

Х. Психотерапія облігатно незалежна ідеологічно, так само як і позаконфесійна. У разі інтеграції в психотерапію фрагментів певних духовних традицій та практик їх слід сано(пато)генетично обґрунтовувати і клінічно люструвати від всіляких релігійних чи езотеричних рис, із відповідною семантичною, антуражною та перцептивною транскрипцією.

Коментар: *мається на увазі імперативна заборона будь-яких конфесійних потуг, оскільки вони становлять один з найважливіших шляхів появи психічних епідемій та патологічних сект; психотерапія ідеологічно і віросповідально інтактна.*

ХІ. Психотерапія захищає права на клініко-медичне використання розроблених методик, і особливо психотехнік, обмежуючи їхнє розповсюдження та інформацію про них.

Коментар: *мається на увазі необхідність припинення згубного процесу безконтрольного відщеплення психотехнік, насамперед володіючих пороговим рівнем сугестуючої здатності, але також — маючих високий індекс гедонізму.*

Література

1. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2002. — 768 с.
2. Чугунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів / В. В. Чугунов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. — Х.: Харк. медична академія післядипломної освіти, 2007. — 40 с.
3. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд., стереотип. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.

ОСНОВНЫЕ ПОЗИЦИИ АУТОДИСЦИПЛИНАРНО-ИДЕНТИФИКАЦИОННОЙ (ИНТРАДИСЦИПЛИНАРНОЙ) КОНЦЕПЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ

В.В. Чугунов

В статье изложены основные позиции разработанной автором аутодисциплинарно-идентификационной — интрадисциплинарной — концепции психотерапии

Ключевые слова: психотерапия, аутодисциплинарно-идентификационная (интрадисциплинарная) концепция

MAIN ITEMS OF THE AUTODISCIPLINARY-IDENTIFICATION (INTRA-DISCIPLINARY) CONCEPT OF PSYCHOTHERAPY

V. V. Chugunov

In the article the main provisions of the autodisciplinary-identification — intradisciplinary — concept of psychotherapy were set forth

Keywords: psychotherapy, autodisciplinary-identification (intradisciplinary) concept

УДК 616.89

Е.Г. Никифорова, М.П. Боро

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ШАХТЕРОВ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЯХ НА УГОЛЬНЫХ ШАХТАХ

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: медико-психологическая реабилитация; шахтеры, пострадавшие при техногенных авариях; психотерапевтические бригады быстрого реагирования

Наиболее сложными и опасными из техногенных аварий являются катастрофы на угольных шахтах, вызванные взрывом метана и угольной пыли. В результате таких катастроф часто возникают подземные пожары, происходят обрушения горных пород, завалы в горных выработках, отмечаются массовые отравления производственного персонала и другие не менее тяжелые последствия. Как свидетельствует статистика, техногенные аварии такого характера чаще всего встречаются в тех горных выработках, которые расположены на большой глубине (свыше 150 м) среди угольных пластов, загазованных метаном.

В современной Украине такие шахты сосредоточены главным образом в Донецком угольном бассейне. Предсказать взрыв метана или угольной пыли не всегда возможно, поэтому опасность периодического пов-

торения названных катастроф очень высока. Сложные горно-геологические и санитарно-гигиенические условия донецких угольных шахт характеризуются наличием таких вредных и опасных для здоровья факторов, как большая глубина горных выработок, высокая температура, высокая опасность самовозгорания. Все это приводит к увеличению количества техногенных аварий на угледобывающих предприятиях, а соответственно и увеличению числа пострадавших шахтеров. В ходе техногенных аварий организм шахтеров подвергается воздействию ряд негативных факторов, доминирующими из которых являются токсическое поражение продуктами горения и гипоксия, черепно-мозговые травмы, однако роль психоэмоционального стресса в патогенезе формирования отдаленных последствий интоксикаций также нельзя недооценивать.

Анализ характера заболеваний у шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, показывает, что психологические факторы играют большую роль в их возникновении и протекании. Установлено, в частности, что следствием техногенных аварий, помимо нарушений соматического здоровья пострадавших шахтеров, являются выраженные изменения их психического состояния. Такие изменения обусловлены комплексом факторов в диапазоне от физического воздействия до психологического восприятия сложившейся ситуации. Практика показывает, что часто врачами недооценивается роль психологического состояния пациента при лечении соматических нарушений у шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий на производстве, что приводит к недостаточной эффективности лечения.

Изучая опыт ликвидации медико-санитарных последствий техногенных аварий, мы пришли к выводу, согласно которому основными принципами организации эффективной психолого-психотерапевтической помощи являются приближенность, неотложность, адекватность, этапность наряду с общепринятыми в медицинской практике принципами организации специализированной помощи населению [3].

В связи с этим нами в ОКПНБ – МПЦ созданы психотерапевтические бригады быстрого реагирования, которые действуют согласно выработанным этапам и задачам психокоррекционной интервенции и во взаимодействии с профильными подразделениями ГУ МЧС Украины в Донецкой области:

1. Начальный этап (на догоспитальном уровне). Основной задачей, решаемой в его рамках, является оказание пострадавшему психотерапевтической поддержки, что в свою очередь приводит к устранению у него симптомов выраженных психических проявлений, повышению адаптационных возможностей, улучшению восприятия стрессовой ситуации и усилению когнитивных процессов.

2. Средний этап (в условиях психотерапевтического стационара) включает обследование, разработку индивидуальных реабилитационных программ, психотерапевтическое вмешательство, направленное на изучение и решение эмоционально-когнитивных проблем пострадавшего, выявление и коррекцию его неадаптивных когнитивных механизмов.

3. Конечный этап («Клуб бывших пациентов», в амбулаторных условиях) направлен на поддержку оптимальных адаптационных возможностей пострадавшего, восстановление его когнитивных процессов.

Отметим, что горнорабочие, пострадавшие в результате техногенных аварий на угольном производстве, нуждаются не только в экстренном лечении, но и в дальнейшей реабилитации и диспансерном наблюдении как у невропатологов, так и у психиатров и психотерапевтов. Исходя из этого, можно сделать вывод, что пациенты, перенесшие техногенные аварии, нуждаются в тщательном всестороннем обследовании - и не только с применением методов, выявляющих патоло-

гию мозга и соматической сферы, но и патопсихологическом [3].

Психическая дезадаптация пострадавшего выражается в развитии у него того или иного психопатологического синдрома или синдромов, содержание и динамика развертывания которых определяет нозологическую принадлежность выявляемых расстройств. В нозологическом плане последствия техногенных аварий, достигающие уровня психических расстройств, обычно относятся к: невротическим состояниям и психоорганическим нарушениям (при сочетании с черепно-мозговыми травмами). Многолетние наблюдения и обследования шахтеров, переживших техногенные аварии, убедительно свидетельствуют о достаточно высоком проценте пострадавших, состояние которых переходит в психоорганические расстройства, что в свою очередь требует прохождения ими своевременной и поэтапной медико-психологической реабилитации (МПР) [1;3;5;7].

Это вызвало необходимость разработки специальных мероприятий по оказанию МПР [20]. Каждое из таких реабилитационных мероприятий должно быть нацелено на вовлечение самого пострадавшего в лечебно-восстановительный процесс. Врачебная практика свидетельствует, что реабилитировать пациента без его активного участия в этом процессе невозможно. Другими словами, принцип партнерства психотерапевта и пострадавшего является безальтернативным. В процессе лечения пострадавших врачу необходимо вызвать у них взаимопонимание, доверие и стремление к сотрудничеству. МПР объединяет усилия врача, среднего медицинского персонала и пострадавшего, направленные на восстановление его социально-психологического статуса.

Основные принципы МПР наиболее полно изложены одним из ее основоположников К Ренкером (1980), и впоследствии уточнены и адаптированы рядом отечественных авторов (М.П. Боро и др., 2010). Они сводятся к следующему:

- МПР должна осуществляться с момента возникновения заболевания или появления травмы и продолжаться вплоть до полного возвращения пострадавшего в общество (непрерывность и основательность);
- проблема МПР должна решаться комплексно, с учётом всех её аспектов (комплексность);
- МПР должна быть доступной для всех, кто в ней нуждается (доступность);
- МПР должна своевременно адаптироваться к постоянно меняющейся структуре заболеваний, а также учитывать достижения технического прогресса и изменения, происходящие в социальных структурах (гибкость).

С учётом непрерывности выделяют стационарный, амбулаторный, а иногда ещё и санаторный этапы медико-психологической реабилитации.

Основными принципами организации МПР являются:

- доступность. Возможность получить квалифици-

рованную консультацию у психолога, психотерапевта или психиатра;

- компетентность;

- многоступенчатость медико-психологической помощи, наличие в ее структуре разного типа учреждений, от психотерапевтических отделений в стационарах до специализированных Центров МПР включительно.

Одним из таких специализированных учреждений является областная клиническая психоневрологическая больница - медико-психологический центр (-ОКПНБ-МПЦ, г.Донецк), в структуре которой интегративно объединены такие виды медицинской помощи, как психологическая, психотерапевтическая, психиатрическая.

Процесс реабилитации шахтеров, пострадавших в результате техногенных аварий, включает развитие у них умения справляться с изменившимися условиями жизни и труда, принятия на себя ответственности, поддержку самооценки. На базе ОКПНБ-МПЦ пострадавшим предоставляется комплексное лечение, включающее в себя индивидуально ориентированную психологическую, психотерапевтическую и медикаментозную помощь. Как правило, все применяемые здесь лечебные и реабилитационные программы имеют психологическое сопровождение. Наиболее распространенными методами психолого-психотерапевтической помощи являются психологическая коррекция, православная и семейная психотерапии, спелотерапия [4]. Однако ведущим и наиболее эффективным психотерапевтическим методом купирования тревожного напряжения и страха, приспособления человека к жизни и деятельности в условиях изменившегося положения, является когнитивная психотерапия, при которой основное внимание уделяется познавательным структурам психики и основной упор делается на личность, личностные конструкты и на ее логические способности в целом. Эти познавательные структуры основываются на формулируемых каждым человеком схемах мышления или базальных убеждениях. Они могут быть адаптивными и дисфункциональными. Если вместо процессов мышления действуют жесткие схемы мышления, не адекватные изменившимся жизненным ситуациям, то адаптационные способности индивида ухудшаются. Часто такие схемы мышления бывают не вполне осознаваемыми индивидом или же он их просто не замечает. Они как бы автоматически появляются в одинаковом образе, переживаемых индивидом ситуациях. Автоматические мысли возникают между каким-то внешним воздействием, стимулом и последующими эмоциональной и поведенческой реакциями (Бек. А., 1976). Они всегда конкретны, не вполне поддаются контролю, свернуты в “стенографическом” виде. Такие автоматические мысли становятся “самосбывающимися пророчествами” и тем самым мешают успешным действиям. Целью когнитивной психотерапии является исправление ошибочной переработки информации и помощь такому

пациенту в модификации убеждений, которые поддерживают его неадекватное поведение и эмоции.

Другими словами, МПР - это, прежде всего, психолого-психотерапевтическое взаимодействие психотерапевта с пациентом, в результате которого происходят редукция симптоматики, конструктивные изменения и личностный рост пациента. В процессе этого взаимодействия психотерапевт проявляет эмпатию, готовность выслушать и понять пациента, а тот - раскрывает психотерапевту свои страхи, тревоги, эмоциональные и межличностные проблемы, а также проявляет веру и надежду на то, что психотерапевт ему поможет.

Немаловажную роль в оказании специализированной медицинской помощи шахтерам, пострадавшим при техногенных авариях, играет медикаментозное лечение [6;9], представленное прежде всего средствами, эффективными при расстройствах органического полюса: ноотропами – церебропротекторами, сосудистыми препаратами, а также купирующими тревожно-фобическую, депрессивную, ипохондрическую симптоматику – нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами.

В структуре психических расстройств у горняков названной категории обычно преобладают аффективные синдромы (астенодепрессивный, тревожной субдепрессии, дисфорический). Довольно часто встречаются астенический и астеновегетативный синдромы.



Рис. 1. Взгляд на болезнь с позиций системного подхода к заболеванию



Рис. 2. Процесс психосоматизации с точки зрения представления о болезни как многоуровневой системе

Такой синдромальный полиморфизм изменений, связанных с техногенными авариями, обуславливается, по всей вероятности, исходными индивидуально-личностными различиями пострадавших [8].

В процессе проведения МПР необходимо учитывать все разнообразие проявлений заболевания, а именно то, какие чувства и эмоции оно вызывает (эмоциональный уровень), что думает пациент о своем заболевании (когнитивный уровень), как он оценивает свое состояние в этой ситуации и как ведет себя, имея определенное представление о себе и своем состоянии (интегративный уровень) (рис. 1). На основании этого процесс психосамотизации можно представить следующим образом (рис.2).

Следует отметить, что на социально-трудовое приспособление пострадавших шахтеров в значительной мере влияет внутренняя картина болезни (ВКБ) и особенности психологической компенсации. Рассмотрим прицельно структуру ВКБ [2].

При оценке ВКБ и механизмов психологической компенсации имеет значение анализ переживаний пациента, их инкапсуляция, изоляция, вытеснение, диссимуляция, переработка, рационализация, снижение эмоциональной значимости фрустрирующих переживаний.

В проведенном нами исследовании ВКБ в обобщенном виде, не учитывая нозологическую специфичность заболевания, приняло участие 65 горнорабочих, пострадавших в результате техногенной аварии на шахте, имеющих различную степень и этиологию соматических повреждений. Для исследования применялся опросник ЛОБИ (Определение психологического типа отношения к болезни). Результаты данного исследования представлены в таблице 1.

Тревожный тип ВКБ характеризовался непрерывным беспокойством и мнительностью пациента в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Таких пациентов в большей степени интересовали собственные ощущения, а не объективные данные о болезни.

Ипохондрический тип ВКБ определялся сосредоточенностью пациентов на собственных болезненных переживаниях, субъективных неприятных ощущениях. Пациенты данного типа стремились постоянно рассказывать окружающим о тяжести и неизлечимости своего состояния, о не эффективности и даже пагубности

принимаемых ими лекарственных препаратов.

Пережившие техногенные аварии на шахтах горняки с меланхолическим типом ВКБ в большей степени были удручены болезнью, не верили в положительных исход лечения, были пессимистичны в оценке своего будущего.

При неврастеническом типе ВКБ у пациентов отмечалось поведение по типу раздражительной слабости. Они были нетерпеливы, несдержанны, не способными ожидать положительных исходов лечения.

Для пациентов с obsessивно-фобическим типом ВКБ была характерна тревожная мнительность. Они верили в силу различных ритуалов и примет, т.к. данные ритуалы и приметы становились для них защитой от тревоги. Воображаемые опасности волновали их больше, чем опасности реальные.

Однако следует отметить, что более чем у половины исследуемых шахтеров (61,2±1,2%) были выявлены смешанные типы ВКБ, а именно: тревожно-ипохондрический, obsessивно-ипохондрический, тревожно-фобический, что в свою очередь сочетало в пациенте черты, характерные для каждого из указанных типов ВКБ. Благодаря данным этого исследования психотерапевт получал более целостную картину течения заболевания, что в свою очередь позволяло ему назначить пациенту адекватную психотерапию, в зависимости от типа ВКБ.

Каждый пациент, пострадавший в результате техногенной аварии, прошел комплексное сомато-неврологическое и патопсихологическое обследование, включающее в себя общеклинические анализы, ЭЭГ, консультации невролога, терапевта, физиотерапевта, психолога, сбор психологического анамнеза, применение шкал депрессивности Гамильтона, самооценки уровня тревожности Спилберга Ч.Д., Ханина Ю.Л., опросник ЛОБИ (определение психологического типа отношения к болезни), Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММПИ), методики диагностики уровня социальной фрустрированности Вассермана (в модификации Бойко), исследование памяти, внимания, мышления. На основании полученных данных для каждого пациента была разработана индивидуальная медико-психологическая реабилитационная программа.

В настоящее время специалисты выделяют следующие аспекты подобных программ (Роговой М. А. 1982):

Частота разных типов ВКБ у исследуемых шахтеров

Таблица 1

Типы внутренней картины болезни									
Тревожный		Ипохондрический		Меланхолический		Неврастенический		Obsessивно-фобический	
Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
16	24,6	19	29,2	7	10,8	12	18,5	11	16,9

- медицинский, включающий вопросы лечебного, лечебно-диагностического и лечебно-профилактического плана;

- физический, охватывающий все вопросы, связанные с применением физических факторов (физиотерапия, ЛФК) и повышением физической работоспособности;

- психологический аспект, т.е. ускорение процесса психологической адаптации пациента к жизненной ситуации, изменившейся в результате его болезни, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений;

- профессиональный аспект (у работающих лиц), включающий профилактику и возможное снижение или ликвидацию потери ими трудоспособности (у инвалидов - восстановление трудоспособности в рамках возможного); к данному аспекту также относятся вопросы, связанные с определением степени трудоспособности пациента, его последующего трудоустройства; профессиональной гигиены, физиологии и психологии труда, трудового обучения и переквалификации;

- социальный аспект, охватывающий вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, взаимоотношение пациента и семьи, общества и производства.

Представленные подходы, основанные на многостороннем исследовании данных нарушений у шахтеров, перенесших техногенные аварии, облегчают разработку индивидуальных медико-психологических программ реабилитации.

Рассмотрим клинический случай обследования и лечения одного из шахтеров названной категории.

Пострадавший Т., 39 лет, считает себя больным с 18.11.2007 г., после техногенной аварии на шахте им. А.Ф. Засядько в г. Донецке (имеется акт от 18.11.2007 г. о несчастном случае на производстве; последствия несчастного случая определены как острое отравление угарным газом). Наблюдается и лечится у невропатологов с диагнозом «Последствия перенесенного острого отравления угарным газом легкой степени тяжести (17.11.2007 г.), токсико-гипоксическая энцефалопатия с рефлекторной пирамидной недостаточностью, вестибулопатией, паркинсоническим синдромом». Через неделю после аварии Т. был осмотрен психиатром, ему был проведен первый этап оказания медико-психологической помощи, в последующем рекомендовано стационарное обследование и лечение. С 2008 г. наблюдается у психиатра с диагнозом «Органическое астеническое расстройство с тревожно-фобическим радикалом вследствие перенесенного острого отравления угарным газом на производстве (18.11.2007 г.), со снижением адаптивных ресурсов личности, дезадаптивным типом приспособительного поведения, ст. декомпенсации». В условиях пребывания в стационаре Т. был обследован - ЭЭГ вне пределов нормы. У него регистрируются выраженные диффузные изменения с очагом, проявляющимся справа, в лобно-височных - теменных отведениях; единичные островолновые комплексы без

четко локализованного очага. Ирритативные изменения не зарегистрированы. Зарегистрированы признаки дисфункции стволовых структур. Консультирован психологом. По данным СМИЛ выявлены акцентуированные ипохондрические личностные черты с фиксацией на болезни, своеобразием восприятия и поведения, пассивностью позиции. Непосредственное запоминание и воспроизведение снижены. Активное внимание концентрируется недостаточно. Психические процессы инертны. Несколько ослаблены процессы непроизвольного воспроизведения и распределения внимания. Мышление инертно, характеризуется поверхностностью суждений. Клинически выражена тревога, субклинически - депрессия. По данным опросника ЛОБИ (Определение психологического типа отношения к болезни) у Т. наблюдается ипохондрический тип ВКБ. Также проведен сбор психологического анамнеза, согласно которому Т. в настоящее время испытывает трудности социальной адаптации, выраженную неудовлетворенность, которая вызвана чувством приниженности и проявляется ограничительным поведением, конфликтность и раздражительность во внутрисемейных отношениях. Актуальна надежда на повышение социального статуса и материальной обеспеченности. Эмоциональность и субъективность пристрастий превалирует над рассудочностью.

На основании полученных данных была разработана индивидуальная программа реабилитации: Т. было назначено комплексное медикаментозное лечение, включающее в себя ноотропы: мексидол 5%-2,0 в\м №10, витаминотерапия – витамины группы В, курсами по 10 дней, нейролептики – труксал, 25 мг по 1 таб. 3 раза в сут., и антидепрессанты с выраженным противотревожным эффектом, т.золофт, 50 мг 1 табл. утром; посещение физиопроцедур – дарсанваль, электросон; психологическую помощь – психокоррекционные методы (аутогенная тренировка) и психотерапевтическую помощь, заключающуюся в ряде психотерапевтических техник, направленных на коррекцию познавательной сферы, аффективно-волевой, внутрисемейных супружеских и детско-родительских отношений.

В ходе комплексного лечения были использованы следующие виды психотерапии:

- когнитивно-поведенческая психотерапия (индивидуальная и групповая), целью которой являлось исправление ошибочной переработки информации и помощь в модификации убеждений, поддерживавших неадекватность поведения и эмоций Т. В групповой психотерапии делался акцент на взаимной эмоциональной поддержке, сплоченности, универсальности, идентификации;

- православная психотерапия, которая была направлена на решение экзистенциальных вопросов Т., актуализацию его духовных потребностей.

- семейная системная психотерапия была направлена на коррекцию межличностных отношений и устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи;

- спелеотерапія с аутогенної тренівкою була направлена на усунення тривожно-фобическої симптоматики.

Після проходження Т. комплексного медикаментозного і психотерапевтичного лічення його стан значно покращився, зменшилися скарги, він приступив до роботи на поверхні шахти, а не в горних виробках. Наступні госпіталізації Т. відбувалися кожні вісім-дев'ять місяців, в час яких йому проводився в повному обсязі курс реабілітаційно-відновительного лічення. В міжгоспітальний період він спостерігався у невропатолога.

В теперішній час продовжує спостерігатися катамнез даної групи пацієнтів.

Слід вказати і на ту немаловажну роль, яку грає прийнятність в роботі районних психіатрів і психотерапевтів, а також лікарів-інтерністів, і застосування програм реабілітації (бригадних або розроблених на етапі стаціонарної допомоги постраждалим). В зв'язі з цим важливо розуміти, що правильне формулювання діагнозу є запорукою ефективного лічення на амбулаторному рівні. В ньому повинні бути відображені коморбидність, всі захворювання, якими страждає пацієнт; повинні встановлюватися причинно-наслідкові зв'язки між ними, загальна тяжкість патології. К шкоді, лікарі-інтерністи (і психіатри) практично не користуються при формулюванні діагнозу наведеною в 5-му розділі («Класифікація психічних і поведінкових розладів») МКБ-10 діагностичною категорією F54 «Психологічні і поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, класифікованими в інших розділах». Коморбидний діагноз, спільна робота лікарів різних спеціальностей – невід'ємне умовою для більш об'єктивного рішення не тільки таких власне клінічних питань, як діагностика і лічення, але і питань експертних, соціально-правових.

На даному етапі дослідження продовжує розроблятися необхідний перелік діагностичних критеріїв, показань для стаціонарного або амбулаторного лічення, індивідуальної програми психотерапевтичного і медикаментозного лічення. Критеріями ефективності при цьому є тривалість і кратність госпіталізацій, а також стійкість ремісій, працездатність пацієнта, необхідність інвалідизації по психічному захворюванню. Однак уже тепер, на початковому етапі розробки індивідуальних програм МПР, можна сказати, що достатньо високою результативністю їх застосування була досягнута у пацієнтів з органічними психічними розладами, проходившими МПР з використанням комплексного лічення, що включає в себе як медикаментозне, так і психотерапевтичне лічення. Комплексний підхід має ряд переваг, так як враховує всі сторони життєдіяльності пацієнтів і їх найближчого оточення [5]. Практично МПР починається з першого контакту постражда-

лого шахтера з представителем медичної служби і продовжується до того, поки по-можливості не буде відновлено його соціальний і професійний статус. Важливою є відповідальність лікарів різних спеціальностей, так як від цього залежить успішність виконання комплексної МПР [10].

Об'єднуючи всі вищесказане, можна виділити основні етапи МПР шахтерів, постраждалих при техногенних аваріях на шахтах:

- повноцінне надання медико-психологічної (психотерапевтичної) допомоги на догоспітальному етапі;

- рання госпіталізація в профільне клінічне заклад, ретельне всебічне дослідження – на наявність і тяжкість соматическої і неврологіческої патології, необхідне лічення супутніх неврологіческіх захворювань;

- своєчасна консультація і госпіталізація в спеціалізований центр медико-психологіческої допомоги;

- комплексне дослідження, що включає в себе консультації психологів і лікарів суміжних спеціальностей, патопсихологічне дослідження;

- розробка і застосування індивідуальних програм реабілітації;

- структурування психотерапевтичного процесу, послідовне дотримання основних правил і умов психотерапевтичної роботи в залежності від стадії і тяжкості психічного розладу;

- відповідальність як психіатрів, так і лікарів суміжних спеціальностей;

- підтримка оптимальних адаптаційних можливостей пацієнтів;

- організація реабілітації на амбулаторному етапі.

Представлена нами система МПР потребує оцінки ефективності, але не сумнівно, що лічення шахтерів, постраждалих в результаті техногенних аварій, повинно бути всебічним. Необхідно враховувати важливість психологічного фактора в їх самопочутті і забезпеченні якості їх життя. Не підлягає сумніву, що комплекс заходів, направлених на лічення і реабілітацію пацієнтів з названого контингенту, повинен включати в себе і психолого-психіатричну складову.

Література

1. Абрамов В. А., Жигуліна І. В., Рябополова Т. А. Медико-соціальна реабілітація хворих з психічними розладами: Руководство для лікарів-психіатрів, психологів і соціальних працівників. - Донецьк: Каїтан, 2006. - 268 с.
2. Бєро М.П. Нарушення і корекція здоров'я сім'ї ліквідаторів Чорнобильської аварії. - Харків: «Основа», 1999. - 240с.
3. Бєро М.П., Краузе Р., Бахтеєва Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. Руководство по сучасній психотерапії при надзвичайних ситуаціях і кризових станах з основами православної психотерапії: Організаційні, психодинамічні, гендерні аспекти, душепопечительські аспекти / Під ред. проф. М.П. Бєро. - Донецьк: Каїтан, 2010. - 360 с.

4. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд-е, перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

5. Табачников С. І., Горбань С. М., Михайлов Б. В., Влох І. Й., Маркова М. В., Чугунов В. В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // *Медицинские исследования*. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 6–8.

6. Angst J., Stable M. The efficacy of moclobemide in different patient groups: a metaanalysis of studies // *Psychopharmacology*. - 1992. - Vol. 106 (suppl). - S. 109. - S. 113.

7. De Girolano G., Reich J.H. Расстройства личности. - ВОЗ,

Женева. - 1995. - 87 с.

8. Kaplan H.J., Sadock B.J. Клиническая психиатрия. - М.: Гэотар медицина, 1998. - 505 с.

9. Leinard B. Fundamentals of Psychofarmacology. - New York, 1998. - 391 p.

10. Javed M. A., Bond I. R., van Wijngaarden B., Henkelman L. C. M. The clubhouse model of psychiatric rehabilitation // *V World Congress. World Association for Psychosocial Rehabilitation: Abstract book*. - Rotterdam, 1996. - P. 193–194.

ОБґРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ І КЛІНІЧНИХ ПІДХОДІВ В СИСТЕМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ШАХТАРІВ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЙ НА ВУГІЛЬНИХ ШАХТАХ

О.Г. Нікіфорова, М.П. Бєро

У публікації розглядаються підсумки аналізу характеру захворювань у шахтарів, які постраждали внаслідок техногенних аварій на вуглевидобувних підприємствах; організаційні основи медико-психологічної реабілітації таких пацієнтів; досліджується вплив внутрішньої картини хвороби на їх соціально-трудове пристосування

Ключові слова: медико-психологічна реабілітація; шахтери, які постраждали при техногенних аваріях; психотерапевтичні бригади швидкого реагування

MOTIVATION OF ORGANIZATION AND CLINICAL APPROACH IN PHYSICIAN-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION SYSTEM OF MINERS, WHO WERE SUFFERED IN ACCIDENTS ON COAL MINE

E.G. Nikiforova, M.P. Bero

Totals of the analysis of diseases among miners, who were suffered in accidents on coal mine are considered in the article; the organizational bases of physician-psychological rehabilitation of such patients; the influence of the internal picture of disease on their social labor adjustment is researched

Keywords: medical-psychological rehabilitation; miners who were suffered during anthropogenic accidents; psychotherapeutic fast response crews

УДК 616.89

В.В. Сорока, С.Я. Бєро

ПРИМЕНЕНИЕ ГРУППОВОЙ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

Областная клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, г. Донецк

Ключевые слова: кризисные состояния у женщин, насилие в семье, проблемно-ориентированная психотерапия

Кризисные состояния у женщин, связанные с пережитым ими насилием в семье, сегодня встречаются в психотерапевтической практике гораздо чаще, чем в предыдущие годы. При этом современная психотерапевтическая наука трактует насилие в семье как любые умышленные действия физической, сексуальной, психологической или экономической направленности одного члена семьи по отношению к другому, нарушающие его конституционные права и свободы как человека и гражданина и наносящие ему моральный ущерб, ущерб его физическому и психологическому здоровью. Здесь на первое место выдвигается установление контроля одного члена семьи над поведением другого или других.

Наиболее значимыми для женщин психогениями многие авторы считают неблагоприятную семейную обстановку, тяжелые социально-бытовые условия, изоляцию от семьи и друзей, запреты на получение информации и помощи, запрет на самовыражение; психологическое воздействие, вызывающее страх и унижение [1;2; 3].

В работах последних лет женский пол причислен к ряду предрасполагающих факторов развития пост-

травматической симптоматики (North C.S., 1999; Udwin O. et al., 2000; Maes M. et al., 2000; Uemoto M. et al., 2000). Многие западные исследователи (van der Kolk B., 1995; Thompson M.P. et al., 1999; Seedat S., 2000) объясняют этот феномен наличием в анамнезе женщин скрываемого ими насилия, “исходящего зачастую от лиц ближайшего окружения и длящегося порой годами”.

Степень проявления насилия в семье может колебаться от незначительной, такой, к примеру, как шлепки или толчки, используемые более для запугивания, чем для нанесения увечья, до наивысшей, то есть убийства. Повседневная жизнь показывает, что большинство случаев насилия в семье связано с психологическим давлением и закрепощением. Любой агрессивной физической акции обычно предшествует словесное оскорбление в виде брани, унижающей человеческое достоинство. Жертве буквально внушаются чувство ее бесполезности, никчемности, некомпетентности, непривлекательности, неполноценности. Каждый, кто живет в доме, где господствует тиран, не чувствует себя психологически безопасно, комфортно.

Поводом для реализации мужчиной агрессивных