

УДК: 616.89

*Є.Г. Гриневич***ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: надзвичайні ситуації, психічні та поведінкові розлади, психолого-психіатрична та психотерапевтична допомога, санаторно-курортне лікування, медична ефективність, соціальна ефективність

Організація своєчасної та ефективної медичної допомоги (МД) при надзвичайних ситуаціях (НС), катастрофах (К) і аваріях (А) є одним з пріоритетних завдань охорони здоров'я [1–3].

В свою чергу, найбільш актуальними в Україні є проблеми психологічних та психічних наслідків перебування людини в надзвичайній ситуації або в умовах аварії, катастрофи, які загрожують життю та здоров'ю [4–9].

Захист здоров'я населення України (зокрема психологічного та психічного) за умов НС, А і К є гарантованим законодавчою та нормативно-правовою базою [10–16] та з кожним роком набуває все більшого значення.

Треба відмітити, що вирішення даного питання є важливою складовою національної безпеки поряд з природно-техногенною, політичною, воєнною, інформаційною тощо. Це обумовлюється також зростанням економічних і соціальних збитків внаслідок екстремальних подій (ЕП). Так, наприкінці минулого століття витрати на ліквідацію наслідків аварій та катастроф склали до 10–15 % сукупного валового продукту, а покращення показників якості життя громадян стає неможливим в найближчій перспективі (навіть при його зростанні на 2–3 %) через сучасний стан ризику

виникнення НС, А і К. Тому розв'язання коротко- та довгострокових проблем (перш за все медичного характеру), детермінованих надзвичайними ситуаціями постає стратегічним завданням у країнах СНД і Східної Європи.

Виходячи з зазначеного вище на основі проведеного всебічного аналізу, а саме: системної й теоретичної оцінки сучасного стану організації і надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги в мірний час та у разі виникнення надзвичайної ситуації; інтерпретації даних про психологічний, психічний стан постраждалих, а також медико-психологічний стан рятувальників аварійно-рятувальних служб (РАРС) внаслідок НС, А і К (зокрема структури, етапів розвитку та формування, клінічних проявів і динаміки провідної психічної патології); оцінки ризиків та ступеню впливу психосоціальних чинників, уражаючих факторів НС на формування психічних розладів у вказаних осіб при екстремальній події (ЕП) тощо, – розроблена диференційована система щодо надання спеціалізованої медичної (психологічної, психіатричної та психотерапевтичної) допомоги (ДС) [17–19]. Оцінка ефективності даної системи постала за мету цієї роботи.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження ефективності лікувально-профілактичних заходів (ЛПЗ) щодо надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф проводили на базі медичного центру «Медики-Чорнобиллю» (м. Євпаторія), який входить до переліку санаторно-курортних установ, при яких створюються центри медико-психологічної реабілітації [14]. Усього обстежено 60 чоловіків, що були залучені до ліквідації наслідків надзви-

чайної ситуації (аварії на ЧАЕС), які згідно до мети були розподілені на дві групи: основну (при лікуванні обстежених нами 30 ОЗЛННС застосовували розроблену «систему заходів») та контрольну (30 осіб, що лікувалися традиційно).

При відборі зазначеного контингенту враховували наступне:

а) наявність у осіб, що залучені до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації (ОЗЛННС) психічної патології, що спостерігалась нами при попередніх обстеженнях постраждалих внаслі-

док НС, ТА і К та РАРС [20] – стандартизація за психопатологічною симптоматикою;

б) дані попередніх досліджень про присутність хронічної та постійної дії відповідних психогенних факторів («загроза життю чи здоров'ю, не пов'язана із соматичним захворюванням», несприятливих умов у сім'ї, незадоволеності працею ($p < 0,05$)) при відсутності впливу соціально-демографічних чинників на формування та перебіг психічних розладів у постраждалих внаслідок НС, ТА і К – стандартизація за етіологією;

в) гіпотезу про правомірність комплексної моделі ПТСР, де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Horowitz [21, 22], як процесу «асиміляції травматичного досвіду» – стандартизація за клініко-динамічними особливостями.

Комплексне обстеження здійснювали з використанням: «Уніфікованої карти обстеження постраждалого внаслідок аварії чи катастрофи техногенного характеру», яка включала до себе соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, анамнестичний та експериментально-психологічний підрозділи. Обробку одержаних даних проводили методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕВМ за допомогою програм «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [23], а також застосовували програмно-аналітичні методи порівняльного математичного аналізу: методи індуктивної статистики, варіаційної статистики, статистики Manthel-Haenszel, Yets, Fisher, Student, коваріаційного та кластерного аналізу, популяційних досліджень (програмне забезпечення «STATISTIKA 8.0», «EPIINFO 5.0», «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003») [24].

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах щодо психіатричного обстеження пацієнтів. Діагностику психічних та поведінкових розладів здійснювали згідно з клінічними критеріями МКХ-10, шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження, зокрема оцінювали кількісну та якісну характеристики скарг, виявляли психопатологічну симптоматику, функціонування сфер психіки тощо.

При експериментально-психологічному дослідженні використовували індивідуальний типологічний опитувальник (ІТО), шкалу особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілберге-ра–Ю.Л. Ханіна, тест диференціальної оцінки функціонального стану (САН) через їх доведену інформативність та специфічність [25-27] та

методику Q-сортування для оцінки ефективності психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги шляхом змін значень інтегральної оцінки ставлення до себе (за допомогою коефіцієнта кореляції), а показники свідчили про співвідношення реального та ідеального «Я».

Крім того, використовували клініко-анамнестичний та інструментальний методи (комп'ютерне ЕЕГ).

Комплексну оцінку ЛПЗ щодо надання психолого-психіатричної допомоги (у структурі традиційного санаторно-курортного лікування) постраждалим внаслідок НС, ТА і К визначали шляхом розрахунків спеціальних коефіцієнтів [28] та при співставленні основної та контрольної груп.

Медична ефективність впровадження ДС за результатами клініко-психопатологічного дослідження (P_m (коефіцієнт медичної ефективності) = p_m (кількість пацієнтів, у яких фіксувався позитивний ефект)/ N_m (загальна кількість обстежених)) призводить до економічного ефекту через зниження терміну лікування, збільшення тривалості ремісій, поліпшення профілактики рецидивів, скорочення кількості ускладнень тощо, але це твердження справедливо лише при його оцінці в умовах стаціонару. Тому коефіцієнт економічної ефективності (P_e (коефіцієнт економічної ефективності) = p_e (нормативні витрати)/ N_e (фактичні витрати)) вважали рівним одиниці у зв'язку з тим, що лікування в умовах санаторно-курортного закладу передбачає визначений термін, а тривалість ремісій потребує відповідного катamnестичного дослідження.

Соціальну ефективність визначали з урахуванням: ступеня задоволення пацієнтів та їхніх родичів, покращання рівня психічного здоров'я, усунення та мінімізації наслідків надзвичайних ситуацій медико-психологічного характеру, наявності позитивної динаміки психічних розладів за загальноприйнятими критеріями (редукція, значне поліпшення, клінічне одужання без рецидивів впродовж року, відсутність ускладнень тощо), рівнів досягнутої функціональної активності, соціального функціонування, якості життя, зниження ступеню обмеження життєдіяльності, відновлення професійних навичок (P_s – (коефіцієнт соціальної ефективності) = p_s (кількість позитивних відповідей у зв'язку з проведеними організаційними, лікувально-профілактичними, реабілітаційними заходами)/ N_s (загальна кількість відповідей)).

Інтегральний коефіцієнт ефективності ДС в структурі традиційного лікування розраховува-

ли як добуток коефіцієнтів медичної, економічної та соціальної ефективності (P_i (інтегральний коефіцієнт ефективності) = P_m (коефіцієнт ме-

дичної ефективності) \times P_e (коефіцієнт економічної ефективності) \times P_s (коефіцієнт соціальної ефективності)).

Результати дослідження та їх обговорення

У клінічній картині осіб, що знаходились під спостереженням (за результатами скринінгового дослідження та подальшого обстеження за допомогою модулів для діагностики депресивних, тривожно-фобічних, соматоформних, а також хронічних розладів настрою), переважала змішана афективна, астенична, фобічна та тривожна симптоматика, а саме: відчуття страху, тривоги чи напруженості відзначили у себе 33,3 % обстежених; порушення функції вегетативної нервової системи (респіраторні, кардіальні, шлунково-кишкові симптоми), що супроводжувалися почуттям втрати контролю над ситуацією, страхом «збожеволіти» - 10,0 %; періоди (протягом більшої частини доби і тривалістю не менш 14 днів) пригніченого настрою, суму, спустошеності, пригніченості, зокрема життєвими обставинами – 58,3 %, втрати інтересу до звичайних захоплень (робота, хобі чи, відносини) – 46,6 %; дратівливість, буркотливість, поганий настрій – 63,3 %; сильного, інтенсивного занепокоєння – 20,0 %, тривоги по незначних подіях, інтенсивного почуття страху перед визначеними об'єктами чи ситуаціями 36,6 %; підвищеної фізичної та психічної втомлюваності – усі обстежені, порушення сну – 80,0 %, головні та болі у м'язах – 63,3 %, порушення сну – 26,7 %, відчуття захворювання – 62,5 % чоловіків. Вказана симптоматика негативно впливала на загальний рівень соціального функціонування, що відзначали самі респонденти, і який складав 51-60 балів.

Хворі також скаржилися на неможливість «знайти з загальну мову з іншими людьми», що раніше не спостерігалось. Вони відзначали почуття, що змінилися, не такі, як раніше, була присутня роздратованість, знижений настрій. Зі слів лікарів-інтерністів у пацієнтів існувало вороже відношення до людей, схильність до сутяжництва, конфліктність.

За даними клініко-анамнестичного дослідження можна стверджувати про наявність у 43 (71,7 %) у минулому ПТСР – F 43.1. Усі вони вважали стресову подію, тобто аварію, несподіваною, особливо значимою, жоден з них «не був готовий до неї». Пацієнти вказували на період коли вони постійно пригадували події аварії, переживали знову той емоційний стан, який був під час неї, говорили про страх при думках, що

треба повертатися до тієї ж праці та потрапляти в ті умови, а також жахливі сновидіння про події аварії, порушення сну (не спали зовсім, або часто просиналися). Відмічали, що настрої тоді був пригнічений, відзначали зниження відчуттів від дій, які раніше приносили задоволення. Перед виникнення таких скарг та описаної клінічної картини проходив деякий час, тобто латентний період.

Тобто, враховуючи все вищезазначене, у ОЗЛННС були виявлені порушення переважно в емоційній сфері, які характеризувалися пригніченим настроєм, тривогою, емоційною лабільністю, іноді роздратованістю.

На першому етапі дослідження ефективності ДС нами проведена оцінка ступеню стандартизації груп (гірничорятувальників (N=60) [20] та ОЗЛННС (N=30)) за провідною психічною патологією та психологічним станом (див. принципи стандартизації обстежених в матеріалах і методах дослідження).

Ми порівняли, для підтвердження, або заперечення висунутої нами гіпотези про правомірність комплексної моделі ПТСР (де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Ноговіца [21, 22]) дані тесту Спілберґера-Ханіна в зазначених групах.

Дійсно, ще В.Недерленд у праці «Клінічний нарис синдрому тих, хто вижив» та Р.Лефтон у праці «Ті, хто вижив у Хіросімі» зробили висновок, що стресові події викликають у тих, хто вижив після катастрофи, тривалі психічні порушення, які пояснюються процесом «асиміляції травматичного досвіду». Крім того, основною особливістю патоморфозу симптоматики при ПТСР є тенденція з плином часу набувати все більшого ступеню виразності. Треба відзначити, що симптоми з віком набувають негативної динаміки лише у частки осіб, але у достатньо значній кількості ветеранів війн та інших учасників екстремальних подій. Ще однією ознакою є те, що за умов дії відповідних чинників рецидиви виникають гостро на фоні «загального благополуччя». Тобто можна виділити три проблеми клініко-динамічної картини станів, що виникають внаслідок впливу ЕП: хронічний характер та погіршення з часом, клінічні прояви через 30-40 років, раптовість проявів [29, 30]

Саме переважання рівня особистісної три-

можності над реактивною, за низьких показників останньої, може свідчити у віддалені строки після перенесеної катастрофи (у ЛНА на ЧАЕС – 19-10 років, у гірничорятувальників – 10-6 років) про дефекти емоційно-вольової сфери та переважаюче формування тривожно-депресивних станів. Це так звана група «викривлених

реакцій» за Е. Ліндеманом [31] (distorted reactions у осіб, що перенесли тяжку психічну травму). На рисунку 1 представлені значення середніх величин рівнів реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) в ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС та гірничорятувальників.

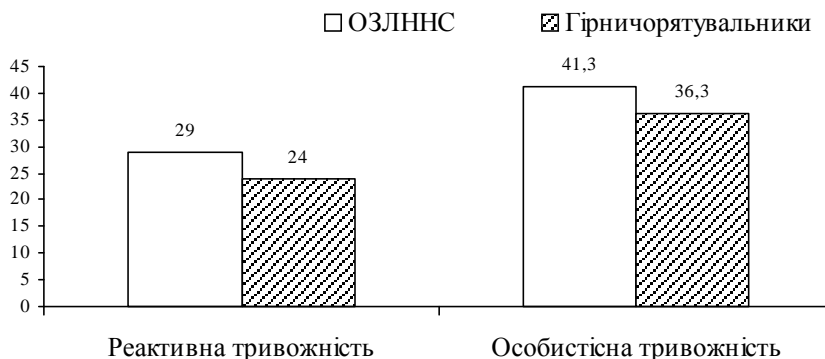


Рис 1. Значення середніх величин за результатами тесту Спілбергера-Ханіна у ЛНА на ЧАЕС та гірничорятувальників.

З рисунку 1 видно, що значення середніх показників ОТ вище таких для РТ, яка є достатньо низькою у ОЗЛННС, враховуючи віддалені строки від перенесеної катастрофи, але вище ніж у РАРС.

За результатами кореляційного аналізу: між діагнозом ПТСР та рівнем особистісної тривожності в обох групах існує тісний кореляційний зв'язок: у гірничорятувальників – $r=0,70$, у ОЗЛННС – $r=0,72$.

Треба відмітити, що за даними попередніх досліджень зафіксовано статистично достовірну ($p<0,05$) перевагу в частоті ознаки хворих РАРС над здоровими в діапазоні високих (більше 31 бала) значень показника особистісної тривожності (незважаючи на відсутність різниці в середніх величинах рівнів реактивної тривоги за Спілбергером-Ханіним). Ця достовірна відмінність може використовуватися як маркер сприйнятливості до психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій (ДК= 4,46 при $J=0,36$) [27].

Вищезазначене підтверджує висунуту гіпотезу про те, що досліджувані контингенти є на різних стадіях одного й того самого процесу, тобто ілюструють патоморфоз ПТСР.

Таким чином, комплексна модель, де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Horowitz правомірна для ПТСР, як у гірничорятувальників, так і у ОЗЛННС, групи є стандартизованими, що дозволило проводити оцінку ефективності розробленої нами диференційованої системи на відібраному у медичному центрі «Медики-Чорнобиллю» контингенті.

На другому етапі ми порівняли показники валідних (за нашими попередніми дослідженнями) психологічних тестів до, та після застосування в обраній групі пацієнтів з числа ОЗЛННС розробленої нами системи лікувально-профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф (табл. 1 – 5, рис. 2)

Таблиця 1

Порівняння середніх значень показників за шкалами тесту ІТО до та після терапії у досліджуваного контингенту хворих ($M\pm m$)

Показник	До терапії (N=30)	Після терапії (N=30)	Вірогідність змін
Брехня	4,36±0,34	3,66±0,24	$P<0,01$
Лабільність	5,16±0,24	3,96±0,20	$P<0,001$
Агресія	3,73±0,28	3,00±0,15	$P<0,001$
Екстраверсія	4,16±0,47	3,86±0,25	$P<0,05$
Спонтанність	4,23±0,36	3,33±0,20	$P<0,005$
Агресія	4,13±0,26	3,70±0,17	$P<0,01$
Ригідність	4,83±0,34	3,76±0,23	$P<0,005$
Інтроверсія	5,33±0,36	4,35±0,19	$P<0,001$
Сенситивність	5,50±0,40	4,56±0,23	$P<0,005$
Тривожність	5,60±0,36	2,39±0,28	$P<0,005$

З таблиці 1 випливає, що після застосованого комплексу заходів у пацієнтів вірогідно знизилася: тривожність (на 3,21 бала), лабільність (на 1,2 бала), ригідність (на 1,07 бала), брехня (на 1 бал), інтроверсія (на 0,98 бала), сенситивність (на 0,94 бала) та спонтанність (на 0,9 бала).

Важливими є редукція значень за показником інтроверсії та незначні зміни щодо агресивності (знизилася на 0,43 бала), так як ці ознаки являють собою маркери резистентності до формування ППР у осіб, що зазнали впливу НС (ДК = 2,18, J = 0,34 для інтроверсії <6 балів та ДК = -5,77, J = 0,94 для агресії при високих значеннях показника) [25, 27].

Деяке зменшення екстраверсії (на 0,3 бала), а також інтроверсії вказує на підвищення стаб-

ільності особистості, що підтверджує зниження показників агравації та брехні (див. табл. 1).

Крім того, зниження показників лабільності та/або ригідності за ІТО корелює з нейрофізіологічними показниками: зменшення виразності синдромів гіпоактивності та лабільності, і відповідає результатам досліджень А.Ю. Лагутіна [32–34].

Слід зазначити, що ступінь корелятивного зв'язку між показниками лабільності та ригідності за тестом ІТО після застосування розробленого нами комплексу заходів підвищився, що вказує на адекватність нейрофізіологічних корелятивів та на стабілізацію особистості хворих після комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів (табл. 2).

Таблиця 2

Ступінь кореляційного зв'язку між показниками ригідності та лабільності за шкалами тесту ІТО та ЕЕГ-синдромами гіпоактивності й лабільності у досліджуваного контингенту до та після лікування

Показник за шкалами ІТО	ЕЕГ – синдром			
	лабільності, г		гіпоактивності, г	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
лабільності, г	0,65	0,72	- 0,5	- 0,58
ригідності, г	- 0,52	- 0,60	0,68	0,74

Слід відзначити, що середній профіль особистості за провідними типологічними тенденціями мав позитивні зміни після терапії (рис. 2).

У подальшому, порівняли середні значення показників тесту САН до та після застосування розробленого нами комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів (табл. 3).

З таблиці 3 випливає, що після лікування вірогідно підвищилися показники самопочуття, ак-

тивності, настрою. Це підтверджує наявність позитивної динаміки психічного стану ОЗЛННС, так як за нашими дослідженнями [25, 27] показники самопочуття <3,0 балів (ДК = 11,82, J = 2,02), активності <3,0 (ДК = 7,75, J = 0,61) і настрою <3,0 (ДК = 11,41, J = 2,36) є практично самостійними (граничне значення ДК складає 13 балів при $p < 0,05$) маркерами сприйнятливості щодо формування ППР.



Рис. 2. Динаміка середніх профілів індивідуальних типологічних тенденцій за даними тесту ІТО до та після терапії у досліджуваного контингенту за відповідними шкалами.

Примітка. На осі X цифри 1-10 відповідають наступним показникам: 1-брехня, 2-агравація, 3-екстраверсія, 4-спонтанність, 5-агресія, 6-ригідність, 7-інтроверсія, 8-сенситивність, 9-тривожність, 10-лабільність).

Порівняння середніх значень показників за тестом САН до та після терапії у досліджуваного контингенту (M±m)

Показник	До терапії	Після терапії	Вірогідність змін
самопочуття	2,79±0,12	3,30±0,08	P < 0,001
активність	3,52±0,12	3,67±0,07	P < 0,01
настрій	2,64±0,12	3,22±0,07	P < 0,001

Виявлені закономірності підтверджуються при аналізі показників тесту Спілбергера-Ханіна до та після застосування комплексу лікувально-профілактичних заходів, щодо надання спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф (табл. 4). Так, до проведення терапії значення особистісної тривоги знаходилися у межах 36-45 балів (41,33±1,24), тобто ДК ОТ як маркера сприйнятливості до формування ППР склав 10,45 при J = 2,49 [25, 27]. Після застосу-

вання розроблених ЛПЗ в структурі традиційного санаторно-курортного лікування воно достовірно знизилось до рівню <36 (35,47±1,04) балів, це свідчить про перетворення ОТ в потужний маркер резистентності до формування ППР у ОЗЛННС (ДК = - 6,39, J = 1,19). Крім того, середні значення РТ у осіб, що пройшли терапію за розробленою нами системою заходів, знаходяться у межах 26-30 балів (28,43±0,75) та постають також у якості маркера резистентності до формування психічних розладів (ДК = - 4,74, J = 0,3).

Таблиця 4

Порівняння середніх значень показників за тестом Спілбергера-Ханіна до та після терапії у досліджуваного контингенту (M±m)

Показник	До терапії	Після терапії	Вірогідність змін
реактивна тривожність	29,03±1,52	28,43±0,75	P < 0,05
особистісна тривожність	41,33±1,24	35,47±1,04	P < 0,05

Динаміка показників за методикою Q-сорти-

ровки наведено у таблиці 5.

Таблиця 5

Значення показників за методикою Q-сортування до та після терапії у досліджуваного контингенту (клінічна шкала) (M±m)

Показник	До терапії	Після терапії	Вірогідність змін
коефіцієнт співвідношення реального й ідеального образів в «Я»	0,72 ±0,28	1,53±0,14	P<0,01

Наближення до нульових значень показника у пацієнтів, до застосування лікувально-профілактичних заходів, вказувало на наявність внутрішнього конфлікту особистості, що підпорядкована протилежним тенденціям, які мають однаковий ступінь виразності. Достовірно збільшення зазначеного коефіцієнту після терапії вказує на стійку гармонізацію особистості.

На третьому етапі, ми оцінили ефективність застосованої нами системи за динамікою показників при експериментально-психологічному дослідженні («покращання», «значне покращання», «без змін», «погіршення»), редукцією психопатологічної симптоматики (за загальноприйнятими критеріями: редукція, значне поліпшен-

ня, клінічне одужання, відсутність ускладнень), а також ступенем задоволення пацієнтів терапією.

Аналіз результатів клініко-психопатологічного дослідження в 30 ОЛЗННС (терапію здійснювали через включення до лікування розроблених нами заходів) свідчить про редукцію психопатологічної симптоматики у 6 (20 %) осіб, значне поліпшення – у 19 (63,3 %), без змін – 5 (16,7 %).

Кількісна динаміка скарг наступна: значущою була редукція скарг на відсутність радощів від життя, тривогу, порушення сну; значною – на загальну слабкість, швидку втомлюваність, занепад сил, головний біль, дратівливість, пригнічений настрій.

Зазначене підтверджується динамікою показників психологічного стану обстежених. За «покращення» ми приймали зміну (зниження) не менше трьох, крім брехні та агравації, показників тесту ІТО; збільшення рівню самопочуття та активності за тестом САН, зменшення показника особистісної тривожності за тестом Спілбергера-Ханіна, підвищення показника за клінічною шкалою Q-сортування. За «значне покращання» ми приймали зміну (зниження) не менше п'яти, крім брехні, показників тесту ІТО; збільшення рівню самопочуття, активності та настрою, їх гармонізацію за тестом САН, зменшення показника особистісної та реактивної тривожності за тестом Спілбергера-Ханіна, підвищення показника за клінічною шкалою Q-сортування. «Значне покращання» нами було зареєстровано у 20 %, «покращання» – 62 %, «без змін» – у 18 %. «Погіршення» взагалі не було зареєстровано ні в одному випадку.

Крім того, якщо до терапії з використанням розроблених нами лікувально-профілактичних (психолого-психіатричних та психотерапевтичних) заходів оцінка сприйнятливості-резистентності до формування ППР у ОЗЛННС (шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера) [25, 27]) складала $SDK = 26,26 > 20$ ($p < 0,01$) у бік сприйнятливості, то після лікування пацієнти основної групи набу-

ли резистентності щодо виникнення психічних розладів ($SDK = -19,08 > 13$, $p < 0,05$) за рахунок відповідних рівнів агресивності, інтроверсії (за тестом ІТО), особистісної та реактивної тривожності (за методикою Спілбергера-Ханіна).

В групі хворих, що лікувалися традиційно, не відмічено регресу психопатологічної симптоматики у 16 осіб (53,3 %), формування тенденції до «заглиблення» та обтяження клініки психічних порушень – у 4 пацієнтів (13,4 %), покращання (через стабілізацію соматичного стану, незначну редукцію тривожного, диссомнічного синдромів) – у 10 (33,3%) хворих.

Таким чином, сумарне «покращання» та «значне покращання» склало близько 82 % від загальної кількості в основній групі хворих ОЗЛННС, що вказує на ефективність розроблених нами лікувально-профілактичних заходів щодо надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок НС, ТА і К в структурі ДС.

Коефіцієнт медичної ефективності в клінічній групі склав $Pm1 = 0,83$, у контрольній – $Pm2 = 0,33$, соціальній – 0,7 та 0,46 відповідно. Значення інтегральних коефіцієнтів: 0,58 та 0,15, тобто загальна ефективність в обстежених, що проходили терапію за запропонованою нами ДС є більшою в 3,8 разів.

Висновки

1. Комплексна модель, де вагомим є «повторне переживання» за М.І. Норовіца правомірна для ПТСР, як у гірничорятувальників, так і у осіб, залучених до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій (на прикладі ЛНА на ЧАЕС), що дозволяє використовувати розроблену диференційовану систему щодо надання спеціалізованої медичної (психологічної, психіатричної та психотерапевтичної) допомоги для різних контингентів постраждалих внаслідок екстремальних подій, а також окрім у спеціалізованих закладах охорони здоров'я ще й в структурі санаторно-курортного лікування.

2. Застосування лікувально-профілактичних (психолого-психіатричних та психотерапевтичних) заходів в структурі традиційної санаторно-курортної терапії призводить до формування резистентності (в основній групі хворих) щодо виникнення психічних розладів ($SDK = -19,08 > 13$, $p < 0,05$) у порівнянні зі сприйнятливістю до них у контрольній групі $SDK = 26,26 > 20$ ($p < 0,01$).

3. В основній групі хворих редукція психо-

патологічної симптоматики відмічена у 6 (20 %) осіб, значне поліпшення – у 19 (63,3 %), без змін – 5 (16,7 %). За кількісною динамікою скарг зареєстрована значуща редукція скарг на відсутність радощів від життя, тривогу, порушення сну; значна – на загальну слабкість, швидку втомлюваність, занепад сил, головний біль, дратівливість, пригнічений настрій. За даними експериментально-психологічного дослідження «значне покращання» визначено у 20 % пацієнтів, «покращання» – у 62 %, «без змін» – у 18 % (загалом 100 %). Сумарне «покращання» та «значне покращання» склало близько 82 % від загальної кількості в основній групі хворих.

В групі хворих, що лікувалися традиційно (контрольна), регрес психопатологічної симптоматики відсутній у 16 осіб (53,3 %), формування тенденції до «заглиблення» та обтяження клініки психічних порушень відмічено у 4 пацієнтів (13,4 %), покращання (через стабілізацію соматичного стану, незначну редукцію тривожного, диссомнічного синдромів) – у 10

(33,3 %) хворих.

4. Коефіцієнт медичної ефективності в клінічній групі склав $Pm1 = 0,83$, у контрольній – $Pm2 = 0,33$, соціальній – $0,7$ та $0,46$ відповідно.

Значення інтегральних коефіцієнтів: $0,58$ та $0,15$, тобто загальна ефективність в обстежених, що проходили терапію за запропонованою нами системою є більшою в $3,8$ разів.

Е.Г. Гриневич

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

В статье представлены результаты оценки эффективности дифференцированной системы оказания специализированной медицинской (психологической, психиатрической, психотерапевтической) помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, аварий и катастроф. Установлено, что ее использование в структуре санаторно-курортного лечения способствует редукции психопатологической симптоматики, улучшению психологического состояния (стойкая гармонизация личности) и формированию резистентности к психическим и поведенческим расстройствам в 82 % случаев. Оценку эффективности проводили с помощью расчетов специальных коэффициентов (медицинская, социальная эффективность, интегральный коэффициент). Медицинская эффективность при использовании разработанных нами мероприятий возросла в 2,5 раза, социальная – в 1,5 раза, а общая эффективность (значения интегральных коэффициентов) – в 3,8 раза. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2007. — № 1 (17). — С. 32-40)

E.G. Grinevich

THE EFFICIENCY ESTIMATION THE RENDERING OF THE PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC AND PSYCHOTHERAPEUTIC HELP TO VICTIMS OF EXTREME SITUATIONS

Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Ministry of Public Health of Ukraine

The results of the efficiency estimation owing to differential system of specialized medical (psychological, psychiatric, psychotherapeutic) help to victims of extreme situations, failures and accidents introduction are presented. It is established, that its use in structure of sanatorium treatment promotes the psychopathological symptoms reduction, the improvement of a psychological status (the person harmonization) and formation the resistance to mental and behavioral disorders in 82 % cases. The efficiency estimation spent by calculation special factors (medical, social efficiency, integrated factor). Medical efficiency owing to the worked out system introduction has increased in 2,5 times, social - in 1,5 times, and general efficiency (value of integrated factors) - in 3,8 times. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 32-40)

Література

1. Богницкая Т.Н., Эскина Л.Ю., Колесников В.Д. и др. // Организация медицинской помощи при массовых катастрофах за рубежом: ОИ/ВНИИМИ МЗ. Социальная гигиена, организация и управление здравоохранением. – 1986. – вып.6. – 46 с.
2. Воробьев А.И. Организация защиты и оказания медицинской помощи населению США при катастрофах и других чрезвычайных ситуациях // Воен.-мед. журн. – 1990. – № 4. – С. 68-72.
3. Напресенко О.К., Марчук Т.С. Клиническая характеристика вариантов перебега посттравматического стрессового расстройства // Архив психиатрии. – 2002. – №1 (28). – С. 117-119.
4. Актуальные проблемы психолого-психиатрической та психотерапевтической помощи пострадавшим внаслідок техногенных аварий та катастроф / Табачников С.І., Гриневич Е.Г., Домбровська В.В., Маркова М.В., Шубін А.В., Лещенко О.М., Башинська І.М. // Архив психиатрии. – 2002. – № 1 (28). – С. 5-8.
5. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства: модели развития и их клинико-диагностические характеристики // Психиатрия и общество. Сборник научных работ, посвященный 80-летию ГНЦССП им. В.П.Сербского. Москва, 5–7 декабря 2001 г. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – С. 32–49.
6. Москаленко В.Ф., Горбань С.М., Табачников С.І. Актуальные проблемы социальной психиатрии в Украине // Лікарська справа. – 2001. – №2. – С. 3-9.
7. Москаленко В.Ф., Горбань С.М., Табачников С.І. Роль і місце соціальної психіатрії у сучасному суспільстві // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10. – № 1 (30). – С.9-12.
8. Табачников С.И. Общие подходы к профилактике, психотерапии и коррекции состояний психической дезадаптации лиц, работающих в экстремальных условиях // Вісник психічного здоров'я. – 1999. – № 1. – С.42-51.
9. Табачников С.И. Общие подходы к профилактике, психотерапии и коррекции состояний психической дезадаптации лиц, работающих в экстремальных условиях // Вісник психічного

здоров'я. – 1999. – № 1. – С.42-51.

10. Доручення Президента України від 24.09.2002 № 480/29626-01.

11. Закон України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру», № 1809 – III від 08.06.2000 р.

12. Закон України «Про аварійно-рятувальні служби» №1281 – XIV від 14.12 1999 р.

13. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки (Постанова Кабінету Міністрів України від 14 січня 2002 р. № 14, м. Київ).

14. Накази МОЗ України від 12.07.2001 року № 284, від 15.02.2002 року № 64, спільний наказ МОЗ та МНС України від 14.05.2001 року № 180/115 «Про затвердження Положення про медико-психологічну реабілітацію рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру і Положення про центри медико-психологічної реабілітації».

15. Постанова Кабінету Міністрів України від 07.02.2001 р. № 122 «Про комплексні заходи, спрямовані на ефективну реалізацію державної політики у сфері захисту населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, запобігання та оперативного реагування на них, на період до 2005 року».

16. Рішення апаратної наради Міністерства охорони здоров'я України «Науково-практичні проблеми соціальної психіатрії» від 21.05.2001 р.

17. Розробка диференційованої системи лікувально-профілактичних, реабілітаційних та організаційних заходів щодо надання спеціалізованої психологічної, психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф (наприкладі небезпечних видів промисловості України) / Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – № держреєстрації 0102U000098; Київ, 2005. – 279 с.

18. С.І. Табачніков, С.М. Харченко, С.Г. Гриневич, В.А. Пішків, Г.Л. Золотарьов, М.В. Маркова, Н.О. Рось Диференційна система лікувально-профілактичних та організаційних заходів щодо надання спеціалізованої психіатричної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф // Укр. вісник психоневрології.- 2001.- Т.9, вип. 2(27).- С.49-50.
19. Табачніков С.І., С.Г. Гриневич, Домбровська В.В., Маркова М.В., Шубін А.В., Лещенко О.М., Башинська І.М. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф.// Арх. психіатрії.- №1(28), 2002.- С. 5-7
20. С.Г. Гриневич Стан психічного здоров'я шахтарів і гірничорятувальників, що зазнали впливу надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.- 2006.- № 1-2 (9-10).- С. 146-148.
21. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders // Hosp Community Psychiatry. – 1986.– Vol. 37(3). –P. 241-249.
22. Weiss D.S., Horowitz M.J., Wilner N. The Stress Response Rating Scale: a clinician's measure for rating the response to serious life-events // Br J Clin Psychol. – 1984. – Vol. 23, Pt № 3. – P. 202-215.
23. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с Исползованием Excel // Киев: «Моріон», 2000 - 320 с.
24. Methods for estimating the probability of cancer from occupational radiation exposure. IAEA, Vienna, 1996. // IAEA-TECDOC-870.- ISSN 1011-4289.- Austria. – April 1996.- 55 p.
25. Розробка системи психіатричного, психологічного, психофізіологічного забезпечення, супроводу, відбору та експертизи професійної діяльності рятувальників аварійно-рятувальних служб й осіб, що залучені до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф: Звіт про НДР (проміжний) / Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – № держреєстрації 0102U000098; Київ, 2006. – 209 с.
26. С.Г. Гриневич Фактори ризику формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій // Таврический журн. психіатрії – 2006. - Т.3, № 3 (36). – С. 16-21.
27. С.Г. Гриневич Маркери сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу техногенних екстремальних подій // Журн. психіатрії та мед. психології.- 2006.- № 16 (1).- С. 67-72.
28. А.Ф. Короп «Экспертная оценка качества и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений: Методические рекомендации.» – Харьков, 1985. – 23 с.
29. Shalev A.Y. Stress versus traumatic stress: from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society (eds. Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth), N.Y.- L.: The Guilford Press, 1996, 77-101.
30. <http://www.demos-center.ru/projects/66AA75D/66AAC26/1148655709?mode=print>
31. Lindemann, E. Symptomatology and management of acute grief. // American Journal of Psychiatry.- 1944.– № 101.– P. 141-148.
32. Лагутін А., Рогожин О., Бугайов В. Соціальна концепція медичного ризику. – В кн.: Соціальні ризики та соціальна безпека в умовах природних техногенних надзвичайних ситуацій та катастроф / Відп. Ред. В.В.Дурдинець, Ю.І.Сасенко, Ю.О.Привалов. – К.: Стило, 2001. – С. 315-328.
33. Бугайов В.М., Лагутін А.Ю., Рогожин О.Г., Казак С.С. Зміни здоров'я населення України внаслідок Чорнобильської катастрофи: масштаби і механізми уражень, підходи до діагностики і лікування. – К., 1996. –168 с.
34. Бугаев В.Н., Пятак О.А., Лагутин А.Г., Шульженко В.Б. Состояние психического здоровья у облученного детского населения Украины // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. – К., 1995. – С. 18.

Поступила в редакцию 16.02.2007