## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ   
СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ

## Гриневич Євгенія Геннадіївна

УДК: 616.89 – 84 – 083: 614.88 (477)

ПСИХОТЕРАПІЯ, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

14.01.16 – психіатрія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня

доктора медичних наук

Київ – 2008 Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

**Науковий консультант**

доктор медичних наук, професор **Табачніков Станіслав Ісакович**, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, директор

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор Пшук Наталія Григорівна, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, кафедра психіатрії, загальної та медичної психології, професор кафедри

доктор медичних наук, професор **Михайлов Борис Володимирович**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра психотерапії, завідувач кафедри

доктор медичних наук, професор **Абрамов Володимир Андрійович**, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України, кафедра психіатрії та медичної психології, завідувач кафедри

Захист відбудеться « 16 » травня 2008 р. о 10.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д. 26. 620. 01 в Українському НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103

3 дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103

Автореферат розісланий « 15 » квітня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук Н.О. Дзеружинська

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Останнім часом поширеність соціально стресових розладів неухильно зростає не тільки в Україні, але і в усьому світі. При цьому на їх формування значно впливає збільшення числа надзвичайних ситуацій (НС) (С.И. Табачников, 1986–2007; Т.Н. Богницкая, Л.Ю. Эскина, В.Д. Колесников та співав., 1986; А.И. Воробьев, 1990; Г.М.Румянцева, Т.М.Левина, М.О.Лебедева и соавт., 1996; С.В. Тітієвський, 1999; В.Ф. Москаленко, Є.М. Горбань, С.І. Табачніков, 2001, 2002; Ю.А. Александровский, 1998, 2001; О.К. Напрєєнко, Т.Є. Марчук, 2002; Міжгалузева комплексна програма «Здоров’я нації», 2002; Європейський план дій з охорони психічного здоров’я, 2005; WHO, 2007).

Умови, які склалися в Україні у зв’язку з ризиком НС техногенного характеру, привертають значну увагу з боку державних установ: надмірний регіональний промисловий розподіл, наявність індустріальних конгломератів, розвинуті транспортні мережі тощо зумовлюють виникнення до 500 надзвичайних ситуацій техногенного характеру щорічно, та збільшують вірогідність їх формування («Національні доповіді про стан техногенної та природної небезпеки» МНС України», 2003 – 2005 рр.). До потенційно небезпечних видів виробництва відносяться атомні електростанції, комбінати з переробки ядерного палива, хімічні, металургійні, мікробіологічні, нафтопереробні та гірничодобувні комплекси (С.І. Табачніков, 1986 – 2003; А.М. Морозов, Л.А. Крыжановская, 1998).

Психологічні, психіатричні наслідки перебування людини в умовах НС, стосуються всіх рівнів функціонування (фізіологічний, особистісний, соціальних взаємодій), суттєво погіршують стан здоров’я, якість життя широких верств населення (А.К. Напреенко, К.Н. Логановский, 1995, 1997; А.М. Морозов, 2005; Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк, М.В. Маркова, 2001; Б.В. Михайлов та співав., 2001, 2005, 2007; Н.Г. Пшук, 2006; О.М. Поплавська, 2006; В.Н. Запорожан, В.С. Бітенський, 2007; WHO, 2001, 2006, 2007). Але до теперішнього часу відсутні оцінка ступеню впливу НС на психічне здоров’я населення України, а також конкретні клініко-епідеміологічні дані щодо поширеності, захворюваності на психічні та поведінкові розлади (ППР) внаслідок екстремальних подій.

З іншого боку, тривала інтенсивна дія несприятливих чинників призводить до дезорганізації функцій центральної нервової системи, що веде до стомлення, зниження уваги, бистроти реагування на стрімкі кількісні та якісні зміни довкілля, порушень у сферах психіки та ін. (Л.Н. Юрьева, 1999; Н.А. Марута, В.В. Мороз, 2002; О.С. Чабан, О.О. Хаустова, 2002, 2003; Б.В. Михайлов, 2003; В.Д. Мішиєв, 2004) у осіб, що залучені до ліквідації наслідків НС. Тяжкими результатами цього постають медико-психологічні наслідки, що ведуть до зниження якості життя вказаного контингенту, делінквентної та саморуйнівної поведінки, передчасної інвалідизації (А.П. Чуприков, Г.Я. Пилягина, 2002; О.А. Ревенок, А.В. Сергієнко, В.В. Нечипоренко та співав., 2003; В.М. Пострелко, О.А. Ревенок, 2003; Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2004; М.І. Винник, 2006; Н.Г. Пшук, 2007).

Виходячи з вищезазначеного, нагальною необхідністю у галузі медицини катастроф є гарантована охорона психічного здоров'я населення. Між тим, існуюча система надання медичної допомоги є недосконалою, перш за все, внаслідок ігнорування складного медико-соціального стану при НС – його психологічних, психіатричних аспектів. Слід зазначити, що матеріальні витрати на лікування та соціальну допомогу потерпілим без урахування цих складових здоров’я не призводять до належних результатів, зокрема відповідного рівню соціального функціонування постраждалих (В.О. Дурдинець, В.О. Волошин, 2000; А.М. Бендерук, 2001; І. Кочін, Г. Черняков, 2000, 2001; С. Слівко, 2001; Б.В.Михайлов, Н.О.Марута, 2002; О.С. Чабан, О.О. Хаустова, 2003; Н.Г. Пшук, Т.Г. Кривоніс, 2006).

Тому, розвиток служби медицини катастроф на сучасному етапі, вимоги на загальнодержавному рівні до інтенсифікації проведення та впровадження наукових розробок з позицій пріоритетного напряму соціальної психіатрії – психіатрії катастроф – висуває необхідність комплексного підходу щодо психологічних, психіатричних, психотерапевтичних та медичних заходів при НС.

Необхідність створення науково-методичної бази з зазначених проблем регламентується низкою нормативно-правових актів, а саме: шістьма Законами України, трьома Указами Президента України, тринадцятьма Постановами Кабінету Міністрів України, а також наказами МОЗ України та спільними наказами МОЗ і МНС України (В.В. Дурдинець, 2001). Але дотепер передбачених цими актами виконаних досліджень недостатньо.

З урахуванням зазначеного, основними напрямами щодо вдосконалення державного управління у сфері захисту населення і територій від наслідків НС (Указ Президента України від 27.01.03 № 47/2003 «Про заходи щодо вдосконалення державного управління у сфері пожежної безпеки, захисту населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій») є наступні:

– поліпшення стану здоров’я населення України завдяки впровадженню нових технологій діагностики, профілактики, мінімізації наслідків та зменшення рівня психолого-психіатричних проблем (Л.Ф. Шестопалова, 2003; В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, 2004; Б.В. Михайлов та співав., 2006; В.Я. Пішель, І.А. Марценковський, Н.О. Дзеружинська, М.Ю. Полив’яна та співав., 2004; А.М. Морозов, 2007), які детерміновані перебуванням в умовах НС;

– стратегічний розвиток єдиної державної служби медицини катастроф у напрямі «Психіатрія катастроф» через створення загальної науково-методичної та практичної бази щодо захисту та відновлення психологічного й психічного здоров’я населення (В.А. Абрамов и соавт., 2006, 2007) в екстремальних умовах;

– розробка стандартів медичних технологій, гарантованих обсягів психотерапевтичної, психопрофілактичної та корекційної допомоги (Б.В. Михайлов, 2004, 2007) постраждалим внаслідок НС;

– створення науково-методичного забезпечення діяльності лікарів: медичних психологів, психотерапевтів, психіатрів (Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, 2007).

Однак у даний час цей розділ роботи практично не здійснюється, що визначає актуальність, своєчасність та пріоритетність проведення досліджень з питань наукового обґрунтування та розробки цілеспрямованих адекватних психотерапевтичних, психопрофілактичних, корекційних мір допомоги постраждалим с психічними розладами внаслідок НС.

Вищезазначене обумовило мету та завдання дисертаційного дослідження.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за темами: «Розробка диференційованої системи лікувально-профілактичних, реабілітаційних та організаційних заходів щодо надання спеціалізованої психологічної, психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок аварій та катастроф (на прикладі небезпечних видів промисловості України)» (№ державної реєстрації 0102U000098), «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» (№ державної реєстрації 0106U005125), відповідає розділам V, пп. 1, 2,VІІІ, п. 4, ХVІ Міжгалузевої комплексної програми «Здоров’я нації» на 2002 – 2011 роки (Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 року, № 14) та Європейському плану дій з охорони психічного здоров’я (Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів з охороні психічного здоров’я «Проблеми та шляхи їх вирішення», 12-12.01.2005, Ґельсінкі, Фінляндія).

**Мета і задачі дослідження.** Мета дослідження – на основі комплексного клініко-епідеміологічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психофізіологічного дослідження розробити систему психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

Для досягнення цієї мети було поставлено наступні **задачі**:

1. Провести компаративний аналіз клініко-епідеміологічних показників та оцінити ступінь впливу надзвичайних ситуацій на психічне здоров’я населення України.

2. Визначити фактори ризику, маркери формування і дослідити їх роль у розвитку психічних та поведінкових розладів, а також реакцій дезадаптації у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

3. Розробити критерії діагностики і прогнозу для оцінки ризику формування психічних та поведінкових розладів, а також реакцій дезадаптації у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

4. Дослідити та систематизувати клініко-феноменологічні особливості психічних та поведінкових розладів і реакцій дезадаптації у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

5. Розробити, оцінити ефективність та впровадити систему психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

*Об’єкт дослідження*– психічні та поведінкові розлади у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

*Предмет дослідження* – клініко-епідеміологічні, соціально-демографічні, клініко-психопатологічні, психологічні, психофізіологічні аспекти психічних та поведінкових розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, фактори ризику, маркери формування, клінічна феноменологія психічних та поведінкових розладів, їх донозологічних форм, методи їх діагностики, профілактики, лікування та прогнозу.

*Методи дослідження*. Системний інформаційно-теоретичний, клініко-епідеміологічний, соціально-демографічний, клінічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психофізіологічний та математичної статистики.

Нами через застосування *системного інформаційно-теоретичного методу дослідження* проведений аналіз вітчизняних та закордонних літературних джерел (включно законодавчої та нормативної бази) з питань психологічних, психічних, психофізіологічних наслідків перебування людини в умовах надзвичайних ситуацій, а також щодо структури, методології та засобів надання їм медичної допомоги. Отримані результати дозволили сформулювати наукові гіпотези, напрямки їх підтвердження, створити дизайн дисертаційної роботи.

Детальне визначення взаємозалежностей поміж НС і станом психічного здоров’я (ПЗ) населення України, а також рівню патогенного впливу техногенних та природних НС (в тому числі на прикладі окремої НС – Скніливської трагедії), проведено шляхом *клініко-епідеміологічного дослідження* із використанням даних офіційної статистики МОЗ та МНС України. При цьому зіставлено, проаналізовано та зроблено висновки щодо впливу техногенних НС на стан ПЗ.

*Соціально-демографічна* характеристика контингентів, які вивчалися, включала їх розподіл за віком, рівнем освіти, сімейним станом, професійним маршрутом та професійними шкідливостями тощо.

*Клінічний метод* полягав у дослідженні медичної документації та даних об’єктивного обстеження щодо соматичного стану хворих.

*Клініко-психопатологічне дослідження* базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження. Окрім того використовували: структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю – СКІД (SCІ – Structured Clіnіcal Іntervіew for RDSM); розроблену нами «Уніфіковану карту дослідження постраждалого внаслідок надзвичайних ситуацій»; «Протокол медичного (психологічного, психіатричного, нейрофізіологічного) огляду рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що залучені до ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій».

*Психодіагностичне дослідження* здійснювали за допомогою:

Міннесотського багатопрофільного опитувальника ММРІ, який був розроблений S.R. Hathaway, J.Mc. Kinly та адаптований Ф.Б. Березіним і М.П. Мірошниковим (1976); його модифікацію СБДО (2000) використовували з метою кількісної та якісної оцінки базисної структури особистості постраждалого; індивідуального типологічного опитувальника (ІТО), запропонованого Державним науковим центром соціальної і судовий психіатрії ім. В.П.Сербського, РФ (1999) для оцінки індивідуально-типологічної приналежності і ступеня адаптованості конкретного хворого з урахуванням різного ступеня виразності психічних розладів пограничного рівня; шкали особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (2001), яка дозволила визначити рівні тривожності пацієнта та їх приналежність (до конституціональних або реактивних). Тест диференціальної оцінки функціонального стану (САН) (2001), який побудований на принципах полярних профілів Ч. Осгуда – СОФ застосували для з’ясування суб’єктивної оцінки власного самопочуття, активності та настрою постраждалих; методику Q-сортування (2001) використовували для вивчення суб’єктивного ставлення до себе, самоповаги і самооцінки у пацієнтів з метою виявлення показань до психопрофілактики, психотерапії, корекції, а у хворих з психічною патологією – для оцінки ефективності розробленої нами системи. При цьому за даними авторів суб’єктивні переживання внутрішнього конфлікту, дискомфорту, які супроводжуються емоційними і поведінковими порушеннями, – насамперед напругою, незадоволенням, невпевненістю – окреслені саме рівнем розходжень між співвідношеннями реального та ідеального «Я». Дослідження рівню інтелектуального розвитку проводили за допомогою прогресивних матриць Равена (RPM – Raven Progressive Matrices у їх чорно-білому варіанті, за В.М. Блейхером, 1986); аналіз зв’язку між травматичними життєвими ситуаціями та подальшими психологічними симптомами проводили за шкалою оцінки впливу травматичної ситуації (ШОВТС) (2001). Методику експрес-діагностика неврозу K. Hek і H. Hess (2001) здійснювали з урахуванням рекомендацій авторів. Скринінг та диференціальну діагностику депресивних станів різного походження проводили за методикою диференціальної діагностики депресивних станів Зунге (адаптація Т.І. Балашової) (2001). Кольоровий тест М. Люшера застосовували для виявлення та диференціально-діагностичного дослідження станів емоційної напруженості та їх ситуаційних змін (2000).

За допомогою відповідного програмного забезпечення визначали відповідні *психофізіологічні показники,* що регламентовані спільним наказом МОЗ України та Державного Комітету України по нагляду за охороною праці від 23.09.94 р. № 263/121 «Про затвердження Переліку робіт, де є потреба у професійному доборі», що зареєстрований у Міністерстві юстиції України 25.01.95 р. за № 18/554, а саме: коефіцієнт сили нервової системи (КСНС), рухомість нервових процесів (РНП), працездатність головного мозку (ПГМ), точність реакції слідкування (ТРС), а також показники розвитку пам’яті (ПРП), збудливості нервових процесів (ПЗНП), гальмування (ПГ) та рівноваги (ПР).

Для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок, вірогідності відмінностей, взаємозалежностей, задля багатофакторної ієрархічної класифікації використовували *методи математичної статистики*, а саме засоби дисперсійного, кореляційного, регресійного та кластерного аналізів, відповідно (С.Н. Лапач та ін., 2000)із обчисленням на ПЕОМза допомогою програм «SPSS 15.0» та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003». Фактори ризику-антиризику та маркери сприйнятливості-резистентності до формування ППР внаслідок НС визначали шляхом розрахунку діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (J) для кожної з досліджених ознак із подальшим формуванням відповідних зведених таблиць, що використовуються у послідовній діагностичній процедурі Вальда (у модифікації Є.В. Гублера, 1978). Комплексну оцінку ефективності системи психотерапії, психопрофілактики та корекції постраждалих з психічними розладами внаслідок НС визначали шляхом розрахунків спеціальних коефіцієнтів при співставленні основної та контрольної груп ОЗЛННС за відповідними формулами.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Уперше комплексно досліджені та систематизовані клініко-епідеміологічні, соціально-демографічні, клініко-психопатологічні, психологічні, психофізіологічні аспекти стану психічного здоров’я постраждалих внаслідок НС.

Вперше проведений компаративний аналіз клініко-епідеміологічних показників щодо НС й психічних та поведінкових розладів, а також оцінений ступінь впливу НС різного походження та масштабу на психічне здоров’я населення України, в результаті чого:

– визначені істотні відмінності регіонів країни за інтегральним показником небезпеки (який визначається, переважно, НС), що свідчать про нерівномірний розподіл впливу несприятливих умов життя на стан психічного здоров’я населення різних частин країни;

– виділені епідеміологічні маркери психоемоційної напруги в популяції населення України: провідні – первинна захворюваність на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади (НПССР) та додаткові – захворюваність на розлади особистості зрілого віку, на афективні розлади, на алкогольні психози та на шизофренію, а також суїцидальна активність;

– доведено, що техногенні НС справляють більш потужний несприятливий вплив на стан психічного здоров’я населення постраждалого регіону, ніж НС природного походження;

– показаний вплив окремої масштабної техногенної НС на психічне здоров’я населення постраждалого регіону (на прикладі Скнилівської трагедії).

Вперше досліджений та оцінений рівень функціонування психіатричної служби України у зв’язку з наданням спеціалізованої медичної допомоги особам з психічними та поведінковими розладами внаслідок надзвичайних ситуацій.

Вперше встановлені численні фактори ризику-антиризику формування психічних та поведінкових розладів у постраждалих внаслідок НС (зі створенням відповідних прогностичних таблиць), а також маркери сприйнятливості-резистентності для підтвердження діагнозу ППР (зі створенням відповідних діагностичних таблиць) та показники (психологічні, психічні, психофізіологічні) надійності людини при виконанні професійних обов’язків в умовах НС.

Вперше науково обґрунтовано й застосовано комплексну діагностику психічних та поведінкових розладів у постраждалих внаслідок НС, їх донозологічних форм, що заснована на оцінці вірогідності спонтанних випадків та клінічної значущості їх наслідків. Отримані нові відомості щодо клінічної феноменології та типології ППР внаслідок НС. Вперше надано кореляційну структуру реакцій дезадаптації (донозологічний рівень ППР), а також за результатами кластерного аналізу психопатологічних проявів встановлені їх найбільш поширені та стійки варіанти.

Вперше оцінені інформативність та диференційно-діагностичні властивості методів дослідження для визначення реакцій дезадаптації (психодіагностичного, клініко-психопатологічного, психофізіологічного), виділені найбільш інформативні психопатологічні симптоми у постраждалих внаслідок НС та запропонований скринінг синдромальної діагностики ППР або реакцій дезадаптації.

Вперше науково обґрунтовані та розроблені методичні підходи до психотерапії, психопрофілактики та психокорекції психічних та поведінкових розладів у постраждалих внаслідок НС з урахуванням результатів усього обсягу досліджень, що використовувались в дисертаційній роботі, а також заходи психотерапевтичної та соціально-психологічної допомоги, що диференційовані за типами особистості, патологічними ознаками психологічної деформації її структури та порушеннями сфер психіки за групами постраждалих внаслідок НС.

Вперше у вітчизняній психіатрії розроблено, оцінено ефективність та впроваджено в клінічну практику закладів охорони здоров’я України систему психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок НС.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практична значущість результатів дисертаційної роботи полягає у наступному.

Результати та матеріали дисертації дозволили удосконалити нормативно-правову базу Державної служби медицини катастроф і наблизити її до світових стандартів через розробку, формування відповідних пакетів документів та надання пропозицій до МОЗ і МНС України, у тому числі:

– на засідання Комітету Верховної Ради України з питань екологічної політики, природокористування та ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи 7 квітня 2004 року (резолюція науково-практичного семінару «Медико-психологічна реабілітація рятувальників та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру» (АРК, Євпаторія, 24 – 26 березня 2004 р.);

– Секретарю Ради Національної Безпеки і оборони України (на виконання Указу Президента України про утворення Антикризового центру від 05.11.2002 р.) щодо забезпечення ефективного надання медичної допомоги (зокрема психолого-психіатричної та психотерапевтичної) при виникненні надзвичайних ситуацій;

– на виконання доручення Кабінету Міністрів України щодо

а) змін у ст. 1 Законах України «Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру» (ст. 1), «Про внесення змін до Закону України “Про захист населення і територій від надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру”» (МОЗ України);

б) доповнення «Комплексної програми запобігання та реагування на надзвичайні ситуації техногенного і природного характеру на 2000 – 2005 роки» програмою медико-психологічної реабілітації рятувальників та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру (МНС України);

– до наказу МОЗ України щодо переліку психічних і поведінкових розладів, які можуть виникати при надзвичайних ситуаціях, аваріях та катастрофах техногенного та природного характеру (до МОЗ України);

– зміни та доповнення до спільного наказу МОЗ та МНС України від 14.05.2001 № 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» (МОЗ України);

– до наказу МНС України від 14.01.04 № 14 «Про затвердження тимчасової інструкції про порядок відбору, вивчення та призначення осіб, які приймаються на службу на посади рядового і начальницького складу МНС України».

Отримані в ході дисертаційного дослідження дані щодо ступеню впливу НС на стан психічного здоров’я населення України є науковою основою планування заходів державного управління у сфері безпеки, захисту населення і територій від наслідків НС. У цьому зв’язку нами проведена організаційно-методична робота та створена у межах штатного розпису 65 спеціалізованих психотерапевтичних бригад постійної готовності другої черги (в 30 закладах охорони здоров’я 14 найбільш небезпечних регіонів України), а також здійснено включення комплексного психотерапевтичного відділення до структури мобільного госпіталю МНС України згідно наших пропозицій («Положення про мобільний госпіталь МНС України», затверджене спільним наказом МНС України та МОЗ України від 20.12.2002 № 327/478).

Отримані в результаті клініко-епідеміологічного аналізу дані дозволили розробити та впровадити систему психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок НС.

Практичне значення має також підвищення якості діагностичної роботи через проведення комплексної діагностики психічних та поведінкових розладів у постраждалих внаслідок НС та їх донозологічних форм, що заснована на урахуванні відомостей про фактори ризику-антиризику, маркери сприйнятливості-резистентності, маркери надійності людини, а також діагностичну цінність, інформативність психодіагностичних методик, їх чутливість, специфічність, безпомилковість та диференційно-діагностичні властивості різних методів дослідження.

Використання зазначеного діагностичного комплексу дозволило спростити діагностичну процедуру без зниження рівню точності діагнозу та прогнозу.

Важливими для клінічної практики з позицій визначення груп ризику і терапевтичної тактики є нові дані щодо клінічної феноменології та типології ППР, кореляційна структура, найбільш поширені та стійки варіанти їх донозологічних форм. Застосування розроблених нами методичних підходів до психотерапії, психопрофілактики та психокорекції психічних та поведінкових розладів у постраждалих внаслідок НС та схема психотерапевтичної та соціально-психологічної допомоги постраждалим внаслідок НС дозволило підвищити якість надання медичної допомоги зазначеним контингентам.

Результати дослідження та сформульовані висновки призначені для застосування у практичній роботі психіатрів, медичних психологів, інших фахівців, діяльність яких пов’язана з медико-психологічною допомогою постраждалим внаслідок НС, та у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів за означеними спеціальностями на етапах перед- та післядипломної освіти.

Розроблена в процесі дисертаційної роботи система психотерапії, психопрофілактики та корекції, а також критерії діагностики та прогнозу впроваджені у практику Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, м. Київ, Центральної лікарсько-експертної комісії МНС України, м. Київ, Науково-дослідного інституту травматології і ортопедії «Медицина» Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, м. Донецьк, Інституту невідкладної і відновної хірургії АМН України, м. Донецьк, Обласної клінічної психоневрологічної лікарні, м. Донецьк, Донецької обласної клінічної лікарні професійних захворювань, м. Донецьк, державного підприємства «Санаторій “Гурзуфський”» Державного Управління Справами Президента, АР Крим, м. Гурзуф, Медичного центру «Медики-Чорнобилю» м. Євпаторія, Спеціалізованої медичної частини № 11 МОЗ України, м. Київ, а також використовуються у навчальному процесі на кафедрах медицини катастроф Національної медичної академії ім. П.Л. Шупіка МОЗ України; психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології з курсом сексології ФІПО; психіатрії та медичної психології Донецького Національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, курсах інформації та стажування Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно виконано аналітичний огляд джерел науково-медичної інформації за темою роботи, сформульовано робочі гіпотези, мету, задачі дослідження, розроблено його дизайн, методологію, сформовано методи і інструментарій, написано всі розділи дисертації. Особисто проведені компаративний аналіз клініко-епідеміологічних показників, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне, психофізіологічне дослідження. Дисертантом самостійно створені комп’ютерні бази одержаних даних, здійснено статистичну обробку, системний аналіз і наукову інтерпретацію результатів дисертаційного дослідження, сформульовано висновки та практичні рекомендації. Здобувачем самостійно розроблені всі теоретичні положення роботи, проведено їх практичне впровадження, зокрема розроблено і впроваджено в практику охорони здоров’я та оцінено ефективність системи психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок НС.

Особистий внесок здобувача до публікацій в наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України, які написані у співавторстві, відображений у списку праць, опублікованих за темою дисертації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та висновки дисертаційного дослідження доповідались та обговорювались на наукових форумах

міжнародних: International conference «Preventive psychiatry» (Athens, Greece, 1999); ХІІІ съезде психиатров России (Москва, РФ, 2000); Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми соціальної та судової психіатрії і наркології» (Київ, 2001); International conference «Health effects of the Chernobyl accident: result of 15-year follow-up studies» (Кiev, 2001); IХ Конгресі світової федерації українських лікарських товариств (Луганськ – Київ – Чикаго, 2002); Міжнародній науково-практичній конференції «Біопсихосоціальна модель як нова парадигма розвитку психіатрії в Україні» (Симеїз, АРК, 2002); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми впровадження засад доказової медицини в психіатричну, наркологічну, судово-психіатричну та психотерапевтичну практику» (Ялта, АРК, 2004); The fifth National Conference with participation of college private psychiatric practice «Agression. Suocidology. Victimology. Therapy and prophylaxis. Nicotine addiction» (Plovdiv, Bulgaria, 2004); Международной конференции «Психиатрия чрезвычайных ситуаций» (Москва, РФ, 2005); науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми медично-психологічної реабілітації рятувальників, дитячого та дорослого населення, яке постраждало внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру» (Євпаторія, АРК, 2005); International conference «Health consequences of the Chernobyl catastrophe. Strategy of recovery» (Київ, 2006); Українсько-американському науково-практичному семінарі «Фармакотерапія депресії та сексуальних дисфункцій. Психобіологія суїциду»; науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти лікування психічних розладів» (Чернівці, 2007), а також

вітчизняних: конференції молодих вчених Харківської медичної академії післядипломної освіти «Нові технології в медицині» (Харків, 2000); ювілейній науково-практичній конференції, присвяченої 80-річчю з дня народження професора Г.Л. Воронкова «Сучасні проблеми психіатрії» (Київ, 2003); науково-практичному семінарі «Медико-психологическая реабилитация спасателей и пострадавших от последствий чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера» (Євпаторія, АРК, 2003); науково-практичному семінарі «Медико-психологическая реабилитация спасателей и пострадавших от последствий чрезвычайных ситуаций техногенного и природного характера» (Євпаторія, АРК, 2004); науково-практичної конференції «Актуальні питання організації екстреної медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях» (Одеса, 2004); науково-практичної конференції-семінарі «Організація і надання медичної допомоги постраждалим з психічними розладами під час надзвичайних ситуацій мирного і воєнного часу» (Тернопіль, 2006); Пленумі і конференції науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України «Пароксизмальні стани в неврології, психіатрії та наркології» (Одеса – Харків, 2006); науково-практичної конференції «Актуальні проблеми соціальної, судової психіатрії та наркології» (Київ, 2006); «Сьомої Всеукраїнської школи молодих психіатрів» (Ялта, АРК, 2006); симпозіумі V школі-семінарі «Проблемні питання медицини невідкладних станів» (Київ, 2007); науково-практичної конференції «Актуальні питання медичної психології та психотерапії, присвяченої 45-річчю кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти (Х-ті Платонівські читання)» (Ялта, АРК, 2007).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 38 наукових робіт, у тому числі 25 статей, з них 22 статті у фахових виданнях, затверджених ВАК України, 13 тез доповідей – у матеріалах з’їздів, конференцій та симпозіумів (у тому числі 4 – за кордоном).

**Структура і обсяг дисертації.** Дисертація викладена на 454 сторінках машинопису (299 сторінок основний текст), складається зі вступу, огляду літератури, шості розділів власних досліджень, узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій і додатків. Робота ілюстрована 84 таблицями, 74 рисунками. Список використаної літератури містить 316 джерел, у тому числі іноземних та країн СНД.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

Системний інформаційно-теоретичний аналіз даних літератури з проблеми надзвичайних ситуацій та їх наслідків для психічного здоров’я населення України, представлений в першому розділі дисертації, показав необхідність щільної інтеграції психотерапевтичних, психопрофілактичних, корекційних заходів до структури медичного забезпечення населення за умов НС, проведення наукових досліджень у цьому напрямку та створення відповідної науково-методичної бази. Також за його результатами нами були висунуті наступні дослідницькі гіпотези.

1. Техногенні НС справляють більш потужний несприятливий вплив на стан психічного здоров’я населення постраждалого регіону, ніж НС природного походження

2. Існує взаємозв’язок між впливом техногенних НС на психічне здоров’я населення України та навпаки – стану психічного здоров’я на вірогідність виникнення техногенних НС.

3.Сучасне методичне забезпечення діагностики психічної патології внаслідок НС (зокрема донозологічних форм) не є оптимальним: методи, що застосовуються при обстеженні, дублюють один одного, є громіздкими і надлишковими, тому оцінка їхньої інформативності дозволить спростити діагностичну процедуру без ущербу для її якості.

Виходячи з вищезазначених гіпотез, нами сформульовані мета й завдання дослідження, а також розроблений його дизайн (матеріал, структура й обсяг вибірки, принцип формування груп порівняння, процедура та методи дослідження та аналізу отриманих даних), що наведений **у другому розділі**.

Дослідження виконували протягом 2002 – 2007 рр. у декілька етапів, хід яких послідовно відображено у розділах дисертаційної роботи.

На першому етапі був проведений компаративний аналіз клініко-епідеміологічних показників та оцінений ступінь впливу надзвичайних ситуацій різного походження та масштабу на психічне здоров’я населення України. Матеріалом для дослідження служили офіційні дані Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи (МНС України) («Національні доповіді про стан техногенної та природної небезпеки» МНС України за 2002 – 2004 рр., що містили відомості про кількість та характер НС за 1999 – 2002 рр.), Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України) (щорічні статистичні збірники МОЗ України за 1999 – 2004 рр. щодо захворюваності на психічні та поведінкові розлади)

З урахуванням вищезазначеного (включно значень інтегрального показника небезпеки (ІПН) в регіонах України (найвище значення якого зафіксовано у Донецькій області)) визначені контингенти, що згодом були обстежені, а також основні бази проведення дослідження та впровадження розробленої нами системи, а саме лікувально-профілактичні установи м. Донецька.

Другий етап роботи включав власне безпосереднє комплексне обстеження, аналіз та інтерпретацію отриманих даних.

Всього за умов інформованої згоди досліджено 493 осіб, з них 154 гірничорятувальника, усі чоловіки, віком від 22 до 57 років (в середньому (Мm) 37,950,60 років), робочим стажем від 0,2 до 38 років (Мm = 11,340,61) та 105 рятувальників аварійно-рятувальних служб, усі чоловіки, віком від 21 до 53 років (в середньому (Мm) 36,161,06 років), робочим стажем від 0,2 до 36 років (Мm = 11,230,72).

Для перевірки універсальності значення деяких факторів (стать, вік, особистісні особливості, вплив умов професійної діяльності тощо) окрім працівників гірничодобувальної галузі – 76 шахтарів, чоловіки віком від 20 до 64 років (Мm = 39,751,10), робочим стажем від 0,4 до 27 років (Мm = 13,620,84), а також були обстежені 98 жінок, постраждалих внаслідок терористичного акту в м. Беслан (Російська Федерація) віком від 16 до 76 років (Мm = 42,471,39). Контрольну групу склали 60 осіб, залучених до ліквідації наслідків надзвичайної ситуації – аварії на ЧАЕС (ОЗЛННС).

За результатами клініко-психопатологічного дослідження (за діагностичними критеріями Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10)) всі обстежені були розділені на групи хворих (особи з психічними та поведінковими розладами) та здорових (особи без ознак ППР), які порівнювали поміж собою в кожній категорії. У 47 (44,76 %) рятувальників аварійно-рятувальних служб діагностовано донозологічні форми ППР у вигляді різноманітних реакцій дезадаптації.

Провідним критерієм включення до обстеження був факт перебування особи в умовах НС. Формуванням груп порівняння здійснювалось методом парного підбору з метою запобігання зміщеної вибірки, а також для усунення систематичних помилок через розбіжності по будь-яким ознакам за винятком тих, що вивчались.

Порівняльний аналіз проводили в групах, що мають однаковий вихідний ризик (стратифікація груп постраждалих), а саме:

– особи, що випадково потрапили у вогнище НС (постраждалі внаслідок теракту у м. Беслан, 98 осіб; база дослідження – державне підприємство «Санаторій ”Гурзуфський“» Державного Управління Справами Президента, АР Крим, м. Гурзуф);

– особи, професійна діяльність яких може сприяти їх знаходженню в вогнищі НС (шахтарі вугільних шахт Донбасу, 76 осіб; база дослідження – Донецька обласна клінічна лікарня професійних захворювань, м. Донецьк);

– особи, професійна діяльність яких вимагає знаходження у вогнищі НС (рятувальники аварійно-рятувальних служб, 105 осіб, гірничорятувальники, 154 особи, та ОЗЛННС, 60 осіб; база дослідження – Центральний Штаб державної військової гірничо-рятувальної служби Міністерства палива та енергетики України; Спеціалізована медико-санітарна частина № 11 МОЗ України, Медичний центр «Медики-Чорнобилю», м. Євпаторія).

Результати, що були отримані протягом ІІ етапу дослідження, лягли в основу розробки системи психотерапії, психопрофілактики та корекції постраждалих з психічними розладами внаслідок НС (далі – СППК).

Третій етап полягав у розробці, апробації, оцінці ефективності та впровадженні СППК.

Оцінку ефективності системи психотерапії, психопрофілактики та корекції проводили шляхом її рандомізованого дослідження серед ОЗЛННС (по 30 осіб в основній та контрольній групах).

Всебічний багатофакторний аналіз результатів поглиблених досліджень щодо оцінки клініко-епідеміологічних показників, факторів ризику-антиризику, маркерів сприйнятливості-резистентності, що призводять до формування або супроводжують розвиток психічних та поведінкових розладів у осіб, що зазнали впливу екстремальних подій, особливостей їх особистісного реагування, змін особистості при НС, а також причин формування, структури, динаміки, клінічних проявів до- та нозологічних форм психічних порушень, детермінованих НС, що наданий **в розділах 3 –** **6 дисертаційної роботи**, саме й дозволив розробити систему патогенетичної психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

Процедура та підсумки компаративного аналізу клініко-епідеміологічних показників наведені **у третьому розділі**.

Встановлено, що існує істотна різниця між окремими регіонами України за інтегральним показником небезпеки (ІПН), найвище значення якого зафіксовано у Донецькій області (в 2,33 рази більше (p<0,01) у порівнянні з найменшим рейтингом ІПН – в Рівненській).

Тобто «тиск» несприятливих умов життя на мешканців різних областей країни виявився достовірно відмінним, що необхідно враховувати при оцінці стану ПЗ і при плануванні заходів щодо його збереження.

Встановлено, що ріст числа техногенних НС в усіх високоурбанізованих й індустріально насичених областях країни супроводжується ростом числа природних надзвичайних ситуацій. Про це свідчать результати кореляційного аналізу динаміки частоти природних і техногенних катастроф в України протягом 1997 – 2004 рр. (r = 0,824, при p<0,05). Результати регресійного аналізу показали, що збільшення числа техногенних НС на 10 одиниць супроводжується ростом числа природних НС на 2,5 одиниці, і навпаки, збільшення числа природних НС на 10 одиниць супроводжується ростом числа техногенних НС на 6,4 одиниці.

Нами встановлений міцний корелятивний зв’язок загальної частоти НС і захворюваності на нові випадки психічних та поведінкових розладів: негативний (r = -0,967, при p<0,01) з ППР внаслідок вживання психоактивних речовин і позитивний (r = 0,960, при p<0,01) з іншими ППР.

В свою чергу, зменшення показників захворюваності на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади реєстрували разом із зниженням, або припиненням темпів росту інших показників суспільних негараздів, наприклад, наркоманії, злочинності та суїцидів. При цьому вірогідна зворотна кореляція індексу промислового розвитку (ІПР) з загальною частотою НС в країні (r = -0,702, при p<0,05) свідчила, що зазначене пов'язане також з підвищенням промислового виробництва, яке супроводжується зниженням частоти НС. Показано, що суїцидальна активність населення тісно пов’язана із первинною, а не з госпіталізованою захворюваністю на НПССР. Тобто саме первинну захворюваність на НПССР (серед усіх ППР) разом із рівнем суїцидальної активності вважали показником ступеню напруги у суспільстві, ступеню його неблагополуччя, викликаного, в тому числі, НС.

Також на статистику захворюваності НПССР впливала кількість лікарів-психіатрів на 100 тис. населення. Це підтверджувалось з одного боку її низьким рівнем в адміністративно-територіальних одиницях з потужною системою надання психіатричної допомоги (Одеська, Львівська, Харківська області, м. Київ), а з другого – результатами регресійного аналізу. Нами встановлена наступна достовірна зворотна тенденція: чим більше лікарів-психіатрів на 100 тис. населення, тим нижче первинна захворюваність на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. При цьому кількість психіатричних ліжок істотно не впливала на зазначені показники. Тобто рівень ефективності роботи психіатричної служби в нашій країні стосовно категорії хворих на НПССР визначали як достатній.

Нами проведений аналіз співвідношень поміж надзвичайними ситуаціями різного масштабу і психічними та поведінковими розладами в Україні.

Встановлена статистично значуща регресійна залежність: збільшення кількості техногенних НС на 1 одиницю на 100 тисяч населення (далі у тексті «на 100 тисяч населення» замінено на «\*»), призводило до зростання первинної захворюваності на НПССР на 16,12 випадки\*. Регресійна взаємозалежність надзвичайних ситуацій природного характеру із первинною захворюваністю на НПССР виявилась статистично невірогідною (p = 0,19). Також відсутні достовірні зв’язки між НС та госпіталізованою захворюваністю на НПССР.

Таким чином, результати регресійного аналізу на регіональному рівні свідчать про те, що техногенні катастрофи мають більшу психотравмуючу дію, ніж природні. При цьому саме первинна (а не госпіталізована) захворюваність на невротичні, пов’язані із стресом та соматоформні розлади може слугувати одним із маркерів напруги, що виникає серед населення регіонів, що постраждали від техногенних катастроф.

Нами також визначена позитивна регресійна залежність поміж кількістю НС в регіонах країни і захворюваністю на розлади особистості зрілого віку (хронічні зміни особистості після переживання катастрофи (F62.0) згідно до МКХ-10 включно). При цьому, відповідно до одержаних рівнянь регресії, вплив техногенних НС перевищував вплив природних, а саме: збільшення кількості техногенних НС на 1 одиницю\* призводило до підвищення захворюваності на 5,03 випадки\*, в той час як природних – лише на 1,94\*. В свою чергу, техногенні НС при меншій кількості постраждалих характеризувалися більшою кількістю загиблих, ніж природні (в середньому 282,5 ± 16,4 особи проти 80,4 ± 9,30 відповідно, тобто в 3,51 рази більше).

Також поміж НС техногенного походження і афективними розладами (p<0,01), шизофренією (p<0,001), гострими алкогольними психозами (p<0,05) встановлені вірогідні позитивні регресійні зв’язки. Так, збільшення кількості техногенних надзвичайних ситуацій на 1 одиницю\* призводило до підвищення захворюваності на афективні розлади на 3,36 випадки\*.

Стосовно НС природного характеру нами виявлено лише вірогідні регресійні зворотні залежності з алкогольними психозами та нарко- і токсикоманіями (p<0,05).

Таким чином, рівень виразності наслідків НС техногенного характеру на стан психічного здоров’я населення більший, ніж природних НС.

Для визначення впливу окремої НС на стан психічного здоров'я населення постраждалого регіону (трагедія 27 липня 2002 року, що відбулась на аеродромі «Скнилів» під Львовом протягом авіашоу) нами проведено скринінг всіх доступних показників захворюваності на ППР в Львівській області з метою виявлення їхніх локальних екстремумів (локальних максимумів), які співпадали у часі із зазначеною НС. В результаті виділено три групи ППР: невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади (F4 за МКХ-10), поведінкові синдроми, пов’язані із фізіологічними порушеннями (F6 за МКХ-10) та розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F6 за МКХ-10).

При цьому, захворюваність в 2002 році (по відношенню до 2001 року) на НПССР виросла на 9,2 %; на розлади особистості та поведінки у зрілому віці (зміни особистості після пережитої катастрофи (F62.0), тривожний (F60.6), істеричний (F60.4) та деякі ін.) – на 16,5 %; поведінкові синдроми, пов’язані із фізіологічними порушеннями (безсоння неорганічного походження (F51.0), жахи під час сну (F51.4) та кошмари (F51.5), статеві дисфункції, які не обумовлені органічним розладами або захворюваннями (F52)) – 14,9% і навіть у 2003 р. (окрім групи останніх) не повернулась до попереднього рівня.

Оскільки, інших надзвичайних подій в Львівській області протягом 2002 року не було, то підвищення захворюваності на описані вище ППР вважаємо прямим збитком, який нанесла Скнилівська трагедія психічному здоров’ю населення регіону.

Стосовно НС малого масштабу встановлено, що кількість дорожньо-транспортних пригод (ДТП) та число поранених внаслідок них (на відміну від кількості загиблих в ДТП) не впливають на захворюваність на НПССР.

При цьому смерть внаслідок техногенної НС мала в 3,51 рази більший вплив на населення постраждалого регіону (в перерахунку на одного загиблого), ніж загибель в результаті дорожньо-транспортної пригоди.

Також достовірний (p<0,001) зв’язок виявлений поміж пожежами і психотичними розладами у цілому. Так, наприклад, відповідно до одержаного рівняння регресії збільшення захворюваності на психотичні розлади на 1 випадок\* супроводжувалось зростанням кількості пожеж на 2,29\*.

Нами через скринінг всього наявного масиву клініко-епідеміологічних даних визначено (не зважаючи на високу дисперсію показників поширеності) статистично достовірну регресійну залежність поміж інтегральним показником небезпеки за областями України і показниками поширеності ППР (окрім ППР внаслідок вживання психоактивних речовин). Встановлено (за одержаним рівнянням регресії), що збільшення ІПН на 0,1 одиниці супроводжується зростанням поширеності зазначених ППР на 177,6 хворих\*. Тобто загальний рівень небезпеки в регіоні впливає на стан психічного здоров’я його населення.

**Четвертий розділ дисертації** присвячений результатам клініко-пси-хопатологічного дослідження постраждалих внаслідок НС.

Серед ППР в усіх обстежених переважали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, при меншому значенні афективних (табл. 1), що співпадає з результатами компаративного аналізу клініко-епідеміологічних показників.

За таксонами МКХ-10 у шахтарів та населення, що опинилось в умовах екстремальної події (на прикладі теракту в м. Беслан), вірогідно (при p<0,001) переважали реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації (F 43), з них провідне місце належало ПТСР (F 43.1) та розладам адаптації (здебільш змішана тривожно-депресивна реакція, F 43.2). У зв'язку з тим, що обстеження гірників нами здійснено через деякий час після аварії, гострих стресових розладів на момент огляду не спостерігали, на відміну від потерпілих внаслідок теракту, а саме: хворі на ПТСР знаходились на початковій його стадії, а пацієнти з гострою реакцією горя переживали п’ятий її етап за Л.М. Юр’євою (1999).

В усіх шахтарів, що безпосередньо постраждали від НС, спостерігали ППР на відміну від гірничорятувальників, які брали участь у ліквідації наслідків екстремальної події. При цьому змішана тривожно-депресивна реакція у шахтарів розвивалася в 1,70 рази, у постраждалих внаслідок теракту – в 1,26 разів частіше (при p<0,02), ніж у гірничорятувальників, а посттравматичний стресовий розлад діагностували у перших в 29,41 рази частіше (при p<0,01), ніж у останніх.

Клінічна картина ППР відповідала критеріям МКХ-10, а в її структурі значну питому вагу займала безпосередня психотравмуюча дія НС.

*Таблиця 1*

**Розподіл обстежених за виявленими психічними розладами**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Психічні та поведінкові розлади | Групи обстежених постраждалих | | | | | | | |
| гірничорятувальники  (N = 154) | | шахтарі (N = 76) | | постраждале населення  (N = 98) | | разом  (N = 328) | |
| абс., осіб | відн., % | абс., осіб | відн., % | абс., осіб | відн., % | абс., осіб | відн., % |
| *Невротичні, пов’язані зі стресом та соматоформні розлади* | | | | | | | | |
| Обсесивно-компульсивний розлад | – | – | 1 | 1,3 | – | – | 1 | 0,3 |
| Посттравматичний стресовий розлад | 1 | 0,6 | 38 | 50,0\* | 7 | 7,1 | 46 | 14,1 |
| Розлади адаптації | | | | | | | | |
| реакція горя в межах розладів адаптації | – | – | – | – | 2 | 2,0 | 2 | 0,6 |
| змішана тривожно-депресивна реакція | 14 | 9,1 | 30 | 39,5\*\* | 9 | 9,3 | 53 | 16,2 |
| з перевагою порушень інших емоцій | – | – | – | – | 4 | 4,1 | 4 | 1,2 |
| Соматоформна вегетативна дисфункція | – | – | 1 | 1,3 | – | – | 1 | 0,3 |
| *Органічні розлади* | | | | | | | | |
| Органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад | – | – | – | – | 4 | 4,1 | 4 | 1,2 |
| *Афективні розлади, депресивний епізод* | | | | | | | | |
| легкого ступеня тяжкості | 2 | 1,3 | 2 | 2,7 | – | – | 4 | 1,2 |
| середнього ступеня тяжкості без соматичних симптомів | 2 | 1,3 | 1 | 1,3 | - | - | 3 | 0,9 |
| помірний депресивний епізод без соматичних симптомів | – | – | – | – | 1 | 1,0 | 1 | 0,3 |
| *ППР внаслідок вживання психоактивних речовин* | | | | | | | | |
| Гостра інтоксикація алкоголем | 1 | 0,6 | – | – | – | – | 1 | 0,3 |
| *Хронічні зміни особистості, що не пов’язані з ураженням або захворюванням мозку* | | | | | | | | |
| Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи | – | – | 3 | 3,9 | – | – | 3 | 0,9 |
| Усього | 20 | 12,9 | 76 | 100 | 27 | 27,6 | 123 | 37,5 |

Примітки:

1. \* – різниця з групою гірничорятувальників достовірна (p<0,001);

2. \*\* – різниця з групою гірничорятувальників недостовірна (p<0,01).

Незважаючи на те, що ПЗ шахтарів і жінок, які потрапили у вогнище НС, страждало значно більше за глибиною психопатологічних проявів (p<0,01), психічний стан гірничорятувальників та рятувальників аварійно-рятувальних служб (РАРС) також зазнавав істотного патогенного впливу з боку екстремальних подій, наслідки якого протягом професійного життя мали тенденцію до накопичування і досягнення нозологічного рівня.

Екстремальні ситуації (на прикладі теракту) сприяли виникненню різноманітних психічних та поведінкових розладів більш ніж у третини дорослого населення постраждалого регіону (35,6 %), а психічні та поведінкові розлади та донозологічні форми психічних порушень формувалися незалежно від ступеню участі особи в екстремальній події. В цих випадках нами зареєстровано розбіжності лише за ступенем виразності та симптоматичною, синдромологічною структурою психопатологічних проявів.

Розвиток ППР лише у частини постраждалих свідчить про їх різну резистентність до психотравмуючої дії надзвичайних ситуацій. Тому, визначення факторів ризику-антиризику та маркерів сприйнятливості-резистентності до формування ППР дозволило у подальшому прогнозувати вірогідність їхнього розвитку, виділити відповідні групи ризику та розробити оптимальні заходи психотерапії, психопрофілактики та корекції. Виходячи з зазначеного, нами ретельно проаналізовано усі соціально-демографічні показники, а також дані, що були отримані протягом психодіагностичного та клінічного обстежень (**п’ятий розділ дисертаційної роботи**).

Проведене комплексне дослідження лягло в основу прогностичних таблиць для оцінки ризику формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, а також у працівників вугільної промисловості (об’єднана група гірничорятувальників і шахтарів), що зазнали впливу екстремальних подій (табл. 2). В таблицю були зведені всі статистично значущі фактори і розташовані в неї в порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів (тобто, в порядку зменшення їхньої «прогностичної сили»).

Оцінка зазначеного ризику за допомогою таблиц здійснювалася шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера, 1978). При цьому, жоден з встановлених факторів ризику не був самодостатнім для вірогідного прогнозу, і тому останній встановлювали лише при їх сукупної дії.

За результатами дослідження визначено лише три фактори антиризику для групи гірничорятувальників і п’ять факторів антиризику для об’єднаної групи працівників вугільної промисловості, яких (через незначні величини їхніх ДК) абсолютно недостатньо для надійного прогнозування резистентності по відношенню до ППР внаслідок НС у відповідних контингентах.

Проведене аналогічним чином комплексне дослідження працівників вугільної промисловості (шахтарів та гірничорятувальників), що зазнали впливу екстремальних подій, дозволило створити діагностичну таблицю для оцінки сприйнятливості-резистентності, до формування психічних та поведінкових розладів, а також визначити інформативність психодіагностичних методик, що використовувались.

Встановлено, що найбільш інформативним був тест САН, менш інформативною – шкала Спілбергера – Ханіна і найменш інформативним – індивідуально-типологічний опитувальник (табл. 3).

*Таблиця 2*

**Прогностична таблиця для оцінки ризику формування ППР у працівників вугільної промисловості (шахтарі та гірничорятувальники разом), що зазнали впливу екстремальних подій**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фактори ризику та антиризику  (подані у порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів) | ДК | J |
| Фактори ризику | | |
| Побутові умови незадовільні | ***10,99*** | ***0,47*** |
| Вік менше 26 років | ***7,47*** | ***0,26*** |
| Вібрація | ***6,22*** | ***2,15*** |
| Посада: командний склад | ***4,00*** | ***0,11*** |
| Родина складається з 3 – 4 осіб | ***3,63*** | ***0,87*** |
| Локальна м'язова напруга | ***3,43*** | ***0,88*** |
| Шум | ***2,59*** | ***0,58*** |
| Дія хімічних речовин | ***2,43*** | ***0,46*** |
| Фізичне навантаження на опорно-руховий апарат | ***2,14*** | ***0,41*** |
| Вік більше 45 років | ***1,45*** | ***0,05*** |
| Несприятливий мікроклімат (висока t єC оточ. середов., вологість) | ***1,18*** | ***0,14*** |
| Нервово-емоційна перенапруга | ***1,14*** | ***0,13*** |
| Робочий стаж більше 10 років | ***0,80*** | ***0,04*** |
| Сімейний стан: одружений | ***0,29*** | ***0,01*** |
| Фактори антиризику | | |
| Родина складається з 1 – 2 осіб | ***-6,08*** | ***1,45*** |
| Сімейний стан: самотній (неодружений, розведений, удівець) | ***-3,99*** | ***0,13*** |
| Робочий стаж 6 – 10 років | ***-1,76*** | ***0,10*** |
| Побутові умови задовільні | ***-0,39*** | ***0,02*** |
| Посада: рядовий склад | ***-0,26*** | ***0,01*** |

*Таблиця 3*

**Діагностична таблиця маркерів сприйнятливості-резистентності до формування ППР у працівників вугільної промисловості (шахтарів та гірничорятувальників), що зазнали впливу екстремальних подій**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Опитувальник | Ознака | Діапазон  ознаки (бали) | ДК | J |
| Маркери сприйнятливості | | | | |
| Тест  Спілбергера – Ханіна | Висока особистісна тривожність | > 50 | ***15,25*** | ***3,88*** |
| 46 – 50 | ***4,17*** | ***0,18*** |
| Висока реактивна тривожність | > 45 | ***13,84*** | ***1,26*** |
| 36-45 | ***10,45*** | ***2,49*** |
| Тест САН | Низькі показники самопочуття | ≤ 3,0 | ***11,82*** | ***2,02*** |
| 3,1 – 4,0 | ***11,21*** | ***1,65*** |
| Низькі показники активності | ≤ 3,0 | ***7,75*** | ***0,61*** |
| 3,1 – 4,0 | ***6,70*** | ***1,38*** |
| Низькі показники настрою | ≤ 3,0 | ***11,43*** | ***2,36*** |
| 3,1-4,0 | ***9,97*** | ***1,07*** |
| Індивідуально-типологічний опитувальник\* | Високий рівень інтроверсії | ≥ 6,0 | ***3,77*** | ***0,58*** |
| Низький рівень залежності | < 6,0 | ***3,77*** | ***0,58*** |
| Низький рівень конфліктності | < 5,0 | ***2,17*** | ***0,35*** |
| Низький рівень агресивності | < 5,0 | ***2,01*** | ***0,33*** |
| Маркери резистентності | | | | |
| Тест  Спілбергера – Ханіна | Низька особистісна тривожність | < 36 | ***-6,39*** | ***1,19*** |
| 36 – 40 | ***-4,38*** | ***0,42*** |
| Низька реактивна тривожність | < 26 | ***-5,73*** | ***1,37*** |
| 26 – 30 | ***-4,74*** | ***0,30*** |
| Тест САН | Високі показники самопочуття | > 6,0 | ***-6,70*** | ***1,37*** |
| 5,1-6,0 | ***-3,90*** | ***0,36*** |
| Високі показники активності | > 5,0 | ***-5,89*** | ***1,35*** |
| 4,1 – 5,0 | ***-2,76*** | ***0,16*** |
| Високі показники настрою | > 6,0 | ***-5,90*** | ***0,95*** |
| 5,1-6,0 | ***-4,01*** | ***0,44*** |
| 4,1-5,0 | ***-3,79*** | ***0,17*** |
| Індивідуально-типологічний опитувальник \* | Високий рівень агресивності | ≥ 5,0 | ***-5,77*** | ***0,94*** |
| Високий рівень конфліктності | ≥ 5,0 | ***-4,52*** | ***0,73*** |
| Низький рівень інтроверсії | < 6,0 | ***-2,18*** | ***0,34*** |
| Високий рівень залежності | ≥ 6,0 | ***-2,18*** | ***0,34*** |
| Сумарна інформативність ((J)) опитувальників | | | | |
| Тест САН | | | | ***13,89*** |
| Тест Спілбергера – Ханіна | | | | ***11,09*** |
| Індивідуально-типологічний опитувальник \* | | | | ***4,19*** |

Примітка. \* – розраховано на основі даних одержаних лише в групі гірничорятувальників (шахтарі за допомогою ІТО не обстежувалися).

Для визначення спільних і специфічних маркерів сприйнятливості-резистентності до ППР через НС за допомогою ІТО були обстежені якісно відмінні контингенти, а саме гірничорятувальники і жінки, що постраждали внаслідок терористичного акту в м. Беслан.

Встановлено, що середні значення за шкалами екстраверсії і інтроверсії, а також лабільності у гірничорятувальників були достовірно більшими, ніж у жінок, що постраждали внаслідок терористичного акту, а показники за шкалами спонтанності, тривожності, агравації та брехні – навпаки, меншими. На нашу думку це пов’язано із тим, що члени зазначених груп мають різну гендерну і культурну приналежність. Серед гірничорятувальників і серед жінок, що постраждали внаслідок терористичного акту в м. Беслан, достовірних відмінностей у середніх показниках за шкалами ІТО поміж підгрупами хворих і здорових не виявлено.

Так, висока (≥ 6 балів) інтроверсія (ДК = 3,77 при J = 0,58), низька (< 5 балів) конфліктність (ДК = 2,17 при J = 0,35), низька (< 5 балів) агресивність (ДК = 2,01 при J = 0,33) та низька (< 6 балів) залежність (ДК = 3,77 при J = 0,58) – це маркери сприйнятливості (МС) до ППР внаслідок надзвичайних подій, а низька (< 6 балів) інтроверсія (ДК = -2,18 при J = 0,34), висока (≥ 5 балів) конфліктність (ДК = -4,52 при J = 0,73), висока (≥ 5 балів) агресивність (ДК = -5,77 при J = 0,94) та висока (≥ 6 балів) залежність (ДК = -2,18 при J = 0,34),– відповідно, маркери резистентності (МР) до зазначених розладів.

Серед них, як МС до ППР, нами визначені: низький рівень (< 7 балів) лабільності (ДК = 1,00 при J = 0,09) і низький (< 2 балів) рівень брехні (ДК = 1,41 при J = 0,15). Відповідно, високий рівень (≥ 7 балів) лабільності (ДК = -3,40 при J = 0,30) і високий (≥ 2 балів) рівень брехні (ДК = -2,54 при J = 0,26) були ідентифіковані як маркери резистентності.

Для встановлення спільних маркерів сприйнятливості-резистентності до ППР внаслідок НС аналогічним чином були проаналізовані дані, одержані в об’єднаній групі гірничорятувальників і жінок, що постраждали внаслідок терористичного акту. Серед них, як МС до вказаних розладів, були виділені: низький рівень (< 7 балів) лабільності (ДК = 1,00 при J = 0,09) і низький (< 2 балів) рівень брехні (ДК = 1,41 при J = 0,15). Відповідно, високий рівень (≥ 7 балів) лабільності (ДК = -3,40 при J = 0,30) і високий (≥ 2 балів) рівень брехні (ДК = -2,54 при J = 0,26) визначені як маркери резистентності до ППР внаслідок надзвичайних подій.

За винятком агресивності, знаки ДК (позитивні чи негативні) всіх інших зазначених вище ознак, у гірничорятувальників і у жінок, що постраждали внаслідок терористичного акту, співпадали. Це відображало реальну єдність маркерів ризику формування ППР в обстежених якісно відмінних контингентах

Отримані дані свідчать про те, що особистісні риси (залежно від того, про яку саме особистісну рису йдеться) можуть розглядатись як спільні, так і як специфічні маркери формування ППР внаслідок надзвичайних подій для різних контингентів обстежених осіб.

Із описаних результатів досліджень витікає, що значущими маркерами схильності до формування ППР внаслідок надзвичайних подій були показники особистісної та реактивної тривожності за тестом Спілбергера – Ханіна.

У подальшому аналогічним чином нами визначені фактори ризику-антиризику та маркери сприйнятливості-резистентності до формування *виражених психічних та поведінкових розладів* у шахтарів, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій: всі статистично значущі фактори були також зведені у таблиці і розташовані в них в порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів (тобто, в порядку зменшення їхньої «прогностичної сили»). Отримані достовірні величини відображені у вигляді прогностичної (табл. 4) та діагностичної (табл. 5) таблиць.

Оцінка зазначеного ризику за допомогою цих таблиць здійснюється, як це вже було зазначено, шляхом застосування послідовної процедури Вальда (у модифікації Є.В. Гублера, 1978).

Установлено, що всі маркери сприйнятливості-резистентності до формування виражених ППР у шахтарів співпадали із загальними маркерами сприйнятливості-резистентності до формування психічних та поведінкових розладів внаслідок НС у працівників вугільної промисловості, що зазнали впливу екстремальних подій. Дане спостереження свідчить на користь континуальності процесу розвитку ППР внаслідок НС і подальшої їхньої трансформації в виражені форми.

Крім того, нами аналізувалася загальна картина індивідуально-типологічних тенденцій за методикою ІТО з метою визначення «особистісних мішеній» для психотерапевтичних втручань. При цьому, індивідуально-типологічні якості особистості «умовно здорових» гірничорятувальників не виходили за межі акцентуацій, характеризувалися гіпертимністю, активністю, комунікабельністю, екстравертністю, спонтанністю, схильністю до лідерства, компромісністю, ригідністю, відсутністю тривожності, високим рівнем самокритичності, але нормальним – «конфліктності», «агресивності», а також розвитком ауторефлексії, критичного ставлення до себе, реалістичним світосприйняттям. Такі профілі особистості вважали гармонійними через наявність необхідних психологічних професійних рис (висока психоемоційна стенічність, гіпертимність), а також підстав для формування стресостійкості (сполучення ригідності, екстраверсії та лідерства).

В свою чергу до групи ризику виникнення психічної симптоматики під впливом уражаючих чинників НС відносили осіб, профілі особистості яких включали до себе суперечливе з'єднання протилежних тенденцій – ригідності (сполучення суб’єктивізму й негнучкості атит’юдів, педантизму й підозрілості) та лабільності (наявність мотиваційної нестійкості, змін настрою, проявів демонстративності), що розцінювали як підґрунтя для внутрішньоособистісного конфлікту.

*Таблиця 4*

**Прогностична таблиця для оцінки ризику формування виражених ППР у шахтарів, що зазнали впливу екстремальних подій**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фактори ризику та антиризику  (подані у порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів) | ДК | J |
| **Фактори ризику** | | | |
| Рівень харчування незадовільний (за суб’єктивною оцінкою) | ***12,48*** | ***1,68*** | |
| Наявність хронічних соматичних захворювань (без інвалідності) | ***12,48*** | ***1,68*** | |
| Наявність інвалідності за будь-яким соматичним захворюванням | ***11,23*** | ***1,11*** | |
| Інвалідність внаслідок надзвичайній ситуації | ***11,23*** | ***1,11*** | |
| Робота на командній (керівній) посаді | ***6,46*** | ***0,54*** | |
| Середня зарплата < 601 грн. | ***5,00*** | ***0,61*** | |
| Опозиційний тип патохарактерологічної реакції на психотравму | ***4,77*** | ***0,57*** | |
| Наявність особистісно значущих негативних епізодів протягом року | ***3,33*** | ***0,55*** | |
| Середня-спеціальна або вища освіта (завершена і незавершена) | ***1,96*** | ***0,28*** | |
| **Фактори антиризику** | | | |
| Народження другою дитиною у родині | ***-3,95*** | ***0,42*** | |
| Освіта до 9 класів середньої школи або загальна середня освіта | ***-3,68*** | ***0,53*** | |
| Відсутність особистісно значних негативних епізодів протягом року | ***-3,66*** | ***0,74*** | |
| Стан практичного соматичного здоров'я | ***-3,54*** | ***0,95*** | |
| Робочий стаж 1,5 – 10 років | ***-3,08*** | ***0,34*** | |
| Середня зарплата ≥ 601 грн. | ***-1,40*** | ***0,17*** | |
| Рівень харчування задовільний (за самооцінкою) | ***-1,39*** | ***0,19*** | |
| Робота на рядовій (виконавчий) посаді | ***-0,83*** | ***0,07*** | |

*Таблиця 5*

**Діагностична таблиця маркерів сприйнятливості-резистентності до формування виражених ППР у шахтарів, що зазнали впливу екстремальних подій**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Маркери сприйнятливості-резистентності  (подані у порядку зменшення модулів їхніх діагностичних коефіцієнтів) | ДК | J |
| Маркери сприйнятливості | | |
| Висока особистісна тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна (> 55 балів) | ***7,84*** | ***2,62*** |
| Низькі показники настрою за тестом САН (≤ 2,5 балів) | ***5,80*** | ***1,71*** |
| Маркери резистентності | | |
| Низька особистісна тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна (≤ 55 балів) | ***-6,38*** | ***2,13*** |
| Високі показники настрою за тестом САН (> 2,5 балів) | ***-5,96*** | ***1,76*** |
| Низька реактивна тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна (≤ 50 балів) | ***-2,22*** | ***0,44*** |

Нами встановлено, що патологічними ознаками психологічної деформації структури особистості (до рівня дезадаптації або патологічної структури особистості), яка пережила НС й потребує психокорекційної допомоги, є наявність: високого рівню особистісної тривожності та сенситивності; знижених показників самопочуття та настрою; емоційно-вольової слабкості та нездатності до самоконтролю; неадекватного самосприймання та світосприйняття в цілому; афективної ригідності та її превалювання над раціональним мисленням; неузгодженості між своїми психологічними потребами та власними психофізіологічними можливостями, необхідних для їх реалізації; екзальтації та неконтрольованості почуттів, які при певних умовах можуть трансформуватись у форму психоагресії; недостатньо міцного внутрішнього стрижня та чіткого морально-ціннісного підґрунтя особистості.

Дисгармонійний комплекс провідних типологічних тенденцій – характерологічних рис особистості – відповідав нозологічної приналежності ППР у працівників вугільної промисловості України, перешкоджав адекватному та конструктивному функціонуванню індивіда, його соціальній адаптації та вимагав певного типу психотерапевтичних та психокорекційних заходів. Загальними характеристиками для осіб з психічними розладами внаслідок НС були низький рівень реалістичності світосприйняття та неадекватна самооцінка.

Своєчасна діагностика та корекція реакцій дезадаптації (РД) представляються важливими для розробки та проведення заходів первинної психопрофілактики ППР у осіб, що зазнали впливу екстремальних подій. Також визначення впливових маркерів ризику-антиризику РД у рятувальників аварійно-рятувальних служб представляється необхідним для розробки оптимальних заходів щодо визначення та збереження їх професійно значущих якостей (ПЗЯ). Результати зазначених досліджень описані **в шостому розділі дисертації**. На наш погляд, саме відсутність РД характеризує надійність роботи РАРС, забезпечує оптимальне виконання ними професійних обов’язків,– а психологічні, психофізіологічні та психічні особливості, що сприяють антиризику реакцій дезадаптації і являють собою ПЗЯ.

Для вирішення цих завдань нами проведений порівняльний аналіз рятувальників аварійно-рятувальних служб з РД (47 осіб, 44,8 %) та здорових (58 осіб, 56,2 %) за усіма фізичними, психологічними, психофізіологічними, психічними параметрами, що були отримані в процесі дослідження, та встановлене наступне.

До маркерів, що заважають оптимальному функціонуванню РАРС були визначені наступні значення психологічних і психофізіологічних показників: особистісна тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна > 40 балів, ДК = 9,04, J = 1,09; показник рівноваги за психофізіологічним обстеженням > 8 балів, ДК = 6,39, J = 0,22; тривожність за тестом ІТО > 5 балів, ДК = 6,35, J = 0,36; активність за тестом САН ≤ 5 балів, ДК = 3,02, J = 0,21; агресивність > 4 балів, ДК = 2,59, J = 0,31, інтроверсія > 4 балів, ДК = 2,24, J = 0,18 за тестом ІТО; реактивна тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна > 35 балів, ДК = 2,11, J = 0,22.

До психічних показників віднесені: неадекватно підвищений настрій ДК = 12,05, J = 1,56 (афективні прояви); роздратованість ДК = 10,91, J = 1,07 (астенічні прояви); розлади глибини й тривалості сну ДК = 10,91, J = 1,07 (вегетативні і психосоматичні прояви); підвищена фізична втома ДК = 10,46, J = 0,91 падіння ініціативи, пасивність ДК = 9,94, J = 0,76 (астенічні прояви); емоційна лабільність ДК = 8,69, J = 0,48 (афективні прояви); фобії ДК = 8,69, J = 0,48 (прояви синдрому нав’язливих станів); «втома, що не шукає покою», нетерпеливість ДК = 7,90, J = 0,35 (астенічні прояви); знижений настрій ДК = 7,90, J = 0,35 (афективні прояви); істеричний тремор ДК = 7,90, J = 0,35 (істеричні прояви); відчуття тривоги ДК = 6,93, J = 0,24 (афективні прояви); відчуття страху ДК = 6,93, J = 0,24 (афективні прояви); розлади засипання ДК = 6,93, J = 0,24 (вегетативні і психосоматичні прояви); підвищений артеріальний тиск ДК = 6,93, J = 0,24 (вегетативні і психосоматичні прояви); вегетативний біль, у тому числі головний 6,93, J = 0,24 (вегетативні і психосоматичні прояви).

Зазначені відомості у подальшому лягли в основу скринінг-діагностики РД.

До психодіагностичних маркерів, що забезпечують надійність та безпеку праці в умовах НС, належать: екстраверсія > 8 балів (ДК = -4,40, J = 0,41), ригідність > 6 балів (ДК = -3,86, J = 0,29) за тестом ІТО; точність реакції слідкування ≤ 10 балів (ДК = -2,94, J = 0,22), показник гальмування -10-0 балів (ДК = -2,90, J = 0,25) за психофізіологічним обстеженням; брехня > 5 балів (ДК = -2,26, J = 0,21) за тестом ІТО.

Як психічні маркери надійності нами визначений такий рівень виразності психопатологічної симптоматики за прийнятими в вітчизняній психіатрії критеріями оцінки психопатологічних синдромів, що не досягає 5 балів за значенням інтегрального показника її інтенсивності (ІПІ).

Ці дані застосовували при розробці психотерапевтичних, психопрофілактичних та корекційних заходів РАРС, а також задля визначення напрямів терапевтичних втручань та оцінки їх ефективності.

Нами визначено кореляційну структуру психопатологічних проявів у РАРС, зв’язки між показниками фізичного, психологічного, психофізіологічного та клініко-психопатологічного досліджень, а також проведений аналіз цих зв’язків.

Позитивна кореляція значної сили (r = 0,70 – 1,00) була встановлена між показниками самопочуття і настрою (r = 0,85), активності і настрою (r = 0,82) самопочуття і активності (r = 0,79) за тестом САН; шкалами В (r = 0,74), С (r = 0,85), D (r = 0,80) та сирими балами IQ за тестом Равена; коефіцієнтами сили нервової системи 1 і 2 (r = 0,92), показником розвитку пам’яті (ПРП) 1 і ПРП (r = 0,96) за психофізіологічними методиками, а також між сумарними значеннями інтегральних показників інтенсивності астенічних (r = 0,82) і афективних (r = 0,80) з загальною сумою ІПІ за усіма психопатологічними проявами.

Кореляційна структура психопатологічних проявів у РАРС виявилася наступною. Астенічна симптоматика була міцно пов’язаною з афективною (r = 0,57), вегетативною (r = 0,42) та істеричною (r = 0,31), вегетативна – з істеричною (r = 0,36) та іпохондричною (r = 0,32). При порівняльному аналізі встановлено, що в осіб з реакціями дезадаптації відмічено послаблення кореляційних зв’язків між астенічними та вегетативними проявами, їх зміцнення між вегетативними та іпохондричними на відміну від здорових (зміцнення першого зв’язку та відсутність другого).

Також нами за допомогою аналізу частот сполучень психопатологічних проявів встановлені найбільш поширені і стійкі варіанти РД, а саме: депресивний (19,15 %), астено-депресивний з облігатною депресивною симптоматикою (17,01 %), астенічний (17,01 %), вегетативний (14,89 %) синдроми, астено-депресивний синдром (без переважання астенічної або депресивної симптоматики) (8,51 %), астено-депресивний синдром з домінуванням астенічних проявів (4,26 %), а також астено-обсесивний (4,26 %), обсесивний (4,26 %), обсесивно-вегетативний (4,26 %), астено-обсесивний з істеричними включеннями (2,13 %), астено-істеричний (2,13 %), істеро-депресивний (2,13%) синдроми.

В результаті порівняльного аналізу інформативності та диференційно-діагностичних властивостей психологічного, психофізіологічного та клініко-психопатологічного методів дослідження щодо визначення РД нами визначено, що найбільш інформативним виявився клініко-психопатологічний. При цьому групи психопатологічних проявів (за синдромами) були розподілені нами у відповідному рейтинговому порядку з урахуванням їх діагностичної цінності щодо верифікації РД: афективні ДК = 42,52, J = 2,87, астенічні ДК = 39,22, J = 3,09, вегетативні і психосоматичні ДК = 31,72, J = 1,77, нав’язливі ДК = 8,69, J = 0,48, істеричні ДК = 7,90, J = 0,35.

В структурі інших дослідницьких методів вагоме значення мали дефініції психологічних ознак за ІТО (ДК = 15,96 та -15,34), потім тестом Спілбергера – Ханіна (ДК = 11,15 та -3,09), психофізіологічними методиками (ДК = 8,24 та -2,94) та тестом САН (ДК = 3,02 та -0,76).

Нами також проведено порівняння двох груп за частотами позитивних та негативних результатів тестів Спілбергера – Ханіна й САН (шахтарі, хворі на ППР (76 осіб) і здорові рятувальники аварійно-рятувальних груп (105 осіб)) та за спеціальними формулами розраховано їх чутливість, специфічність та безпомилковість. Отримані результати дозволили довести високий рівень безпомилковості, чутливості та специфічності психодіагностичних методик, що застосовувались при обстеженні РАРС, тобто було виявлено їх значну діагностичну цінність при скринінговій діагностиці ППР у якісно відмінних контингентів постраждалих.

За даними досліджень встановлено, що ППР у потерпілих через екстремальні події мають відповідну динаміку, про що йшлося вище, від РД до нозологічних форм. При цьому найбільш частими типами РД були депресивний, депресивно-астенічний та вегетативний синдроми. Крім того, нами виділені п’ятнадцять різноманітних типів РД, на основі різних варіантів сполучень окремих психопатологічних проявів (астенічних, депресивних, обсесивних, істеричних та вегетативних).

Таке повне урахування всіх психопатологічних проявів доцільно лише у спеціалізованих закладах, де здійснюється високодиференційована індивідуалізована психотерапевтична, психопрофілактична та корекційна допомога. Задля оптимального використання наявних ресурсів медичної служби на будь-якому з етапів надання медичної допомоги при НС загальноприйнято надавати перевагу повноті охоплення постраждалих з психопатологічної симптоматикою при деякому зниженні рівню диференціації на етапах первинної, долікарської, кваліфікованої медичної (психотерапевтичної, психопрофілактичної, корекційної допомоги).

Алгоритм щодо поетапного зменшення рівня диференціації виявлених типів дезадаптації серед рятувальників аварійно-рятувальних служб тобто визначення ієрархічної класифікації виявлених типів дезадаптації за сукупностями виявлених у хворих психопатологічних ознакздійснювали шляхом кластерного аналізу. За його результатами нами побудована дендрограма (кластерна структура групи обстежених) (рис. 1).

Наведена дендрограма дозволила чітко встановити ступінь близькості-віддаленості окремих РАРС з РД та їх кластерів різного рівня (об’єднань осіб, виділених за сукупностями психопатологічних проявів) один від одного в умовному п’ятивимірному просторі. Так, умовна міжкластерна дистанція (на її рівень вказують вертикальні риски дендрограми, що сполучають окремі спостереження) поміж осіб з РД із однаковими окремими психопатологічними проявами або із однаковими сполученнями зазначених проявів дорівнює нулю (клініка дезадаптації тотожна). Саме такі сполучення хворих утворили найдиференційованіші кластери І рівня. Загальна кількість кластерів І рівня дорівнює п’ятнадцяти, тобто співпадає із встановленою кількістю типів РД. Даний рівень диференціації психопатологічної симптоматики включали до необхідних заходів при спеціалізованої медичної (психотерапевтичної, психопрофілактичної, корекційної) допомоги. Відповідно рівні ІІ (7 кластерів), ІІІ (2 кластера) кластерізації означають подальше зменшення рівня клінічного диференціювання за психічними проявами, які доцільно було купірувати на попередніх етапах надання допомоги. Подальше збільшення кластерів на ІІІ рівні кластеризації, тобто суттєво мала диференційована діагностика, цілком відповідала рівню долікарської медичної допомоги при НС. Четвертий рівень кластеризації ми не вважали за доцільний, оскільки на ньому всі обстежені із ознаками дезадаптації утворили би один кластер, а обстежені без ознак дезадаптації – інший, а таке дихотомічне розділення вже було здійснено значно простішим, ніж кластерний аналіз, шляхом – через урахування виражених (≥ 5 балів) психопатологічних проявів.

Таким чином, кластерний аналіз дозволив здійснити природну багатофакторну ієрархічну класифікацію обстежених рятувальників аварійно-рятувальних служб і співвіднести виділені групи з подібними сполученнями психопатологічних проявів (різного рівня подоби) із регламентом надання медичної допомоги (психотерапевтичної, психопрофілактичної, корекційної) при надзвичайних ситуаціях. Зазначене лягло в основу відповідних медичних заходів (психотерапевтичних, психопрофілактичних, корекційних) на різних етапах ліквідації психолого-психіатричних наслідків НС.



Рис. 1. Кластерна структура популяції обстежених рятувальників аварійно-рятувальних служб за типами реакцій дезадаптації.

Примітка: \* – в лапках вказано рівень кластеризації для кластерів, назви яких повторюються на різних рівнях.

Результати наведених вище досліджень, по-перше, підтвердили наявність відповідної спільної та специфічної дії різних чинників НС на постраждалих, і континуальність розвитку ППР через НС від донозологічних до клінічно окреслених форм, по-друге, дозволили визначити групи ризику формування ППР та негативної динаміки психічної патології у зазначених контингентів, та, по-третє, обумовили спрямованість психопрофілактичних, психотерапевтичних та корекційних заходів на різних етапах надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС.

Система психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок НС, що описана **у сьомому розділі дисертації**, ґрунтувалась на принципах системності терапевтичних втручань, етапності, комплексності, диференційованості та індивідуальності їх застосування. Так, принцип системності полягав у багаторівневості проведення послідовних заходів від терапевтичного впливу на рівні окремих психофізіологічних ознак, далі – корекції змін сфер психіки до процесів ауто-, мікро- та макрореадаптації. Етапність ППК включала до себе певний регламент надання психотерапевтичної (ПТ), соціально-психологічної (СП Д) та корекційної допомоги: заходи на етапах до госпітальної, спеціалізованої допомоги та санаторно-курортного оздоровлення. Під комплексністю розуміли максимальну інтенсифікацію ПТ та СПД за рахунок взаємного потенціювання ефектів різних впливів, напрямків і технік та застосування інших (крім ПТ та СПД) лікувальних методів (фармако-, фізіо-, рефлексо-, бальнеотерапія тощо). Ступінь диференційованості заходів в структурі системи базувався на ієрархічної класифікації виявлених типів РД за сукупностями виявлених у хворих психопатологічних ознак та проявів ППР з визначенням різних його рівнів задля оптимального надання медико-психологічної допомоги постраждалим (від відсутності необхідності диференційованого підходу у вогнищі НС до ретельної диференціації при спеціалізованій допомозі). Принцип індивідуальності включав урахування усіх притаманних конкретному пацієнту психічних, психодіагностичних, психофізіологічних ознак.

При побудові системи ми враховували також той факт, що такі фактори ризику-антиризику ППР у даного контингенту як вік, дія уражаючих чинників НС та професійних шкідливостей, склад сім’ї тощо, не підлягають впливу ПТ, СПД та корекції. В свою чергу, «маркери сприйнятливості-резистентності» є по суті «маркерами-мішенями» психопрофілактичних, психокорекційних і психотерапевтичних втручань в умовах НС та у віддаленому періоді, що дозволило чітко розмежувати останні.

Загальна схема системи психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій відображена на рис. 2.

Психопрофілактику ППР розглядали поєднано з психогігієнічними заходами та, виходячи з загальноприйнятих положень, підрозділяли її на первинну (визначення факторів ризику, маркерів сприйнятливості до виникнення РД та ППР у постраждалого, їх максимальне усунення та, відповідно, потенціювання факторів антиризику, маркерів резистентності та надійності), вторинну (рання діагностика ППР, їх психотерапія, корекція та попередження негативної динаміки) та третинну (реадаптація та попередження від’ємних соціальних наслідків ППР).

Комплексні психопрофілактичні та психогігієнічні заходи будувались на основі викладених вище результатів багатопараметричних досліджень та включали роботу у двох напрямках: а) психофізіологічний професійний відбір і супровід професійної діяльності рятувальників аварійно-рятувальних служб та осіб, що залучені до ліквідації наслідків НС; б) психогігієнічні й психопрофілактичні програми для населення, що постраждало внаслідок НС.

При цьому використовували усі отримані соціально-демографічні, клініко-психопатологічні, психодіагностичні відомості, що були ретельно описані вище (за винятком проведення психофізіологічного обстеження населенню), а оцінки ризику та подальшої динаміки формування ППР проводили за допомогою прогностичних та діагностичних таблиць в кожному конкретному випадку.

До попереднього огляду в структурі психофізіологічного відбору нами включені методи дослідження, що дозволяють визначити маркери надійності, стресостійкості людини та безпеку праці в умовах НС, а також психодіагностичні методики специфічність, чутливість, безпомилковість та інформативність яких доведена попередніми дослідженнями, а саме: тести Спілбергера – Ханіна, САН та відповідні шкали (що наводилися вище) за індивідуально-типологічним опитувальником.

У разі невідповідності РАРС (наявність маркерів, що заважають оптимальному функціонуванню при виконанні робіт, пов’язаних з НС) здійснювали психологічний супровід їх професійної діяльності та проводили ПТ й корекційні заходи.

Серед населення та осіб, що залучені до ліквідації наслідків НС, проводили також ранню діагностику за типами РД (що встановлені на прикладі РАРС), формували групи ризику формування ППР та здійснювали прогноз їх негативної динаміки за допомогою визначення маркерів сприйнятливості-резистентності.

Психотерапевтичну та психокорекційну роботу спрямовували на усунення патологічних змін в мотиваційній, емоційно-вольовій, комунікативній, когнітивній, моральній, ціннісно-смисловій сферах особистості постраждалих внаслідок НС та РАРС.

Нами розроблена інтегративна схема надання психотерапевтичної та соціально-психологічної допомоги, яка включає до себе визначення їх спрямованості відповідно до порушень сфер психіки постраждалих внаслідок НС (рис. 2) та шляхи їх усунення. Для реалізації останніх використовували наступні методи ПТ: аутогенне тренування, поведінкову, когнітивну психотерапію, гештальт-терапію, тренінг спілкування, сугестивну терапію, нейролінгвістичне програмування, імаго-, арт-, екзистенціально-гуманістичну, ціннісно-моральнісно-зорієнтовану терапію, логотерапію.

Сеанси психотерапії, особливо спочатку курсу лікування, проводили в пристосованому для цього приміщенні у відповідності з загальноприйнятими вимогами (затемнення, шумоізоляція; кушетки, крісла та ін.). Кожний з потерпілих за період лікування (20 – 25 днів) повинен отримав 12 – 15 групових сеансів гіпнозу, самогіпнозу і т. ін. та 4 – 6 комплексних індивідуальних сеансів.

Корекція донозологічних та клінічних форм психічних розладів у постраждалих внаслідок НС включала до себе соціально-психологічну допомогу, медикаментозні та немедикаментозні (клімато-, психо-, фітотерапію, дієтичне харчування, різноманітні види лікувальної фізичної культури, масаж, голкорефлексотерапію) методи. При медикаментозної терапії застосовували фармакологічні препарати різних груп в залежності від нозологічної приналежності ППР та психопатологічної симптоматики в їх структурі: а) транквілізатори, б) антидепресанти, в) ноотропи, г) седативні, д) снодійні, е) адаптогени, ж) вегетотропні, з) вазоактивні, і) нейролептики.

Комплексну оцінку ефективності системи психотерапії, психопрофілактики та корекції постраждалих з психічними розладами внаслідок НС проводили шляхом обчислення коефіцієнтів медичної, соціальної та економічної ефективності, а також інтегрального показника (Короп А.Ф., 1985).

Застосування психотерапевтичних, соціально-психологічних та корекційних заходів в структурі традиційної санаторно-курортної терапії в основній групі хворих призвело до формування резистентності щодо виникнення психічних розладів (ΣДК = -19,08 >13, p<0,05) у порівнянні зі сприйнятливістю до них у контрольній групі ΣДК = 26,26 >20 (p<0,01).

В основній групі хворих редукція психопатологічної симптоматики відмічена у 6 (20 %) осіб, значне поліпшення – у 19 (63,3 %), без змін – 5 (16,7 %). За кількісною динамікою скарг зареєстрована значуща їх редукція 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 покращення» визначено у 20 % пацієнтів, «покращення» – у 62 %, «без змін» – у 18 % (загалом 100 %). Сумарне «покращення» та «значне покращення» склало 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 %), покращення (через стабілізацію соматичного стану, незначну редукцію тривожного, диссомничного синдромів) – у 10 (33,3 %) хворих.

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.

санітарно-просвітницька робота

**Психотерапевтична та соціально-психологічна допомога**

медико-психологічне та психофізіологічне забезпечення професійної діяльності осіб, що залучені до ліквідації наслідків НС

консультативна допомога постраждалим з питань психогігієни сімейних та виробничих взаємовідносин

спільна робота лікарів загальної практики та психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів щодо профілактики психічних і поведінкових розладів внаслідок НС через всебічне обстеження груп ризику з подальшим проведенням психотерапії, соціально-психологічної допомоги та корекції

загальнооздоровча терапія:

медикаментозні засоби,

фізіотерапія

рефлексотерапія

дієтотерапія

**Психопрофілактика та психогігієна**

**Комплексна корекція**

формування мотивації постраждалого та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою корекції психічного стану, а також особистісного розвитку в цілому

робота з комунікативною сферою постраждалого – формування навичок конструктивного спілкування та їх узгодження з комунікаційними потребами та навичок особистості до конструктивного спілкування; формування здатності до адекватного та позитивного сприйняття оточуючих; розвиток емпатії та компромісів у спілкуванні; психокорекція сімейних відносин.

робота з емоційно-вольовою сферою постраждалого – формування навичок: самоспостереження; самоорганізаціі; впорядкування власного життя; фрустраційної толерантності. Включення постраждалого незвичну та суспільно-корисну трудову діяльність; відреагування «заблокованих» емоцій, пов’язаних з психотравмуючою подією з урахуванням принципів етики та моральності; підвищення загального фону настрою шляхом опосередкованого впливу.

робота з когнітивною сферою постраждалого – розвиток самосвідомості; формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття; усвідомлення психотравмуючих спогадів; конструктивне завершення психотравмуючих гештальтів; когнітивна обробка психотравмуючого досвіду; антиципація власних дій в аналогічних ситуаціях; вияв ірраціональних когніцій та невірних цілей та заміщення їх конструктивними; зміна стереотипів сприйняття, когнітивних реакцій, поведінки та аттит’юдів.

робота з моральною сферою особистості – формування: внутрішнього локуса контроля; моральної самосвідомості як чиннику моральної саморегуляції поведінки; моральних ставлень людини до оточуючих; здатності до морального вибору в проблемних ситуаціях.

робота з ціннісно-смисловою сферою постраждалого – усвідомлення та перебудова власної системи цінностей з урахуванням нових умов життя; свідоме засвоєння системи вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню у будь-яких умовах.

загальнотерапевтичні заходи зокрема лікування соматичної патології при НС (опіки, травми, отруєння)

мониторінг змін

психофармакотерапія в залежності від психопатологічної симптоматики

Рис. 2. Загальна схема системи психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

**ВИСНОВКИ**

1. У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної наукової проблеми – захисту, збереження та відновлення психічного здоров’я населення, що постраждало внаслідок надзвичайних ситуацій (НС). З позицій доказової медицини на підставі комплексу рандомізованих клінічних досліджень оцінені та систематизовані клініко-епідеміологічні, соціально-демографічні, клініко-психопатологічні, психологічні, психофізіологічні аспекти стану психічного здоров’я постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій. На цій основі розроблена, впроваджена та оцінена ефективність системи психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних подій.

2. Регіони України істотно відрізняються один від одного за інтегральним показником небезпеки (ІПН), значний внесок в який робить саме НС. Внаслідок цього, рівень «тиску» несприятливих умов життя на мешканців різних областей країни є достовірно відмінним, що необхідно враховувати при оцінці стану психічного здоров’я і плануванні заходів щодо його збереження.

Первинна захворюваність на невротичні, пов’язані із стресом та соматоформні розлади (НПССР) достовірно корелює з щорічною кількістю НС в країні і тому є одним із маркерів психоемоційної напруги, що виникає у популяції, зокрема, внаслідок екстремальних подій. При цьому існує достовірна регресійна залежність поміж частотою техногенних НС в регіонах України і захворюваністю на НПССР в них, на відміну від НС природного походження.

Додаткові епідеміологічні маркери психоемоційної напруги – це захворюваність на розлади особистості зрілого віку, афективні розлади, алкогольні психози і шизофренію. Встановлено статистично вірогідні регресійні залежності поміж захворюваністю на зазначені розлади та частотою техногенних (а не природних) НС в регіонах країни. Це також свідчить про те, що в умовах сучасної України серед екстремальних подій різного походження саме техногенні НС справляють найбільший патогенний вплив на психічне здоров’я населення.

3. До факторів ризикуформування ППР внаслідок техногенних надзвичайних ситуаційвідносяться: незадовільні побутові умови, вік до 26 або більше 45 років, робочий стаж більше 10 років, шкідливі умови праці (вібрація, локальна м’язова напруга, шум, фізичне навантаження на опорно-руховий апарат), робота на командних посадах. Відповідно, до факторів антиризику відносяться: робочий стаж 6 – 10 років а також робота на рядових (виконавчих) посадах.

До маркерів сприйнятливості, які дозволяють підтвердити діагноз ППР внаслідок техногенних НС у працівників вугільної промисловості (шахтарів та гірничорятувальників), відносяться: висока особистісна (> 46 балів) та реактивна (> 36 балів) тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна, низьки (≤ 4,0 балів) показники самопочуття, активності і настрою за методикою САН, а також високий (≥ 6,0 балів) рівень інтроверсії та низькі рівні залежності (< 6,0 балів), конфліктності (< 5,0 балів), агресивності (< 5,0 балів) за ІТО, середній або нижче ніж середній рівень інтелекту.

Серед маркерів резистентності встановлені: низька особистісна (< 40 балів) та реактивна (< 30 балів) тривожність за Спілбергером – Ханіним, високі показники самопочуття (> 5,1 балів), активності (> 4,1 балів) і настрою (> 4,1 балів), за методикою САН, а також високі рівні агресивності (≥ 5,0 балів), конфліктності (≥ 5,0 балів) та залежності (≥ 6,0 балів) та низький (< 6,0 балів) рівень інтроверсії за методикою ІТО, вище середнього та високий рівень інтелекту.

4. Визначено діагностичну цінність використаних психодіагностичних методик щодо оцінки сприйнятливості-резистентності працівників вугільної промисловості до ППР внаслідок надзвичайних ситуацій. Встановлено, що найбільш інформативним є тест САН (сумарна величина мір інформативності Кульбака ((J) = 13,89), менш інформативним – тест Спілбергера – Ханіна ((J) = 11,09) і найменш інформативними – ІТО ((J) = 4,19) та тест Равена ((J) = 2,05).

5. До психодіагностичних та психофізіологічних маркерів, що забезпечують надійність та безпеку праці в умовах НС, належать: екстраверсія за тестом ІТО > 8 балів, ДК = -4,40, J = 0,41, ригідність за тестом ІТО > 6 балів, ДК = -3,86, J = 0,29; ТРС за психофізіологічним обстеженням  10 балів, ДК = -2,94, J = 0,22; ПГ за психофізіологічним обстеженням – 10 – 0 балів, ДК = -2,90 J = 0,25; брехня за тестом ІТО > 5 балів, ДК = -2,26, J = 0,21.

Психічними маркерами надійності є такий рівень виразності психопатологічної симптоматики за прийнятими в вітчизняній психіатрії критеріями оцінки психопатологічних синдромів, що не досягає 5 балів за значенням інтегрального показника її інтенсивності.

До маркерів, що заважають оптимальному функціонуванню РАРС та ОЗЛННС, належать наступні значення психологічних і психофізіологічних показників: особистісна тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна > 40 балів, ДК = 9,04, J = 1,09; ПР за психофізіологічним обстеженням > 8 балів, ДК = 6,39, J = 0,22; тривожність за тестом ІТО > 5 балів, ДК = 6,35, J = 0,36; активність за тестом САН  5 балів, ДК = 3,02, J = 0,21; агресивність за тестом ІТО > 4 балів, ДК = 2,59, J = 0,31; інтроверсія за тестом ІТО > 4 балів, ДК = 2,24, J = 0,18; реактивна тривожність за тестом Спілбергера – Ханіна > 35 балів, ДК = 2,11, J = 0,22.

6. Встановлені найбільш інформативні психопатологічні симптоми реакцій дезадаптації, що виникають внаслідок НС, які доцільно використовувати при скринінг діагностиці: неадекватно підвищений настрій ДК = 12,05, J = 1,56 (афективні прояви); роздратованість ДК = 10,91, J = 1,07 (астенічні прояви); розлади глибини й тривалості сну ДК = 10,91, J = 1,07 (вегетативні і психосоматичні прояви); підвищена фізична втома ДК = 10,46, J = 0,91 падіння ініціативи, пасивність ДК = 9,94, J = 0,76 (астенічні прояви); емоційна лабільність ДК = 8,69, J = 0,48 (афективні прояви); фобії ДК = 8,69, J = 0,48 (прояви синдрому нав’язливих станів); «втома, що не шукає покою», нетерпеливість ДК = 7,90, J = 0,35 (астенічні прояви); знижений настрій ДК = 7,90, J = 0,35 (афективні прояви); істеричний тремор ДК = 7,90, J = 0,35 (істеричні прояви); відчуття тривоги ДК = 6,93, J = 0,24 (афективні прояви); відчуття страху ДК = 6,93, J = 0,24 (афективні прояви); розлади засипання ДК = 6,93, J = 0,24 (вегетативні і психосоматичні прояви); підвищений АТ ДК = 6,93, J = 0,24 (вегетативні і психосоматичні прояви); вегетативний біль, у тому числі головний 6,93, J = 0,24 (вегетативні і психосоматичні прояви).

7. Визначено кореляційну структуру психопатологічних проявів у рятувальників аварійно-рятувальних служб. Показано, що астенічні прояви міцно пов’язані з афективними (r = 0,57), вегетативними (0,42) та істеричними (0,31), а вегетативні – з істеричними (0,36) та іпохондричними (0,32). При порівняльному аналізі встановлено наступне: в осіб з реакціями дезадаптації відмічено послаблення кореляційних зв’язків між астенічними та вегетативними проявами, їх зміцнення між вегетативними та іпохондричними на відміну від здорових (зміцнення першого зв’язку та відсутність другого).

В результаті аналізу сполучень частот психопатологічних проявів встановлені найбільш поширені і стійкі варіанти реакцій дезадаптації, а саме: депресивний син-дром (19,15 %), астено-депресивний синдром з переважанням депресивних проявів (17,01 %), астенічний («чистий») синдром (17,01 %), вегетативний («чистий») синдром (14,89 %), астено-депресивний синдром (без переважання астенічної або депресивної симптоматики) (8,51 %), астено-депресивний синдром з переважанням астенічних проявів (4,26 %), а також астено-обсесивний («чистий») (4,26 %), обсесивний (4,26 %), обсесивно-вегетативний (4,26 %), астено-обсесивний з істеричними включеннями (2,13 %), астено-істеричний (2,13 %), істеро-депресивний (2,13%) синдроми.

8. В результаті порівняльного аналізу психологічного, психофізіологічного та клініко-психопатологічного методів дослідження встановлені їх інформативність та диференційно-діагностичні властивості щодо визначення реакцій дезадаптації. Показано, що найбільш інформативним є клініко-психопатологічне дослідження, при цьому діагностична цінність різних синдромів має рейтинговий порядок (у порядку зменшення): афективні УДК = 42,52, УJ = 2,87, астенічні УДК = 39,22, УJ = 3,09, вегетативні і психосоматичні УДК = 31,72, УJ = 1,77, нав’язливі УДК = 8,69, УJ = 0,48, істеричні УДК = 7,90, УJ = 0,35. Наступними є індивідуально-типологічний опитувальник (ДК = 15,96 та -15,34), потім тест Спілбергера – Ханіна(ДК = 11,15 та -3,09), психофізіологічні методики (ДК = 8,24 та -2,94) та тест САН (ДК = 3,02 та -0,76).

На якісно відмінних контингентах оцінено комплекс методів для визначення психічних та поведінкових розладів (тести Спілбергера – Ханіна та САН). За оцінкою параметрів специфічності, чутливості та безпомилковості тестових методик, а саме: висока чутливість при помірній специфічності,– дозволяє вважати цей комплекс цілком придатним для скринінг досліджень.

9. Розроблена, впроваджена та оцінена ефективність системи психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок НС. Показана її ефективність та перевага перед стандартними заходами, які проводять при наданні медико-психологічної допомоги постраждалим. Встановлено, що використання даної системи в умовах спеціалізованих закладів надає можливість в 3,8 рази підвищити ефективність надання їм психотерапевтичної, соціально-психологічної та корекційної допомоги.

##### СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. С.І. Табачніков, Є.М. Харченко, Є.Г. Гриневич, В.А. Піщіков, 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. вісн. психоневрології. – 2001. – Т.9, вип. 2(27). – С. 49 – 50 (автором самостійно запропоновані ідея та гіпотеза дослідження, ретельно проаналізований стан проблеми законодавчого регулювання спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, розроблені методологічні основи дослідницьких напрямів та теоретичні положення, отримані основні інформаційні матеріали, проведений їх аналіз та інтерпретація, зроблені висновки).

2. Табачніков С.І., Є.Г. Гриневич, Домбровська В.В., Маркова М.В., Шубін А.В., Лещенко О.М., Башиньська І.М. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф.// Арх. психіатрії. – 2002. – №1(28), – С. 5 – 8 (здобувачем особисто проаналізовано сучасний стан проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф, запропонована ідея та гіпотеза дослідження, визначені основні напрямки її вирішення, визначений методичний підхід, здійснені інтерпретація отриманих даних, висновки).

3. С.І.Табачніков, Є.Г. Гриневич, В.В. Домбровська, І.М. Башинська, А.В. Шубін, О.М. Лещенко, С.Г. Полшкова, С.М. Івченко Деякі особливості клінічної структури й динаміки психічних розладів у постраждалих внаслідок аварій та катастроф техногенного характеру. // Арх. психіатрії. – 2003. – Т.9., № 2 (33). – С. 11 – 13 (особистий внесок дисертанта полягав у формулюванні мети та задач дослідження, проведенні збору, обробки та аналізу отриманих даних, описанні основних положень, підготовці висновків).

4. С.І. Табачніков, В.А. Піщиков, Є.Г. Гриневич, В.В. Домбровська Сучасні аспекти надання психіатричної, психотерапевтичної допомоги, а також реабілітації постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф // Арх. психіатрії. – 2003. – Т.9. – № 4 (35). – С. 13 – 16 (автором самостійно поставлено мету та завдання дослідження, наявної медичної інформації, проведено аналіз та інтерпретацію отриманих даних, підготовлені висновки дослідження).

5. О.М. Орда, С.І. Табачніков, Є.Г. Гриневич, В.В. Домбровська, М.І. Стрюк Основні принципи та досвід роботи щодо організації забезпечення психолого-психіатричною та психотерапевтичною допомогою постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, аварій та катастроф техногенного характеру. // Арх. психіатрії. – 2004. – Т.10, № 2 (37). – С. 8 – 14 (здобувачем особисто сформульована наукова гіпотеза, проаналізований масив наявної медичної інформації, ретельно проаналізований стан проблеми законодавчого регулювання спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, визначені методичні підходи до її вирішення, здійснені інтерпретація отриманих даних, наведені шляхи реалізації поставлених завдань, зроблені висновки).

6. С.И. Табачников, В.В. Домбровская, Е.Г. Гриневич Система организации специализированной психотерапевтической, психопрофилактической и психогигиенической помощи лицам, трудовая деятельность которых происходит в экстремальных условиях // Арх. психіатрії. – 2004. – Т.10, № 3 (38). – С. –33 – 35 (автором самостійно запропоновані ідея та гіпотеза дослідження, ретельно проаналізований стан проблеми законодавчого регулювання спеціалізованої психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, розроблені методологічні основи дослідницьких напрямів та теоретичні положення, отримані основні інформаційні матеріали, проведений їх аналіз та інтерпретація, зроблені висновки).

7. Табачников С.И., Гриневич Е.Г., Домбровская В.В., Пинчук И.Я., Табачникова В.С., Шубин А.В., Полшкова С.Г. Значение риск-факторов в формировании пограничных психических расстройств у работников угольной промышленности Украины.// Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7, № 4 (додаток). – С. 146 – 148 (дисертантом самостійно сформульовані мета і задачі дослідження, проаналізований масив наявної медичної інформації, визначені методичні підходи до вирішення поставленої проблеми, здійснена інтерпретація отриманих даних, підготовлені висновки).

8. Е.Г. Гриневич, И.В. Линский Зависмость частоты антропогенных катастроф (на примере пожаров) от распространенности психических и поведенческих расстройств. // Арх. психіатрії. – 2005. – Т.11, № 2 (41). – С. 8 – 13 (особистий внесок автора полягав у формулюванні ідеї та гіпотези досліджень, їх мети й задач, розробці методичних та методологічних основ роботи, визначенні провідних теоретичних положень, проведенні аналізу та інтерпретації масиву даних медичної інформації, підготовці висновків).

9. Е.Г. Гриневич, Е.Н. Харченко, Ю.В. Дубинская Структура реабилитационных мероприятий лиц с психическими расстройствами, полученными в результате перенесенных техногенных аварий или катастроф // Арх. психіатрії. – 2005. – Т.11, № 3 (42). – С. 29 – 33 (здобувачем особисто визначені основні теоретичні положення, запропонований та описаний науковий підхід до їх реалізації, сформульовані висновки).

10. Гриневич Е.Г., Линский И.В. Катастрофы и невротические расстройства в Украине // Арх. психіатрії. – 2005. – Т.11, № 4 (43). – С. 7 – 13 (особистий внесок автора полягав у формулюванні ідеї та гіпотези досліджень, їх мети й задач, розробці методичних та методологічних основ роботи, визначенні провідних теоретичних положень, проведенні аналізу та інтерпретації масиву даних медичної інформації, підготовці висновків).

11. Є.Г. Гриневич, І.В. Лінський Поширеність психопатології і частота антропогенних катастроф в областях України // Укр. вісн. психоневрології. – 2005.– Т.13, вип. 3 (44). – С. 27 – 28 (особистий внесок автора полягав у формулюванні ідеї та гіпотези досліджень, їх мети й задач, розробці методичних та методологічних основ роботи, визначенні провідних теоретичних положень, проведенні аналізу та інтерпретації масиву даних медичної інформації, підготовці висновків).

12. Табачников С.И., Здорик Ф.А., Пушкарева Т.Н., Гриневич Е.Г., Харченко Є.Н., Рось Н.О., Маркова М.В., Хоменко А.А., Маценко М.Ю. Характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у лиц, пострадавших в результате техногенной катастрофы // International Journal of radiation medicine. – 2005. – Vol. 7 (1 – 4). – P. 106 – 115 (дисертантом самостійно сформульовані мета та задачі дослідження, проведений збір, обробка та аналіз отриманих даних, описані основні положення, підготовлені висновки).

13. Є.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.

14. Є.Г. Гриневич Фактори ризику формування психічних та поведінкових розладів у гірничорятувальників, що зазнали впливу екстремальних подій // Таврический журн. психиатрии – 2006. – V.10, № 3 (36). – С. 16 – 21.

15. Є.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. – № 1 (16). – С. 67 – 72.

16. Є.Г. Гриневич, І.В. Лінський Спільні і специфічні маркери розвитку психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій в якісно відмінних контингентах постраждалих // Арх. психіатрії. – 2006. – Т.12, № 1 – 4 (44 – 47). – С. 16 – 21 (автором особисто запропоновані ідеї та гіпотези, визначені мета та задачі дослідження, розроблені методологічні та методичні основи, проаналізований масив отриманих даних, проведена їх інтерпретація, зроблені висновки).

17. Є.Г. Гриневич, І.В.Лінський Надзвичайні ситуації і психічне здоров’я населення України // Таврический журн. психиатрии. – 2006. – V.10, № 4 (37). – С. 4 – 15 (особистий внесок автора полягав у формулюванні ідеї та гіпотези досліджень, їх мети й задач, розробці методичних та методологічних основ роботи, визначенні провідних теоретичних положень, проведенні аналізу та інтерпретації масиву даних медичної інформації, підготовці висновків).

18. Є.Г. Гриневич Комплексна психотерапевтична та соціально-психологічна допомога постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, техногенних аварій та катастроф // Таврический журн. психиатрии. – 2007. – V.11, № 1 (38) – 2 (39). – С. 68 – 76.

19. Є.Г. Гриневич, О.В. Абрамов Визначення маркерів формування психічних та поведінкових розладів внаслідок надзвичайних подій у працівників органів внутрішніх справ за допомогою тесту Люшера // Арх. психіатрії. – 2007. – Т.13, № 1 – 2 (48,49). – С. 15 – 21 (автором особисто запропоновані ідеї та гіпотези, визначені мета та задачі дослідження, розроблені методологічні та методичні основи, проаналізований масив отриманих даних, проведена їх інтерпретація, зроблені висновки).

20. Є.Г. Гриневич Оцінка ефективності надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій // Журн. психіатрії та мед. психології. – 2007. – № 1 (17). – С. 32 – 40.

21. Є.Г. Гриневич Стан психічного здоров’я постраждалих внаслідок терористичного акту в м. Беслан // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 1 (11). – С. 104 – 109.

22. Є.Г. Гриневич Маркери і діагностика реакцій дезадаптації у рятувальників аварійно-рятувальних служб // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 4(53). – С. 34 – 49.

23. М.Ю.Игнатов, М.В. Маркова, Е.Г. Гриневич К вопросу о месте социальной психиатрии в общемедицинской практике // Журн. практического врача. – 2002. – № 1.– С. 8 – 10.

24. Є.М. Горбань, С.І. Табачніков, Є.Г. Гриневич, В.В. Домбровська, М.В. Маркова Організація психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф: проблеми та перспективи // Журн. практичного лікаря – 2003. – № 1. – С. 2 – 5.

25. Є.Г. Гриневич, І.В. Лінський Надзвичайні ситуації та психічне здоров’я населення України // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 215. – С. 6 – 9.

26. E.G. Grinevich, I.B. Rymar The program of psychoprophylactic measures for miners having psychosomatic disorders // Preventive psychiatry (Book of abstracts). – Athens, 1999. – P. 70.

27. Tabachnikov S.I., E.G. Grinevich, Sechin A.A., Shubin A.V.Medico-rehabilitation and preventive measures sick with affective disturbances of mood // Preventive psychiatry (Book of abstracts). – Athens, 1999. – P.84.

28. Ф.А. Здорик, Е.Г. Гриневич, Н.О. Рось, С.Г. Полшкова, Е.М. Прокопович Характеристика суицидального поведения у пострадавших в результате аварии на ЧАЭС с депрессивными расстройствами непсихотического уровня // Нові технології в медицині. – Харків, 2000. – С. 95 – 96.

29. С.И. Табачников, Е.Н. Горбань, Е.Г. Гриневич, И.А. Бабюк, В.Г. Черкасов, Е.С. Осуховская Клиническая структура острых психических расстройств вследствие техногенных катастроф (на примере аварии на ЧАЭС) // ХІІІ съезд психиатров России. – Москва, 2000. – С. 108 – 109.

30. Tabachnikov S.I., Zdorik F.A., Grinevich E.G., Pushkareva T.N., Harchenko E.N., Homenko A.A., Markova M.V., Mazenko M. Yu. Characteristic of non-psychotic depressive disorders among people affected as a result of the technogenic catastrophe // International Journal of radiation medicine / Abstracts of International conference “Health effects of the Chernobyl accident: result of 15-year follow-up studies. – Кiev, 2001. – V.3, № 1 – 2. – P. 131 – 132.

31. С.І.Табачніков, О.С.Чабан, Є.Г. Гриневич, М.В. Маркова, В.В.Домбровська. Щодо необхідності створення сужби психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф.// IХ Конгрес світової федерації українських лікарських товариств: Тези доповідей. – Луганськ – Київ – Чикаго, 2002. – С. 53.

32. Т.Д.Бахтєєва, С.І.Табачніков, Є.Г. Гриневич Стратегія надання психіатричної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайної ситуації на етапах медичної евакуації. // Зб. наук. праць до ювілейної науково-практичної конференції, присвяченої 80-річчю з дня народження професора Г.Л. Воронкова. – Київ, 2003. – С.2.

33. Є.Г. Гриневич Про деякі функціональні обов’язки спеціалізованих комплексних психотерапевтичних бригад у вогнищі катастрофи. // Зб. наук. праць до ювілейної науково-практичної конференції, присвяченої 80-річчю з дня народження професора Г.Л. Воронкова. – Київ, 2003. – С. 5.

34. V.Pishikov, S. Tabachnikov, E.Grinevich, V.Dombrovskaya Actual problems the service of accidents medicine development in Ukraine //Agression. Suocidology. Victimology. Therapy and prophylaxis. Nicotine addiction. The fifth National Conference with participation of college private psychiatric practice. Plovdiv, Bulgaria, 22 – 25 April 2004. – P. 25.

35. Гриневич Е.Г. Линский И.В. Частота пожаров и распространенность психопатологии в Украине // Тезисы Международной конференции «Психиатрия чрезвычайных ситуаций». – Москва, 2005. – С. 34.

36. Табачніков С.І., Гриневич Є.Г., Дубінська Ю.В. Психіатричні та психологічні наслідки окремої надзвичайної ситуації (на прикладі Скниліввської трагедії) // International Journal of radiation medicine / Abstracts of International conference “Health consequences of the Chernobyl catastrophe. Strategy of recovery. – Кiev, 2006. – V.8 (1). – P. 73 – 74.

37. Табачніков С.І., Гриневич Є.Г. Надзвичайні ситуації й психічні і поведінкові розлади на національному та регіональному рівнях (співвідношення і тенденції розвитку) // International Journal of radiation medicine / Abstracts of International conference “Health consequences of the Chernobyl catastrophe. Strategy of recovery/ Кiev, 2006. – V.8 (1). – P. 74 – 75.

38. Гриневич Є.Г., Олексєенко І.І., Крилюк В.О. Соціально-психологічні особливості медиків та рятувальників, які приймають участь у ліквідації наслідків катастроф // Симпозіум V школа-семінар «Проблемні питання медицини невідкладних станів». – Київ, 2007. – С. 33 – 35.

## АНОТАЦІЯ

**Гриневич Є.Г. Психотерапія, психопрофілактика та корекція психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – Київ, 2008.

Дисертацію присвячено теоретичному узагальненню та новому вирішенню актуальної наукової проблеми – захисту, збереження та відновлення психічного здоров’я населення, що постраждало внаслідок надзвичайних ситуацій (НС).

Проведений всебічний багатофакторний аналіз результатів поглиблених досліджень щодо оцінки клініко-епідеміологічних показників, факторів ризику-антиризику, маркерів сприйнятливості-резистентності, що призводять до формування або супроводжують розвиток психічних та поведінкових розладів (ППР) у постраждалих внаслідок НС, особливостей їх особистісного реагування, змін особистості при НС, а також причин формування, структури, динаміки, клінічних проявів до- і нозологічних форм ППР через НС дозволив сформувати науково-обґрунтовану базу для визначення цілей, завдань та засобів впливу на етно-патогенетичні ланки ППР, що виникають внаслідок перебування людини в умовах надзвичайної ситуації.

Результати проведених досліджень, підтвердили наявність відповідної спільної та специфічної дії різних чинників НС на постраждалих і континуальність розвитку ППР, дозволили визначити групи ризику формування ППР та негативної динаміки психічної патології, а також обумовили спрямованість психопрофілактичних, психотерапевтичних та корекційних заходів на різних етапах надання медичної допомоги постраждалим внаслідок НС.

На цій основі розроблена, впроваджена та оцінена ефективність системи психотерапії, психопрофілактики та корекції психічних розладів у постраждалих внаслідок надзвичайних подій.

***Ключові слова*:** психічні та поведінкові розлади внаслідок надзвичайних ситуацій, фактори ризику, маркери сприйнятливості, система психотерапії, психопрофілактики та корекції.

##### АННОТАЦИЯ

**Гриневич Е.Г. Психотерапия, психопрофилактика и коррекция психических расстройств у пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций.** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины. – Киев, 2008.

Диссертация посвящена разработке системы патогенетической психотерапии, психопрофилактики и коррекции психических расстройств у пострадавших вследствие чрезвычайных ситуаций.

В результате компаративного анализа клинико-эпидемиологических показателей чрезвычайных ситуаций и психических и поведенческих расстройств в различных регионах Украины установлено, что частота чрезвычайных ситуаций прямо коррелирует с такими индикаторами общественного неблагополучия, как уровень преступности, суицидальной активности и депопуляции населения, а также с заболеваемостью невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Существует обратная связь с индексом промышленного производства. Определены регионы Украины с повышенной заболеваемостью невротическими расстройствами, географическое расположение которых совпадает с расположением зон, в которых наиболее часто возникают чрезвычайные ситуации. Выделены эпидемиологические маркеры психоэмоционального напряжения среди населения Украины (первичная заболеваемость невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, расстройствами личности зрелого возраста, аффективными расстройствами, алкогольными психозами, а также суицидальная активность). Доказано, что техногенные чрезвычайные ситуации оказывают более мощное неблагоприятное воздействие на состояние психического здоровья населения пострадавшего региона, чем чрезвычайные ситуации природного происхождения; на примере Скниловской трагедии обосновано влияние отдельной масштабной техногенной катастрофы на психическое здоровье населения пострадавшего региона.

Установлены многочисленные факторы риска (неудовлетворительные бытовые условия, профессиональные вредности и др.) и антириска (рабочий стаж 6 – 10 лет, робота не на руководящих, а на исполнительских должностях и др.), на основе которых созданы прогностические таблицы для оценки риска формирования психических и поведенческих расстройств вследствие чрезвычайных ситуаций.

Выделены многочисленные маркеры восприимчивости (высокая личностная и реактивная тревога по данным методики Спилбергера – Ханина, низкие показатели теста САН, высокий уровень интроверсии, низкие уровни зависимости, конфликтности и агрессивности по данным ИТО и др.) и резистентности (низкая личностная и реактивная тревога по данным теста Спилбергера – Ханина, высокие показатели теста САН, высокие уровни агрессивности, конфликтности, зависимости, низкий уровень интроверсии, оцененные по методике ИТО и др.), на основе которых созданы диагностические таблицы, позволяющие подтвердить диагноз психических и поведенческих расстройств вследствие чрезвычайных ситуаций у работников угольной промышленности (шахтеров и горноспасателей).

Определена диагностическая ценность широко используемых психодиагностических методик для оценки уровня восприимчивости-резистентности работников угольной промышленности к психическим и поведенческим расстройствам вследствие чрезвычайных ситуаций. На основе сравнительного анализа качественно отличных контингентов обследованных выделены маркеры (психические, психологические и психофизиологические) надежности работающих в экстремальных условиях труда.

Получены новые сведения относительно клинической феноменологии и типологии психических и поведенческих расстройств вследствие чрезвычайных ситуаций. Описана корреляционная структура реакций дезадаптации (донозологический уровень психических и поведенческих расстройств). По результатам кластерного анализа психопатологических проявлений установлены наиболее распространенные и стойкие варианты указанных реакций дезадаптации. Оценены информативность и дифференциально-диагностические свойства методов исследования, применяемых для выявления реакций дезадаптации (клинико-психопатологического, психодиагностического, психофизиологического), выделены наиболее информативные симптомы дезадаптации, что позволило сократить объем скрининг-исследований без ущерба для их информативности.

Разработаны методические подходы к психопрофилактике, психотерапии и психокоррекции психических и поведенческих расстройств у пострадавших вследствие чрезвычайных ситуаций. Разработана схема психотерапевтической и социально-психологической помощи, дифференцированная по типам, признакам психологической деформации структуры личности и по нарушениям различных сфер психики в группах пострадавших вследствие чрезвычайных ситуаций.

Разработана и внедрена в клиническую практику органов здравоохранения Украины система психотерапии, психопрофилактики и коррекции психических расстройств у пострадавших вследствие чрезвычайных ситуаций. Установлено, что применение данной системы в условиях специализированных учреждений, в 3,8 раза (p<0,05) повышает эффективность оказания им психолого-психиатрической и психотерапевтической помощи.

***Ключевые слова*:** психические и поведенческие расстройства вследствие чрезвычайных ситуаций, факторы риска, маркеры предрасположенности, система психотерапии, психопрофилактики и коррекции.

##### SUMMARY

**Grinevich E.G. Psychotherapy, psychoprophylactic and correction mind disorders determined accidents.** – Manuscript.

Thesis for doctor of medicine degree (habilitation of M.D. degree) in specialty 14.01.16 – psychiatry. – Ukrainian research institute of social, forensic psychiatry and narcology. – Kiev, 2008.

Thesis is devoted to theoretical generality and new scientifical-practical decision of the actual problem - to protection, preservation and restitution the mental health of the population has suffered at extreme situations (ES).

The all-round multifactorial analysis the results of research were conducted. This analysis were accord to mark out the: clinical-epidemiological parameters, risk and anti risk factors, markers of a susceptibility-resistance which are accompanying or assist the forming of the mental and behavioural disorders (MBD) at victims of ES, features of their personal reaction, personality changes during ES, and also the reasons for formation, structure, dynamics, under- and clinical presentations MBD, - and has allowed to develop the pathogenetic measures of psychotherapy, psychoprophylactic and correction MBD owing to ES.

The results of the lead researches have confirmed the presence of the general and specific action the various factors ES on victims, have allowed to allocate groups of risk to formation MBD and their negative dynamics, and also have caused the orientation of the psychotherapeutic, psychoprophylactic and correction measures by different stages of rendering the medical aid to victims at ES.

On this basis the system of psychotherapy, psychoprophylactic and correction the mental disorders for victims of extreme situations were developed, introduced and its effectiveness were estimated.

***Key words*:** mental and behavioral disorders owing to extreme situations, risk and anti risk factors, markers of a susceptibility-resistance, system of psychotherapy, psychoprophylactic and correction.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підписано до друку 21.02.2008 р. Формат 60х90/16.

Ум. друк. арк. 1,9. Обл.-вид. арк. 1,9.

Тираж 100. Зам. 52.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Друкарня Прінт Квік

м. Київ, вул. Леонтовича, 9, оф. 65

т. (044) 235-0009, 235-7528

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>