

УДК 616.89-053.2/.5+612.176:616-001

*Э. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина, Д. А. Мителев,
Т. Н. Матковская, Н. А. Шаповалова*
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
НАМН Украины», г. Харьков

Особенности формирования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в детском возрасте

Увеличение стрессов у детей и подростков (увеличение числа техногенных катастроф и последствий военных конфликтов, где 20—25 % пострадавших — дети) требует рассматривать проблему через призму социальной и детской психиатрии. Влияние возрастного фактора сказывается как в своеобразии клинической картины и динамике нарушений, так и в увеличении риска возникновения психогенных расстройств в переходные возрастные периоды. В отличие от взрослого контингента, выявляемые психические нарушения у детей зачастую достаточно аморфны, неструктурированные, транзиторные, что затрудняет их квалификацию как завершённых психопатологических феноменов.

Клинико-психопатологическое обследование (с использованием опросника симптомов ПТСР, шкалы депрессии CDRS-R) 620 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении детской психиатрии ГУ «ИОЗДП НАМН» в период 2014—2015 гг., установило формирование различных по тяжести и клиническим проявлениям расстройств посттравматического генеза (59,5 %). Среди них — острые стрессовые реакции, расстройства адаптации, разнообразие тревожно-фобических и депрессивных состояний, ПТСР, «изолированные» невротические расстройства (энурез, логоневроз, тики). Для начальных этапов ПТСР у детей наиболее характерным признаком является тревога в структуре тревожно-депрессивных состояний. Психопатологическая феноменология ПСТР у детей включает недифференцированные реакции ужаса и испуга с паническим страхом, эпизоды психомоторного возбуждения, снижение осознания текущих событий, элементы дереализации и деперсонализации, диссоциативные симптомы. Среди других клинических признаков — повышенная возбудимость, капризность, регрессивный тип поведения с растерянностью и несостоятельностью, выраженные соматовегетативные нарушения. На последующем этапе развернутых клинических проявлений ПТСР происходит структурирование имеющейся психопатологической симптоматики. Воспоминания о событиях оказывают на детей дополнительное стрессовое действие и способствуют возникновению панических реакций, затяжному характеру переживаний с усилением тревожно-фобических реакций, навязчивых представлений, мыслей и действий, психосоматических и двигательных нарушений. Особенностью детей младшего школьного возраста является недостаточное выражение своего состояния в речевой форме, в связи с чем необходимы наблюдение и анализ невербальной коммуникации детей, выражения лица и позы, эмоциональной окраски рисунков и особенностей фантазий и игровой деятельности. В отличие от взрослых, у детей преобладает соматоформный тип ПТСР, отличающийся массивными проявлениями с преимущественной локализацией телесных ощущений, сочетающихся с висцеровегетативными проявлениями. Структура соматоформного типа ПТСР у детей поли-

морфная, либо с преобладанием тех или иных проявлений на фоне навязчивых по характеру, повторяющихся тревожных мыслей о психотравмирующем событии, чувства отчужденности в переживаниях или в ответах на эмоционально-значимое событие. Отмечается сниженное настроение с пессимистической оценкой будущего, своих возможностей и перспектив, выявляются нарастающие трудности поведения, у мальчиков — склонность к агрессивным разрядам, у девочек — к истероформным реакциям. Отмечается достаточно быстрая трансформация гиперестезических реакций, собственно тревоги в страхи. Следовательно, к проблеме ПТСР у детей необходимо подходить с позиции возрастной динамики развития ребенка, что позволит сфокусировать стратегию эффективного вмешательства и разработать алгоритм медико-психологического сопровождения на различных этапах психогенного заболевания.

УДК 616.89-008:616.821

Б. В. Михайлов, Б. С. Федак
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Побудова системи психотерапії у хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця

За останні десятиріччя, у зв'язку з різкими змінами звичного способу життя, за відсутності достовірно повної суб'єктивної інформації про хворобу існує висока ймовірність формування неадекватної внутрішньої картини хвороби. З іншого боку, формування неадекватного страху перед захворюванням, за своє майбутнє трансформуються в захисні психологічні реакції, які не сприяють одужанню і знижують рівень якості життя, що зумовлює необхідність впровадження заходів психокорекції для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями.

Для вирішення задачі з покращання рівня комплаєнсу було вирішено визначити індивідуально-психологічні особливості хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) та ішемічну хворобу серця (ІХС), як основи для розроблення саногенетично обґрунтованої програми особистісної психокорекції.

В обстеження було включено 75 хворих на артеріальну гіпертензію, ускладнену гіпертонічними кризами і 90 хворих на ішемічну хворобу серця з нападами стенокардії. В роботі використовували клініко-психопатологічний метод із застосуванням структурованого діагностичного інтерв'ю.

Встановлено, що ефективність лікування АГ і ІХС залежить від ступеня комплаєнтності пацієнта і, відповідно, необхідно і доцільно визначати рівень комплаєнсу на початку терапевтичного процесу. Комплаєнс має динамічний характер і може змінюватися в процесі проведення терапії, тому важливо здійснювати моніторинг рівня комплаєнсу в процесі амбулаторного спостереження. Комплаєнс визначається такими індивідуально-психологічними факторами пацієнтів, як особливості особистості, локус контролю, рівень тривожності і рівень відповідальності ставлення до здоров'я. Ці параметри мають бути враховані під час формування терапевтичного альянсу.