectiveness of the developed system of complex therapy was assessed as a result of the dynamics by clinical scales HAM-D, HAM-A, CGI-S and CGI-I, and proved that the system of comprehensive care is more effective for the use of standard therapy (pharmacological and physiotherapy).

Key words: therapy, autoaggression, hazardous occupations.