

Визначено переваги використання: шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) — для первинного скринінгу; шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS) — для оцінювання динаміки стану; Міссісіпської шкали — для оцінювання посттравматичних реакцій — для діагностики та диференціальної діагностики ПТСР на госпітальному та післягоспітальному етапах; опитувальника виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) — для уточнення тактики ведення хворого (психолог чи психіатр); опитувальник депресії Бека доцільний тільки для верифікації динаміки стану хворого в ході антидепресивної терапії.

Таким чином, результати дослідження показали доцільність використання вказаних методик як допоміжного діагностичного інструментарію, визначені переваги певних методик для вирішення діагностичних завдань на різних етапах надання медико-психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок стресу в умовах воєнного конфлікту.

УДК 616.89-008.441.1-07

Е. І. Кудинова¹, Черная Т. С.²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков;

²«Винницкая областная психоневрологическая больница им. А. И. Ющенко», г. Винница

Характерологические особенности у пациентов с тревожными расстройствами

Определено, что тревожные (тревожно-фобические) расстройства являются одним из часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. Как показывают эпидемиологические исследования, распространенность на протяжении жизни тревожных расстройств (панического расстройства, агорафобии, социальной фобии) в среднем составляет 1,5 %. Медицинская статистика показывает, что в Украине, как и в большинстве европейских стран, наблюдается стабильный рост состояний, сопровождающихся тревожной симптоматикой.

Цель исследования — провести сравнительную характеристику эмоциональных нарушений и типологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами различных нозологий.

В исследование включены 115 пациентов с тревожными расстройствами невротического регистра, с диагнозами эпизодическая пароксизмальная тревога, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Нами использовались следующие методы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, статистический и методики: шкалы тревоги и тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, личностный опросник Айзенка ЕРІ, для исследования акцентуации личности — методика Леонгарда — Шмишека.

Наиболее распространенными выявлены следующие типы акцентуаций характера — тревожный и эмотивный. Также характерным для всех групп пациентов оказался высокий уровень реактивной тревожности. Результаты исследования позволили сформировать построение дифференцированных терапевтических мероприятий.

Использование патогенетически обоснованной системы психотерапии с учетом индивидуальных особенностей пациентов позволяет сократить сроки лечения и предупредить развитие затяжных форм заболевания.

УДК 616.89:616.37-002-052

Н. В. Кутова, М. В. Маркова

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Хронічний панкреатит — як модель соматичної хвороби з психотравматичними наслідками

На сьогодні в Україні склалася напружена ситуація щодо хронічного панкреатиту (ХП), реєструється близько 230 нових випадків на рік та поширеність становить 2400 на 100 тис. дорослого населення, що у 4 рази вище, ніж епідеміологічні показники у країнах Європи. Клінічною особливістю ХП є те, що у третини хворих розвиваються ранні ускладнення (панкреонекроз, гастродуоденальні кровотечі, тромбоз у системі портальної вени, стеноз жовчовивідного протоку, дванадцятипалої кишки), первинна інвалідизація досягає 15 %, а летальність складає 5,1 %. Рівень смертності при ХП досягає 20 % після 10 років та до 50 % при 25-літньому перебігу хвороби, причиною смерті у 1/5 пацієнтів є ускладнення загострень панкреатиту. Порушення толерантності до глюкози спостерігається у 2/3 пацієнтів, у 1/3 розвивається цукровий діабет, у половини хворих виникає екзокринна недостатність. Тривалість захворювання на ХП більше ніж 20 років підвищує ризик розвитку раку підшлункової залози в 5 разів. Клінічна картина перебігу захворювання характеризується наявністю больового та диспептичного синдрому, загостреннями.

ХП супроводжується високим рівнем соматичного дистресу (біль, нудота, порушення травлення, діарея) та становить суттєву загрозу для стабільного фізичного функціонування, що спричиняє нозогенно обумовлені психологічні реакції.

Метою дослідження було — оцінити поширеність та структуру депресивних та тривожних станів у пацієнтів з ХП.

У дослідженні взяли участь 147 пацієнтів з ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок та 49 чоловіків, і 140 хворих з ХП, причиною якого було вживання алкоголю — група 2, з них 44 опитувані жіночої та 96 — чоловічої статі. Було використано психометричні методики: HDRS для вивчення депресивних станів та HARS — тривожних розладів.

Психологічними стрес-факторами ХП були загрози для життя ускладнення, інвалідизація, високі ризики розвитку цукрового діабету, раку підшлункової залози. Вивчення проявів депресивних та тривожних станів у хворих з ХП біліарної та алкогольної етіології виявило, що більш ніж у 80 % пацієнтів з ХП виявляються депресивні та тривожні стани різного ступеня вираженості. Афективна та невротична симптоматика у хворих з ХП виражена різноманітними симптомами. До загальних симптомів, які спостерігалися у 75 % опитуваних, належать депресивний чи тривожний настрій, напруження, соматична тривога, зниження активності, загальносоматичні прояви, порушення сну, гастроінтестинальні та вегетативні симптоми. Специфіку психоемоційного профілю визначали почуття провини, суїцидальні тенденції, загальмованість, ажитація, іпохондрія, зниження маси тіла, інтелектуальні, соматичні м'язові, серцево-судинні, респіраторні, сечостатевої та сенсорні симптоми. У структурі афективних та невротичних станів домінували розлади легкого та середнього ступеня тяжкості. Найвищий рівень депресивних та тривожних розладів

виявлено у жінок з АХП. У пацієнток з АХГ виявлено вищі рівні гіпотимії, суїцидальних тенденцій, почуття провини, іпохондрії, напруженості, розладів сну, інтелектуальних порушень, соматичних сенсорних, сечостатевої та вегетативних симптомів. Наявні гендерні відмінності у вираженості симптомів депресії та тривоги у хворих з БХП та АХП.

Поширеність та структура депресивних та тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом вказують на необхідність розроблення програм, спрямованих на ранню діагностику та терапію цих розладів, як елемента комплексної медико-психологічної допомоги хворим гастроентерологічного профілю.

УДК 616.45-001.1/3-008.441.1:355.257.6

*И. И. Кутько, О. А. Панченко,
А. Н. Линева, Р. С. Линева*

*ГУ «Научно-практический медицинский
реабилитационно-диагностический центр МЗ
Украины», г. Константиновка; Харьковская областная
психиатрическая больница № 1, г. Харьков*

Актуальные проблемы ПТСР у военнослужащих в современных условиях

С началом боевых действий в Донецкой и Луганской областях с мая 2014 г. значительное количество граждан Украины прошли военную службу в зоне АТО. Как показывают результаты научных исследований и клинический опыт у значительной части этих лиц возникли психогенные расстройства, наиболее тяжелым из которых было **посттравматическое стрессовое расстройство**.

Подобные состояния ранее были описаны у ветеранов вьетнамской и афганской войны.

Участники боевых действий (комбатанты) подвергались специфическому действию условий боевой обстановки, которые вызывали так называемый **боевой стресс** (дистресс при неизбежной перегрузке адаптационных механизмов).

Вырабатывались специфические формы реагирования, носившие вначале, в период боевых действий, адаптационный характер, фиксировавшиеся в поведении и нарушавшие социальную адаптацию военнослужащего в дальнейшем, в условиях мирной жизни.

Характерными признаками отдаленных последствий боевого стресса у комбатантов являлись: тревога и импульсивность, настороженно-враждебное восприятие действительности, дефицит интрапсихической переработки переживаний с формированием категоричности и полярности суждений, доминирование шаблонных конфликтных и агрессивных форм реагирования на социальные ситуации.

Такие нарушения затрудняли межличностные контакты, снижали продуктивность социального функционирования, способствовали появлению невротических нарушений, конфликтности, агрессивности, влечения к алкоголю, психоактивным веществам, азартным играм.

Характерным для комбатантов был известный феномен **жизни в двух реальностях**: «там» (воспоминания о периоде боевых действий) и «здесь» (реальная действительность). Это вело к снижению способности реагировать естественным образом на обыденные ситуации с появлением типичного чувства **«изгоя общества»**.

Ретроспективная оценка переживаний в период боевых действий формировала у пострадавших определенные варианты эмоционального и мировоззренческого отношения к пережитому, известные как **синдром ветерана войны**.

Так, у лиц, бывших свидетелями жестоких и антигуманных событий, формировался комплекс **«застывшей вины»**.

Характерно доминирование мыслей о «предательстве страной», идеологическое разочарование с самоотчуждением на фоне апатии и тревоги с легким появлением агрессивности. Эти явления известны как **поствьетнамский синдром**.

Для комбатантов характерно чувство **«дисфункциональной вины»**, «за то, что остался жив».

В целом, посттравматическое стрессовое расстройство у участников боевых действий вследствие стойких и болезненных характерологических изменений носит «разрушительный характер», затрагивающий широкий круг различных сторон жизни, включая физическое здоровье, характер, мировоззрение, самооценку, нарушая межличностные, семейные, профессиональные отношения.

Характерными были вегетативные нарушения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и мочеполовых органов.

Течение посттравматического расстройства в большинстве случаев носило в целом благоприятный, регрессирующий характер и завершалось практическим выздоровлением.

Однако сохранялась совокупность личностно-характерологических особенностей, известная как **«комбатантная акцентуация личности»**, которая служила почвой для возникновения психических расстройств, нарушений поведения и психосоматических заболеваний.

Следует отметить большую (по сравнению со среднепопуляционной) распространенность среди ветеранов войн невротических и аффективных расстройств, зависимости от алкоголя и психоактивных веществ, игровой зависимости, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Эти данные свидетельствуют о важности превентивной медицинской, психологической и социальной помощи лицам, прошедшим военную службу в зоне вооруженного противостояния.

УДК 616.891-053.6-07

І. В. Лещина, Т. П. Мозгова

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Маркери ризику-антиризик формування розладів адаптації у осіб молодого віку

Широка розповсюдженість невротичних, пов'язаних зі стресом, психічних розладів серед молоді ставить до числа пріоритетних проблеми їх профілактики та корекції. Своєчасна психофілатика і корекція дезадаптивних розладів у студентської молоді неможливі без ранньої діагностики наявної психічної патології та виокремлення груп ризику її формування. Вказані завдання, на наш погляд, доцільно вирішувати шляхом проведення скринінгових опитувань, які дозволяють одночасно проводити обстеження великої кількості осіб.