

психофармакотерапію за загальноприйнятою схемою з використанням переважно атипичних антипсихотиків, а також медикаментозний та немедикаментозний вплив, спрямований на корекцію неврологічних порушень. Визначення індивідуальної у для кожного пацієнта мінливості у відповідь на терапію, індивідуальних схильності / уразливості до побічних ефектів та протипоказань до препаратів дозволяє підвищити прихильність до лікування, чим запобігає рецидиву захворювання. Паралельна курація таких пацієнтів неврологом допомагає досягненню кращих результатів лікування. Застосування когнітивно-поведінкової терапії, тренінгу соціальних навичок, сімейної психоосвіти сприяє розвитку втрачених навичок та активації компенсаторних механізмів.

Отже, при лікуванні хворих на шизофренію із супутньою неврологічною патологією важливим є співробітництво психіатра з лікарями інших спеціальностей, психологами, що дозволить підвищити ефективність лікування загострення основного захворювання, запобігти розвитку неврологічних побічних ефектів та поліпшити соціальне функціонування таких пацієнтів.

УДК 614.253.112

Підлубний В. Л.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

Біопсихосоціальна концепція в оціненні психічного здоров'я працівників промисловості

Серед актуальних проблем розвитку сучасної медичної науки однією з найважливіших є розроблення науково-методичних, організаційних і клінічних підходів до ранньої діагностики неспсихотичних психічних розладів, дослідження закономірностей їх розвитку та особливостей клінічних проявів, дооцінення впливу різних чинників на психічне здоров'я людини. На формування психічного здоров'я сукупно впливає складний синергетичний комплекс екопатогенних, макро- і мікросоціальних чинників, факторів біологічного і психологічного характеру. Умови сучасного суспільства загалом і інтенсифікація процесу зокрема висувають високі вимоги до компенсаторно-адаптаційних можливостей індивіда.

З огляду на безумовну актуальність питання, нами проведено клініко-епідеміологічне дослідження працівників промислових підприємств м. Запоріжжя, у віці від 18 до 60 років (656 чоловіків і 326 жінки, середній — $34,30 \pm 4,81$ роки). Метою дослідження було встановити частоту, структуру й основні етапи формування неспсихотичних психічних розладів, зокрема і донозологічного рівня.

Результати проведеного дослідження показали, що психічні стани, детерміновані різними несприятливими об'єктивними макро- і мікросоціальними умовами середовища, призводять до суб'єктивного дистресу. Глибина і тяжкість психічних порушень залежить від якості, тривалості та інтенсивності впливу несприятливих факторів. Дослідження підтвердило сучасне положення про те, що відмінності психічних станів спираються на основоположні загальні показники: тимчасові, просторові, структурні і функціональні. У такій системі параметрів дискретно перебігають психічні стани, можуть проявлятися короткочасно, довготривало або включатися в процес розвитку. Доказом правомірності цього судження є результати багатфакторного клініко-динамічного аналізу, який дозволив нам, за допомогою статистичного методу, поділити психічні стани, щодо тимчасового показника, на етап реакції, етап

стану і власне етап розвитку неспсихотичних психічних розладів, що вписується в сучасну синергетичну методологію.

Дані інтегративної оцінки психосоціальної адаптації працівників промислових підприємств (ППП) і соціально-гігієнічні характеристики виробничого та сімейного середовища були піддані багатовимірному статистичному аналізу, в результаті якого виокремлені несприятливі ознаки формування психічних порушень, що стали основою для створення полівекторної моделі формування психічних розладів.

У розвиток психопатології вносять вклад онтогенетичні і соціально-психологічні сукупності ознак, які визначають клініко-психопатологічні особливості. Компонентами, що вносять вклад в генез психічних розладів у ППП, є біологічний, виробничий, соціально-психологічний.

Розроблена нами модель інтегративної оцінки психосоціальної адаптації ППП дозволяє враховувати ступінь інтеграції їх з соціальним середовищем в функціональних і соціально-психологічних контекстах, розширити концепцію функціонального діагнозу та оптимізувати алгоритми її застосування під час проведенні психокорекційної допомоги.

УДК 616.89-008.454-036-085.331:579.8:616.12-008.331.1-02

Поліщук О. Ю., Пастернак Н. І., Юрченко О. С.

*ВДНЗУ «Буковинський державний
медичний університет» (м. Чернівці)*

Використання біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Нині досить часто спостерігається коморбідність неспсихотичних психічних розладів та найпоширеніших соматичних захворювань або перебіг неспсихотичних психічних розладів реалізується «під маскою» соматичних захворювань. Епідеміологічні дані останніх десятиліть свідчать про високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення, за даними різних авторів, поширеність тривожно-депресивних розладів у хворих на серцево-судинні захворювання варіює від 18 до 60 %.

Депресивні розлади при артеріальній гіпертензії (АГ) мають такі особливості: депресивна симптоматика характеризується поліморфізмом, відсутня чітка кореляція між важкістю органічного ураження мозку та ступенем клінічних проявів депресії, часто спостерігається поєднання депресивної та тривожної симптоматики, порушення сну, велика кількість соматовегетативних скарг, наявні виражені когнітивні порушення.

Метою дослідження було визначення можливості та ефективності застосування біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із артеріальною гіпертензією. Обстежено 65 хворих з тривожними та депресивними розладами та артеріальною гіпертензією, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері.

Дослідження фізіологічних параметрів організму, вивчення біологічного зворотного зв'язку та сеанси біофідбек-терапії (5—8 сеансів) проводили за допомогою мультимедійної системи Biofeedback 2000x-pert з вивченням показників депресії, тривожності та якості життя з використанням опитувальників: шкала PHQ-9, шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера — Ханіна, опитувальник якості життя SF-36 на початку та наприкінці терапії. Статистичне оброблення отриманих даних проводили з використанням критерію Уїлкоксона — Манна — Уїтні.

Результатами дослідження рівня тривоги за шкалою PHQ-9 встановлено, що спостерігалось достовірне зни-