

Вследствие этого, после обоснования необходимости создания синтетической, более совершенной, межкультуральной (межнациональной) программы интеграции переселенцев, отдельные её составляющие (и прежде всего — социо- и психотерапевтические) были существенно дополнены, качественно изменены и увеличены по продолжительности.

УДК 355.422:291.1-07-057.36

*Гук Г. В.*

*Запорізький державний медичний університет  
(м. Запоріжжя)*

### **Особливості застосування діагностичного інструменту SCID-I з метою оцінки стану психічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій**

Сучасні вимоги до діагностики психопатологічних порушень передбачають високу точність та відповідність встановленим нозоспецифічним критеріям. Разом із неухильним поглибленням та розширенням теоретичних уявлень про психічну патологію із тенденцією до стандартизації надання спеціалізованої медичної допомоги це призводить до актуалізації проблеми розроблення нового та адаптації наявного психодіагностичного інструментарію, що використовують у повсякденній лікувальній та дослідницькій практиці. З огляду на це особливу увагу вітчизняних клініцистів та науковців привертає новий сформований контингент осіб, які звертаються за психічною допомогою, — демобілізовані учасники бойових дій на Сході України.

Нами було проведено дослідження оцінки діагностичної ефективності інструменту Структуроване клінічне інтерв'ю для діагностики розладів за посібником DSM-IV (SCID-I). До інтерв'ю нами було включено такі розділи осі I: модуль *A* — афективні розлади; модуль *D* — порушення настрою; модуль *F* — невротичні розлади (включаючи посттравматичний стресовий розлад — ПТСР); модуль *E* — розлади, викликані вживанням алкоголю; модуль *I* — розлади адаптації. Спектр нозологічного охоплення структурованого опитування був визначений з урахуванням класифікаційних розбіжностей та з огляду на найпоширеніші (згідно з результатами попередніх досліджень) психічні розлади, встановлювані серед демобілізованих воїнів, при їх звертанні до спеціалістів у сфері психічного здоров'я (психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів).

Загальна вибірка складала 20 учасників бойових дій на Сході України, які зверталися за амбулаторною та/або стаціонарною психіатричною допомогою. Спочатку лікар-психіатр проводив клінічну бесіду у вільній формі. Її метою була комплексна оцінка психічного стану за всіма сферами із встановленням попереднього, а за можливості — клінічного діагнозу. Після того з інтервалом у 2—4 дні призначали повторну співбесіду зі спеціалістом, сертифікованим у проведенні SCID-I, за результатами якої також встановлювали попередній/клінічний діагноз. Отримані результати було проаналізовано та виявлено викладені далі тенденції та закономірності.

Середні тривалості вільної клінічної бесіди та інтерв'ювання за SCID-I становили  $1,2 \pm 0,5$  год та  $1,7 \pm 0,6$  год відповідно. Результати виявлення порушень афективного спектра (модуль *A*) та розладу адаптації (модуль *I*) за обома методиками не мали значущих відмінностей, тоді як у модулі *D* (порушення настрою) психодіагностика за SCID-I

виявилася чутливішою у діагностуванні дистимії. Якщо в результаті клінічної бесіди цей діагноз було встановлено лише у 2 випадках, то бали, підраховані в процесі структурованого інтерв'ю, дали підставу для констатації дистимії у 4 респондентів. Подібна тенденція була наявна у модулі *E*, в якому кількість діагнозів «зловживання алкоголем» та «алкогольна залежність», встановлених за SCID-I (6 випадків та 3 випадки відповідно), переважала таку за підсумками вільної клінічної бесіди (3 випадки та 2 випадки відповідно). Найбільш суттєві різниці було виявлено у модулі *F*, в якому SCID-I виявив поодинокі випадки аерофобії, батофобії та генералізованого тривожного розладу, не діагностовані при вільній клінічній бесіді. Рівень ПТСР за SCID-I визначено як субпороговий у 4 випадках із 7 через відсутність критерію уникання, тоді як у процесі клінічної бесіди в усіх 7 пацієнтів було констатовано розгорнуту клінічну картину посттравматичного розладу.

Подальші аналіз та адаптація психодіагностичних методик сприятимуть підвищенню якості вітчизняної психіатричної допомоги.

УДК 616.89-008.19:615.851

*Данилов А. С.*

*Незалежна асоціація психотерапевтів (з. Харків)*

**«Многообразие эмоционального влияния.**

**Рождение эмоции из логоса»**

*“Cogito ergo sum.” (Декарт)*

*“Senso ergo sum.” (Автор)*

Весь опыт академической и практической психологии, как и патологии, показывает, что эмоции являются катализаторами различных процессов.

Восприятие, внимание, память, мышление, сознание и т. д. зависят от эмоционального фона, как в норме, так и в патологии, в клинике аффективных расстройств.

С другой стороны, весьма эффективно умелое психическое воздействие с грамотным использованием эмоциональной составляющей, в том числе и в психотерапии.

Достаточно вспомнить об эмоциональном внушении; феномене эмпатии (как саногенного фактора, так и в создании комплаенса); эффекте катарсиса, ведущего к отреагированию. (А. Данилов, 1998). Ранее мы показали роль критического числа пафоса мифологемы, вызывающего явление катарсиса. (А. Данилов, 2005).

Но не только пафос, а формально «холодное», логическое содержание, может, образно выражаясь, посредством сухого, когнитивного материала высечь искру эмоции, из которой возгорится пламя.

Из множества условий хочется отметить содержание в когнитивной структуре истины, как абсолютной, так и конкретной «внутренней правды», актуальной для объекта психического воздействия, порою с использованием влияния на неосознаваемые, глубинные процессы бессознательного психического.

Предложенная гипотеза дает ключ к пониманию различных психических феноменов к созданию конкретных техник психического воздействия, например, плавный переход от когнитивной к эмоциональным разновидностям психотерапии, сочетании внушения с убеждением и рациональными вариантами; грамотное составление психотерапевтического текста, где безукоризненное, формально логическое содержание вызовет множество актуальных эмоциональных процессов.