

говорить о постстрессовых расстройствах, которые характеризуются разнообразной психопатологической симптоматикой.

Цель исследования: изучить особенности постстрессовых расстройств у населения в зоне антитеррористической операции (АТО).

В феврале 2015 года на базе отделения медицинской и социальной психологии ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» г. Константиновка Донецкой области проводилось исследование постстрессовых расстройств у мирного населения, проживающего в зоне боевых действий. В исследовании принимали участие взрослые (18—70 лет) люди различного социального статуса (289 человек).

Для психодиагностики были использованы: Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства, анкета для самооценки эмоционального, физического состояния и работоспособности, Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R).

В результате диагностики с помощью SCL-90-R были выявлены преобладающие психопатологические симптомы в реакции на стресс у населения. По шкале «Соматизация» превышение нормы отмечается у 49,1 % опрошенных, что означает дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции, проявляющийся в различных жалобах, болях, а также в соматических эквивалентах тревожности. Результаты, превышающие норму по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства», отмечаются у 42,6 % тестируемых, что говорит о характерных навязчивых мыслях, импульсах и действиях у этого контингента. Высокая межличностная сензитивность присутствует у 35,6 % опрошенных, которые характеризуются чувствами личностной неадекватности и неполноценности в процессе коммуникативного взаимодействия. Симптомы депрессии отмечаются у 37,7 %, тревоги — у 34,3 % тестируемых. Превышение нормы по шкале «Враждебность» говорит о реакции агрессии, раздражительности, гнева и негодования (20,1 % испытуемых). Тестируемые с высокими показателями по шкале «Фобическая тревожность» (16,3 %) демонстрируют иррациональный страх определенных людей, мест, объектов и избегающее поведение. Паранойяльные симптомы характерны для 22,2 % испытуемых, что говорит о деформации процесса мышления в проекциях мыслей, подозрительности, страхе потери независимости. Высокие баллы по шкале «Психотизм» присутствуют у 13,8 %, что указывает на избегающий, изолированный, шизоидный стиль поведения этой категории опрошенных.

Ухудшение эмоционального состояния произошло у 61,9 % опантов, изменения физического состояния и работоспособности отмечается у 49,6 % и 41,7 % соответственно. Отдельные признаки ПТСР выявлены у 42,9 % лиц, ПТСР — у 14,2 % (Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства).

Проведенное исследование показало разнообразную психопатологическую картину симптомов постстрессовых расстройств у мирного населения в зоне АТО. Наиболее выраженными являются симптомы соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств, депрессии, тревоги, межличностной сензитивности.

УДК 616/.9-07(477.61/.62)

*О. А. Панченко, Кутько И. И. Кутько,
Л. В. Панченко, Н. А. Зайцева
ГУ «Научно-практический медицинский
реабилитационно-диагностический центр
МЗ Украины», г. Константиновка*

Диагностика психических расстройств у жителей Донбасса

В сложившейся ситуации боевых действий на Востоке Украины мирное население ощущает себя не только свидетелем насилия, но и его участником. Истощение адаптационных резервов личности способно провоцировать различные по силе и направленности патологические реакции, следствием которых может быть развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которое характеризуется комплексом симптомов нарушения психической деятельности, возникающих в результате однократного или повторяющегося внешнего сверхсильного травмирующего воздействия на психику человека. ПТСР, как правило, сопровождается состоянием повышенной тревожности, на фоне которой периодически возникают приступы очень ярких воспоминаний о травмирующей ситуации. Среди наиболее выраженных проявлений ПТСР преобладают стойкое перенапряжение нервной системы, проблемы со сном, чувство вины, эмоциональная неустойчивость, симптомы истощения центральной нервной системы, психопатоподобные нарушения, соматические отклонения.

Следует отметить, что вопрос специфичности ПТСР, как ответа на травмирующую ситуацию, остается дискуссионным, подвергается сомнению и роль чрезмерного стресса как единственного этиологического фактора в возникновении подобных расстройств.

Исследование постстрессовых расстройств у мирного населения проводилось на базе отделения медицинской и социальной психологии ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» г. Константиновка Донецкой области в феврале 2015 года. Цель исследования — анализ возрастных и социальных аспектов проявлений постстрессовых расстройств у мирного населения в ситуации боевых действий. В исследовании принимали участие взрослые (18—70 лет) люди различного социального статуса, проживающие в зоне военного конфликта (289 человек). Для диагностики проявлений постстрессовых расстройств применяли Миссисипскую шкалу посттравматического стрессового расстройства, анкету для самооценки эмоционального, физического состояния и работоспособности. Лица, принимавшие участие в опросе, были разделены на три группы по возрасту: 18—30 лет (1-я группа), 31—54 года (2-я группа) и 55 лет и старше (3-я группа).

Процент свидетелей боевых действий высок во всех возрастных группах (81,0 %; 71,2 % и 65,9 % соответственно). Морально пострадавшими в результате ситуации военного конфликта считают себя в большей степени опанты 2-й группы (76,3 %), тогда как в 1-й группе процент морально пострадавших меньше (59,5 %). Пострадавшими материально считают себя в наибольшей степени опрошенные из 1-й группы (35,7 %), в 3-й группе доля пострадавших меньше (29,3 %), во 2-й группе — наименьшая доля

матеріально постраждалих (22,0 %). Емоціональне состояние считают хорошим лишь 4,9 % испытуемых в 3-й группе, 10,2 % — во 2-й и 31,0 % в 1-й группе. Неудовлетворительным эмоциональное состояние считают в наибольшей степени опрошенные из 3-й группы (26,8 %), тогда как в 1-й группе этот процент меньше — 9,5 % опантов. Физическое состояние считают хорошим лишь 40,5 % испытуемых в 1-й группе, во 2-й группе всего лишь 16,1 %, тогда как в 3-й группе никто не назвал свое физическое состояние хорошим. Полученные результаты согласуются с данными, полученными в рамках исследований других локальных военных конфликтов.

Отдельные признаки ПТСР присутствуют в наибольшей степени в 3-й группе (53,7 %), в 1-й и во 2-й они менее выражены (38,1 % и 36,4 %). Наличие ПТСР диагностировано у 4,8 % опрошенных 1-й группы, у 4,9 % — 3-й группы и у 8,5 % человек из 2-й группы. Статистически значимых различий между данными обследуемых групп по показателю ПТСР не выявлено ($p < 0,05$). Статистически значимых различий в распределении ПТСР в зависимости от пола испытуемых, а также в группах работающие — безработные не выявлено. Выявлены значимые различия ($p < 0,05$) по выраженности ПТСР в группах опантов с высшим и средним образованием, где показатели по шкале ПТСР достоверно выше у обследованных со средним образованием.

Процент свидетелей боевых действий высок во всех возрастных группах. Неудовлетворительным эмоциональное состояние считают в наибольшей степени опрошенные из возрастной группы 55 лет и старше (26,8 %). Физическое состояние считают хорошим лишь 40,5 % испытуемых в возрастной группе 18—30 лет, в группе 31—54 года — 16,1 %. Выявлены значимые различия ($p < 0,05$) по выраженности ПТСР в группах опрошенных с высшим и средним образованием, где показатели по шкале ПТСР достоверно выше у опантов со средним образованием.

УДК 616.85-039:615.851

Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, В. Ю. Федченко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Комплексна психотерапія невротичних розладів з симптомами тривоги

Тривала патологічна тривога істотно порушує якість життя людини, трудову та професійну діяльність, призводить до соціальної дезадаптації, а часом — до інвалідизації цієї категорії хворих (Чабан О. С., 2012; Михайлов Б. В., 2012). Особливості динаміки невротичних розладів з симптомами тривоги — тенденція до хронічного перебігу і рецидивування — багато в чому зумовлюють складність їх лікування (Кожина Г. М., 2012; Краснов В. Н., 2012). Психотерапевтична корекція тривоги в структурі невротичних розладів останніми роками стає все більш актуальною, що пов'язане з уточненням уявлень про її клінічний і патогенетичний поліморфізм (Марута Н. О., 2014). Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало — на підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей невротичних розладів з тривожним симптомокомплексом розробити комплексну систему психотерапевтичної корекції.

Для реалізації мети дослідження було обстежено 89 хворих на невротичні розлади з симптомами тривоги. Групу обстежуваних склали 27 хворих на тривожно-фобічні розлади (F40.0), 22 хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію серця та серцево-судинної системи (F45.30), 17 хворих на неврастенію (F48.0) та 23 хворих на дисоціативні розлади (F44.7). Аналіз проводили до початку лікування та після проведення комплексної терапії, що включала фармакотерапію та психотерапевтичну корекцію з використанням заходів когнітивно-поведінкової, тілесно- та особистісно-орієнтованої психотерапії.

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, який включав тест ставлень О. М. Еткінда (Бажин Є. Ф., 1985), інтегративний тест тривожності (Бізюк О. П., Вассерман Л. Й., Іовльов Б. В., 2005); психометричний, який включав «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1974), «Шкалу Цунга» (Zung W. W., 1980), а також дослідження стадій психотерапевтичних змін (The University of Rhode Island Change Assessment Scale) — URICA (A. D. Clemente, J. Prochaska, 1988); методи математичної статистики.

Протягом перебування в стаціонарі, термін якого складав 22—24 доби, всі хворі з тривожною симптоматикою невротичного ґенезу отримували обов'язковий курс фармакотерапії, основний принцип якої полягав в призначенні препаратів з протитривожним (анксиолітичним) ефектом. Відповідно до міжнародних рекомендацій, використовували різні препарати з протитривожною дією — антидепресанти та анксиолітики.

Під час побудови схеми психотерапії обстежуваних хворих враховували особливості організації лікувального процесу, де передбачалося проведення курсової психотерапії, особливості самих невротичних розладів і особистісного реагування на захворювання, дані анамнезу і ставлення пацієнтів до психотерапії. Кожен з методів психокорекції виконував свою роль в терапевтичному процесі та доповнював інші. Методи раціональної і когнітивної психотерапії вирішували тактичні завдання, тобто давали пацієнтам можливість побудувати більш реалістичні та практично здійснимі життєві плани. Методики тілесно-психологічної саморегуляції призначені для вирішення оперативних завдань і допомагали пацієнтам перемістити згадані плани в дієво-практичну площину, втілити їх у реальність.

У ході дослідження встановлено, що прояви тривоги в структурі невротичних розладів характеризувалися сполученням емоційних, вегетативно-соматичних, когнітивних, рухових та конативних компонентів. Достовірної різниці в структурі тривоги в залежності від невротичного розладу виявлено не було, що свідчить про загальний механізм виникнення та перебігу тривоги. За результатами психодіагностичного обстеження, хворим на невротичні розлади з симптомами тривоги був притаманний високий рівень особистісної тривожності (78,35 %), що проявлялася не лише в тривожному і пригніченому емоційному стані, але й у зниженні загальної мотивації, появі та збереженні страхів і побоювань різного семантичного змісту, особливо тих, що стосуються майбутнього.