

із зони АТО були астено-депресивний (75,9 %), астено-тривожний (82,5 %), астено-фобічний (13,2 %) астено-іпохондричний (3,3 %) синдроми.

Результати психодіагностичних досліджень виявили, що у чоловіків показники реактивної тривоги (середній бал — $37,7 \pm 3,0$), були вище, ніж показники особистісної тривожності (середній бал — $32,6 \pm 2,9$). Навпаки, у жінок показники особистісної тривожності (середній бал — $38,6 \pm 2,9$) були вищими за показники реактивної тривоги (середній бал — $34,7 \pm 3,0$). Вираженість депресивної симптоматики також незначно переважала у жінок. Середній бал за шкалою Гамільтона у чоловіків складав $17,0 \pm 2,3$ бали, у жінок — $18,0 \pm 2,3$ бали.

Результати обстеження за шкалою якості життя не показали істотних відмінностей у чоловіків і жінок. Найнижчими за все були оцінені шкали «Психоемоційний стан», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

Таким чином, у більшості осіб, які виїхали із зони АТО, спостерігаються психоемоційні порушення різного ступеня вираженості, які вимагають подальшої корекції в умовах спеціалізованих медичних установ.

УДК 616.89

В. І. Коростій, Г. В. Паровіна

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу

Центр психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації (далі — Центр) є позаштатним лікувально-навчально-науково-практичним підрозділом Науково-практичного медичного центру Харківського національного медичного університету (НПМЦ ХНМУ). Головною метою діяльності Центру є надання високо-спеціалізованої медичної допомоги при психосоматичній та непсихотичній психічній патології, проведення науково-дослідної роботи, розроблення, апробації та впровадження нових медичних технологій. Центр створений на базі неврологічного та реабілітаційного відділення. Включає 10 психосоматичних ліжок, психіатричний консультативний кабінет, кабінет психоемоційного розвантаження.

В роботі Центру реалізована модель мультидисциплінарного підходу, зокрема в наданні допомоги особам, які перенесли екстремальні події. Взаємодія з підрозділами університетської клініки дозволяє проводити комплексну реабілітацію хворих з коморбідною психічною та соматичною патологією, які складають 85 % від загальної кількості пацієнтів Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації. В цих випадках до бригади, крім спеціалістів Центру (психіатр, психолог), долучається спеціаліст іншого підрозділу, відповідно до нозології (централізована модель).

Метою взаємодії Центру з іншими підрозділами НПМЦ ХНМУ є надання консультацій, медико-психологічного супроводу та психотерапії пацієнтам університетської клініки (децентралізована модель).

Розроблені та впроваджуються комплексні програми лікування дисциркуляторної енцефалопатії, деменції, епілепсії (відділення неврології), лікування метаболічних розладів у психічно хворих (відділення ендокринології),

лікування нервової анорексії з дистрофією (відділення соматичних розладів), медико-психологічний супровід відновного лікування хворих з травмами опорно-рухового апарату (відділення відновного лікування), медико-психологічний супровід доопераційного та післяопераційного періоду (відділення малоінвазивної хірургії). Проводиться оцінювання ефективності цих програм та впровадження досвіду в навчальний процес післядипломної освіти.

УДК 616.895

В. І. Коростій, І. М. Соколова, В. І. Заворотний
*Харківський національний медичний університет;
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону,
м. Харків*

Аналіз діагностичних можливостей психодіагностичних методик для виявлення психологічних наслідків стресу та посттравматичного стресового розладу

Актуальність даного дослідження зумовлена сучасною медико-соціальною значимістю посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та невирішеністю низки діагностичних питань, що створює передумови для численних діагностичних помилок і розбіжностей, перешкоджає проведенню адекватної, своєчасно розпочатої, диференційованої терапії та профілактики.

На ґрунті обстеження 90 осіб обох статей, у віці 18—55 років (демобілізованих учасників бойових дій; звільнених з полону, членів сімей осіб, які постраждали внаслідок бойових дій; біженців), з використанням комплексу психодіагностичних методик, визначені їхні діагностичні можливості в осіб, які постраждали внаслідок стресу в умовах воєнного конфлікту.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) — опитувальник дозволяє виявити, які симптоми домінують — вторгнення, уникання, підвищеної збудливості. Це тест для широкого використання, його використовують для досліджень наслідків різноманітних травматичних чинників (втрата близьких, транспортні катастрофи, військові події).

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS) дозволяє оцінити частоту та інтенсивність виявлення індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їхнього впливу на соціальну активність пацієнта. Методика дозволяє діагностувати розлади, спричинені нещодавніми травмами, та динаміку стану пацієнта у разі повторного тестування.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (використовували цивільний та військовий варіанти) дозволяє оцінити ступінь виразності посттравматичних реакцій. На відміну від Шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS), ці шкали дозволяють діагностувати пізні посттравматичні розлади, а також допомагають провести диференціальну діагностику з розладами адаптації.

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), або шкала Дерогатіса — методика дозволяла провести оцінку психологічного симптоматичного статусу хворих як з соматичними хворобами, так і осіб з психічними розладами.

Опитувальник депресії Бека — для оцінювання наявності депресивних симптомів у пацієнта у теперішній час. Недоліком є неможливість діагностувати наявність депресивної симптоматики у минулому, безпосередньо після травматичної події, якщо з моменту її виникнення пройшов тривалий час.