наслідками ВІЛ, потребують особливої уваги з боку медичних психологів, психіатрів та психотерапевтів для вчасного діагностування депресивних та тривожних розладів й запобігання їх негативним наслідкам (таким як самогубство, істотне зниження якості життя, втрата працездатності, соціальної активності).

УДК 616.89-08-039.76-085.851

Кожина А. М., Гайчук Л. М.

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Психоосвітні заходи в умовах гібридної війни

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації проявляються переважно емоційними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах екстремальних подій.

В сучасних умовах гостро відчувається необхідність розроблення комплексних терапевтичних та реабілітаційних програм для осіб, що перенесли екстремальні події. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психосоціальне втручання.

У процесі роботи нами розроблена та апробована програма психоосвітньої роботи з хворими на ПТСР та розлади адаптації, яка становить комплексну, поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, що займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про ПТСР; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Під час проведення психоосвітньої роботи ми використовували такі методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Відповідно до отриманих у процесі роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психоосвітніх заходів, спостерігалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Отже, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії та реабілітації хворих на ПТСР та розлади адаптації який включав в себе психофармакотерапію у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих. Це, в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й розв'язує проблему соціальної реінтеграції хворого.

УДК 616.85-06:616.89-07-08-084(477)

Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О.

Харківський національний медичний університет

Система раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, оцінка її ефективності

Мета роботи — розробити патогенетично обґрунтовані системи корекції та психопрофілактики посттравматичних стресових розладів та реабілітації хворих на ґрунті вивчення особливостей клінічної картини та закономірностей формування в сучасних умовах.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 255 хворих, обох статей (158 чоловіків і 97 жінок), у віці 20—55 років, з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та невротичними, пов'язаними зі стресом депресивними розладами, в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний з використанням шкали клінічної діагностики ПТСР — Clinical-Administered Ptsd Scale, CAPS (Weathers, Litz, 1994; Blake, 1995), шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події — Impact of Event Scale-Revised, IOES-R (Horowitz, Wilner et al., 1979); Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій у військових; клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 Г. П. Пантелеєвою, 1988 (HDRS); шкали Монтгомері — Асберга (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 Guelfi G. D., 1993 (MADRS); методик «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001); «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г. Я., 2004); дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого H. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999, у модифікації Марути Н. О., 2004; шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale); клініко-біохімічний: методом імуноферментного аналізу (ELISA) визначали концентрацію серотоніну в плазмі крові за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE59121, концентрацію мелатоніну в плазмі крові — за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE54021, концентрацію адреналіну в плазмі крові за допомогою набору IBL (Німеччина) RE5925.

Встановлено, що клінічна картина ПТСР представлена тривожним (32,5 %), астенічним (24,1 %), дисфоричним (18,4 %), іпохондричним (15,2 %), соматоформним (4,5 %) та змішаним варіантами (5,3 %).

Посттравматичний стресовий розлад характеризується високим рівнем суїцидального ризику — 35,2 % хворих здійснили суїцидальні спроби, у 41,1 % відзначалися суїцидальні рішення та наміри, у 23,7 % — пасивні та активні суїцидальні думки. Модель формування суїцидальної поведінки хворих на ПТСР представлена комплексом патогенних чинників. Прогностично значимими у формуванні суїцидальної поведінки є тривожний та астенічний варіанти ПТСР, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез. Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішнього напруження,