

між лікарем і хворим, на довірі хворого до лікаря, на простоті та чіткості інструкцій для хворого, на заходах самоконтролю пацієнта та обов'язково — плановому спостереженні лікаря.

Метою нашого дослідження було встановлення взаємозв'язку між частковим та відсутнім комплаєнсом під час лікування депресивних розладів при ПТСП та розвитком резистентності депресивної симптоматики до лікування.

Вивчення цього питання проводили з використанням анонімного опитування за спеціально розробленою анкетой. Дана анкета складалась із 13 запитань, до кожного запитання було надано декілька варіантів відповіді, а також була передбачена спеціально відведена графа із можливістю вписати свій власний варіант. Також в анкеті був передбачений пункт, в якому пацієнти зазначали свої побажання та пропозиції щодо ходу лікування, його ефективності та переносимості. Опитування пацієнтів проводили двічі: на першому тижні госпіталізації (перший етап) та на етапі становлення ремісії з підготовкою до виписки із стаціонару (другий етап). В дослідження залучалися пацієнти, які проходили стаціонарне лікування в відділі неврозів Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» на підставі їх письмової добровільної усвідомлюваної згоди на участь у дослідженні, з резистентними депресіями в структурі ПТСП (F43.1). Нозологічна діагностика ґрунтувалася на критеріях МКХ-10 і проводилася за результатами клінічних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних, лабораторних та інструментальних методів. Лікування пацієнтів даної категорії проводили із використанням антидепресантів — селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, інгібіторів зворотного захоплення серотоніну/норадреналіну, тимостабілізаторів, психотерапевтичних сесій, також в більшості випадків для подолання резистентності застосовували метод аугментації з призначенням атипичних антипсихотичних засобів. В процесі дослідження взяли участь 19 пацієнтів. Анкетування проводили в першій половині дня, з максимальною вимогою щодо самостійності заповнювання даної анкети, при необхідності пацієнтам роз'яснювали лише суть запитання.

За даними нашого анонімного анкетування, отримано такі результати. В перший тиждень госпіталізації бажання цілком припинити лікування висловили 12 пацієнтів, що становить 63 % опитаних. Серед тих, хто інколи думав про припинення терапії виявилось 6 хворих (32 %). На момент становлення ремісії бажаних повністю відмовитися від прийому медикаментів було 13 пацієнтів (68 %), бажання частково дотримуватися режиму лікування було присутнє в 5 анкетах (26 %). Серед причин можливого та ймовірного припинення лікування на першому етапі дослідження хворі відмічали: різке погіршення самопочуття — 5 опитуваних (26 %), слабкість адекватної самооцінки — 9 опитуваних (47 %), відсутність ефективності від терапії, що проводилася — 15 опитуваних (79 %). Повторне анкетування на етапі підготовки до виписки із стаціонару засвідчило, що 11 пацієнтів (58 %) першою причиною в бажанні припинити підтримуючу терапію називають погіршення самопочуття та наявність побічних дій. За даними анкетування, комплекс заходів психосоціальної реабілітації (різноманітні тренінги, психоосвітні бесіди, тематичні

заняття, бібліо- та музикотерапія, психогімнастика) в перший тиждень стаціонарного лікування відвідують лише 4 пацієнти (21 %), не бачать сенсу у відвідуванні реабілітаційних заходів 11 респондентів (58 %), в подальшому при позитивній динаміці в клініці резистентних депресій це співвідношення залишається майже на тому самому рівні — 6 осіб в майбутньому висловлюють бажання активно залучатися в реабілітаційну роботу, що становить 32 %, 14 пацієнтів (74 %) не вважають суттєвою свою участь в заходах щодо психосоціальної реабілітації.

Таким чином, в процесі виконання даної наукової роботи нами було встановлено, що проблема комплаєнтності у пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями в структурі ПТСП має актуальний характер. Основними складовими даної проблеми на початку терапії є побічні дії медикаментів, а також істотне зниження самооцінки пацієнтів. На етапі виписки хворих із стаціонару основним чинником для відсутності комплаєнсу є низький ступінь розуміння необхідності продовження лікування та динамічного спостереження у спеціалістів. Тому труднощі із формуванням комплаєнсу можуть стати предикторами розвитку резистентних депресивних розладів в структурі ПТСП. Важливим моментом в цьому аспекті є зацікавлення самого пацієнта у своєму одужанні, підтримка з боку родини, збереження можливості роботи свій суспільний внесок, бути потрібним та корисним.

УДК 616.895.8:615.86:616.45-001.1/3-06 «364»

О. С. Серікова

*ДУ «Інститут неврологій, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Типології коморбідних станів ПТСП і шизоафективних розладів

Незважаючи на безліч досліджень, присвячених вивченню етіопатогенезу, клініки та динаміки психозів шизофренічного спектра (С. Corcoran, 2002; Т. G. Dinan, 2004), питання про участь психогенних чинників в маніфестації та подальшому розвитку ендогенних психозів залишається маловивченим. Поліморфні, клінічно і нозологічно невизначені форми шизофреноформних психозів, що розвиваються безпосередньо після зіткнення з психотравмуючими ситуаціями, становлять в даний час серйозну діагностичну і терапевтичну проблему, що обумовлено клінічним патоморфозом гострих психотичних розладів шизофреноформної структури, наявністю клінічно неоднорідних, атипичних афективних порушень, асоційованих з актуальною для хворого психотравмуючою ситуацією, синдромально не оформленою галюцинаторно-маревною симптоматикою (С. Sahner, R. Greenberg, 2002).

Нами було амбулаторно та стаціонарно обстежено 6 хворих на різні типи шизоафективного розладу — F25.0, F25.1, F25.2. Контрольну групу склали 8 хворих з психічними розладами, що відповідають діагностичним критеріям рубрик F20.0, які зверталися до клініки ДУ ІНПН НАМН України. В обох групах, внаслідок впливу стресорних чинників під час бойових дій в Луганській та Донецькій областях, виникли психопатологічні порушення, що відповідають ПТСП (F43.1). Серед пацієнтів було 10 жінок та 4 чоловіки, віком від 21 до 52 років. У продромі загострення шизоафективного психозу

переважали невротичні афективні та істеричні порушення, у продромі параноїдної шизофренії — ідеаторні психогенні розлади: ситуаційні параноїальні реакції, тривожно-фобічний і обсесивно-компульсивний невротичні синдроми. На етапі ендореактивних розладів розвиваються складні поліморфні «мікст» психотичні і субпсихотичні стани, що мають спільні риси як з психогенним (реактивним) психозом, так і з ендогенним психотичним нападом. У випадку розвитку шизоафективного психозу мали місце ендореактивні депресії й істероформні психози. Ендореактивна параноя (параноїд) і обсесивно-маячні психози розвиваються при психогенно спровокованих маніфестаціях/рецидивах параноїдної шизофренії. На етапі розгорнутого ендогенного психозу психогенні розлади повністю перекриваються психотичними порушеннями шизофренічного спектра, проте прояви психозів продовжують нести в собі «відбиток» психотравми (патопластичний рівень міжнозологічної взаємодії) у вигляді її «звучання» в афективних, галюцинаторних, маячних або онейроїдних переживаннях. Розвиток симптомів в процесі клінічного становлення психозів шизофренічного спектра в умовах психотравми є психопатологічно спадкоємним, тобто різним синдромальним варіантам ендогенних психозів передують відповідні клінічні «аналоги» психогенних синдромів. Психогенна провокація ендогенних психозів робить більш чіткими клініко-нозологічні відмінності між шизоафективним психозом і параноїдною шизофренією, що вказує на принципову різницю патогенетичної основи цих психозів, дозволяючи віднести шизоафективний психоз до групи ендогенних афективних (біполярних) психозів і протиставити його групі шизофренії. У хворих на шизоафективний психоз і параноїдну шизофренію можливе виникнення власне психогенних розладів не тільки на доманіфестному етапі, але і при поточному ендогенному процесі.

УДК 616.89

Г. П. Сябренко^{1,2}, М. В. Маркова², Є. В. Кришталь²

¹Кіровоградський обласний госпіталь ветеранів війни, м. Кіровоград; ²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Досвід організації роботи Центру медико-психологічної реабілітації «КОМ-ПАС» на базі Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни

Україна вперше за роки своєї незалежності змушена вести бойові дії на власній території. Тисячі мобілізованих громадян і кадрових військових вже більш ніж півроку перебувають у зоні антитерористичної операції (АТО) та, як наслідок, постійно піддаються впливу стресорів надзвичайно високої інтенсивності: постійна загроза життю, тривалі обстріли артилерії, необхідність вбивати та бачити смерть товаришів, реальна можливість полону й тортуру і т. п.

Перебування в зоні бойових дій — екстремальна ситуація, коли людина стикається з постійним надсильним психоемоційним стресом та змушена долати його вольовими зусиллями. Постійне перевантаження, накопичення стресів, психотравми, пов'язані з виконанням бойових завдань, невизначеність статусу, недостатня

кількість індивідуальних засобів захисту, проблеми після отриманих поранень, травм та все інше провокують виникнення негативних психоемоційних станів, порушення психічного здоров'я, психічних розладів.

За даними світової статистики, кожен третій учасник бойових дій, навіть, не маючи будь-яких фізичних ушкоджень, страждає на нервово-психічні розлади. За даними експертів військово-медичної академії, в учасників бойових дій (порівняно зі здоровими людьми) в два-три рази вища імовірність таких захворювань, як гіпертонічна хвороба, гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Загальний стан здоров'я характеризується слабкістю, запамороченням, зниженням працездатності, головним болем, болем в ділянці серця, сексуальними розладами, порушеннями сну, фобіями, а у інвалідів додаються проблемами, пов'язані з отриманими пораненнями та травмами.

Якщо брати до уваги ситуацію, яка склалася в Україні, та враховуючи досвід зарубіжних фахівців (Ізраїль, Швеція, Грузія, США, Польщі), то стає зрозумілим, що до подолання гострої реакції на стрес та реабілітації пацієнтів з діагнозом психотравматичний синдром ми маємо підходити поетапно, системно, з врахуванням особливостей даної ситуації, ментальних особливостей, потреб та запитів учасників бойових дій.

Так, для вирішення поставленого завдання та для забезпечення потреби медико-психологічної реабілітації, створення умов ресоціалізації та ефективної адаптації учасників АТО, на базі Кіровоградського обласного госпіталю ветеранів війни організована діяльність Центру медико-психологічної реабілітації «КОМ-ПАС».

Основні завдання та мета створення Центру медико-психологічної реабілітації:

- 1) надання комплексної медико-психологічної допомоги;
- 2) створення умов комплексної реабілітації учасникам бойових дій;
- 3) підготовка та впровадження фахових уніфікованих методик і підходів до реабілітації, для передання досвіду створення Центру реабілітації на базі інших госпіталів України;
- 4) підготовка фахівців з надання психологічної допомоги та організації заходів з психологічного супроводу учасників бойових дій.

Центр медико-психологічної реабілітації легко і практично інтегрувався в структуру Кіровоградського обласного госпіталю. Медичну реабілітацію здійснюють фахівці закладу, Центр здійснює психологічну реабілітацію всіх пацієнтів госпіталю, медичного персоналу, членів родин учасників бойових дій, родин загиблих військовослужбовців, волонтерів.

Завдяки організованій системній роботі кожен пацієнт госпіталю має змогу пройти діагностику психологічно-емоційного стану та поспілкуватися з психологом. Пацієнти мають змогу працювати з психологом, як в індивідуальному, так і в груповому режимі, отримувати рекомендації та довготривалу консультативну допомогу.

Структура роботи Центру реабілітації дозволяє максимально ефективно і результативно організувати надання психологічної допомоги, та складається з таких відділень:

- відділення психологічної реабілітації та психологічного супроводу учасників бойових дій учасники бойових дій, підготовка до бойових дій);