

которая выступает «ядром» ПТСР, имеют структурно-динамические особенности, специфические именно для этой категории больных. Прежде всего это связано со спецификой «гибридной войны».

Указанные различия требуют дальнейшего тщательного изучения для внедрения профилактических и реабилитационных мероприятий как медико-социального, так и организационного спектра, для предупреждения возникновения и хронизации рассматриваемой патологии.

УДК 616.85-039:615-05:001.8

*Л. Ф. Шестопалова, О. С. Марута*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков*

**Субъективное восприятие автобиографических событий у пациентов с невротическими расстройствами**

Проблема репрезентации жизненного пути личности становится весьма актуальной в современном мире в связи с переломными историческими периодами трансформаций на макросоциальном уровне, сопровождающимися социальной нестабильностью и напряженностью, обуславливающими изменения индивидуальной судьбы. При этом особую важность в теоретическом и практическом отношении представляет изучение жизненного пути и его репрезентации у пациентов с невротической патологией, при которой именно значимые события прошлого и субъективное видение будущего составляют основу психогенного конфликта, в то же время являясь потенциалом его разрешения. Вместе с тем, особенности жизненного пути при различных формах невротической патологии остаются до настоящего времени неизученными.

Вышеизложенное определило цель данного исследования — определить особенности репрезентации субъективной картины жизненного пути больных с различными формами невротических расстройств.

В качестве инструмента применяли методику «Психологическая автобиография». Было обследовано 120 больных невротическими расстройствами, из них 40 — с неврастенией (F 48), 40 — с тревожно-фобическими расстройствами (F 40—41), 40 — с диссоциативными расстройствами (F 44). Контрольную группу составили 40 здоровых лиц без признаков невротической патологии.

Результаты проведенных исследований показали, что для пациентов с невротической патологией характерно снижение общей продуктивности и лёгкости актуализации образов прошлого и будущего. У пациентов с тревожно-фобическими расстройствами и неврастенией показатели продуктивности были ниже, чем при диссоциативных расстройствах. Наряду с этим у этих пациентов отмечалось сокращение времени ретроспекции и антиципации, что указывает на снижение значимости прошлых событий и возрастание — будущих. Наибольшие показатели ретроспекции и антиципации выявлены при неврастении. При тревожно-фобических и диссоциативных расстройствах пациенты проявили психологическую незрелость к разрешению невротического конфликта.

Типологическая структура жизненного пути у пациентов с невротической патологией характеризуется преобладанием событий личностно-психологического и социального типов, что обусловлено высокой зна-

чимостью социальных факторов состояния для этих пациентов. При этом у пациентов с диссоциативными расстройствами чаще встречались события биологического типа, у пациентов с тревожно-фобическими — личностно-психологического типа, а социальные были доминирующими при неврастении.

Полученные данные углубляют существующие представления о личностно-психологических механизмах неврозогенеза и могут быть использованы при проведении психокоррекции у пациентов с невротической патологией.

УДК 616.895.8-06:616-002.5:362.2]

*О. В. Широков*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія», м. Дніпропетровськ*

**Особливості психосоціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з кістковим туберкульозом, в аспекті диференціації підходів до їх психосоціальної реабілітації**

Хворі на тяжкі психічні розлади належать до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз: кількість хворих на активний туберкульоз у психіатричних стаціонарах становить 3—6 %, а серед дорослих пацієнтів психіатричної служби випадки захворювання на туберкульоз спостерігаються у 4—5 разів частіше, ніж у соматичних стаціонарах. Існує і зворотна тенденція: частота психічних захворювань у хворих на вперше діагностований туберкульоз становить 3—4 %. Летальність з приводу туберкульозу у психічних хворих в декілька разів вища, ніж серед загальної популяції населення.

Причини високої захворюваності на туберкульоз у психічно хворих багатогранні: порушення елементарних гігієнічних правил, зниження імунітету, яке пов'язують з неповноцінним харчуванням, відмова від прийому їжі, порушення лікарняного режиму. Крім цього, допускають, що психічні захворювання ослаблюють регуляторну роль центральної нервової системи в складних механізмах імунітету. Так, на туберкульоз частіше хворіють хворі на шизофренію, значно рідше — на іншу психічну патологію. Туберкульоз переважно виникає внаслідок ендогенної реактивації і частіше розвивається на тлі психічного захворювання, а якщо навпаки, то специфічний процес, як правило, має важчий перебіг.

У більшості психічно хворих туберкульоз виникає і розвивається безсимптомно або із слабо вираженими клінічними проявами, що пов'язано з психікою хворих, неспроможністю оцінити перші клінічні ознаки недуги, а також з труднощами їх обстеження. Все це призводить до того, що туберкульоз у хворих дуже часто діагностується в занедбаній формі з бактеріовиділенням (у 60—70 %) і порожнинами розпаду (у 80 %), або з ускладненнями і позалеженними ураженнями.

Якщо питання поєднання туберкульозу легенів, як найбільш розповсюдженої його форми, та психічного розладу іноді стає об'єктом уваги дослідників, то коморбідність інших його форм, зокрема, кісткового туберкульозу, взагалі залишається поза увагою науковців. Між тим, перебіг кісткового туберкульозу обумовлює обмеження можливості пересування й належного рівня психосоціального функціонування (ПСФ) хворих, а в разі поєднання цієї патології з шизофренією — значно збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів, сприяє формуванню синдрому госпіталізму та проявів самостигматизації.