

агресивності були депресивні порушення. Спрямованість агресії та її характер визначалися модальністю депресивного синдрому. Аутоагресивна поведінка у вигляді нанесення самоушкоджень, суїцидальних висловлювань, суїцидальних дій частіше відрізнялася тужливим, пригніченим фоном настрою. При тривозі аутоагресивна поведінка однаково часто зустрічалася з гетероагресивною поведінкою. При дистимії частіше мала місце гетероагресія. Аутоагресія виявлялася нанесенням самопорезів, нанесенням ударів по твердих предметах кулаком, головою і не мала характеру суїцидального, тобто визначалася як самоушкоджуюча поведінка, без наміру вчинити самогубство. В обстежених хворих навіть нанесення тяжких самоушкоджень мало мету полегшення психологічного стану або відходу від уявної небезпеки. Після скоєння аутоагресивних дій, зазвичай, змінювалася модальність депресивних порушень (дисфорія змінювалася астено-депресивним синдромом). Суїцидальна поведінка спостерігалася значно рідше, ніж самоушкоджуюча поведінка. При появі галюцинацій хворі в стані відміни спочатку до них критичні, і поведінка багато в чому визначається реальними подіями. Під час загострення психотичної симптоматики поведінка повністю визначалася галюцинаціями, гострим чуттєвим маренням, афективними порушеннями. Найбільш небезпечними в плані агресивної поведінки в стані алкогольного делірію були страхітливі галюцинації з уривчастими персекуторними ідеями. У низці випадків, захищаючись від переслідувачів, хворий наносив ушкодження різного ступеня тяжкості своїм найближчим родичам, медсестрі, молодшим медпрацівникам. Цікаво зауважити, що при переважанні слухових загрозливих галюцинацій (іноді хворі чули погрози не тільки на свою адресу, але і своїх найближчих родичів) частіше мала місце аутоагресивна поведінка, а при переважанні зорових галюцинацій частіше спостерігалася гетероагресивна поведінка. Спрямованість агресії, поведінкові стереотипи агресивної поведінки залежали від особистості хворого, його індивідуального життєвого досвіду попереднього психозу. У стадії виходу з психозу аутоагресивна поведінка спостерігалася вкрай рідко.

Додатково вивчали відчуття болю та його вплив на суїцидальну поведінку. Було виявлено, що біль був стимулюючим чинником у хворих без психотичних проявів та мало впливав на суїцидальну поведінку при розвитку стану відміни алкоголю з делірієм.

Ретельний аналіз психопатологічної структури стану відміни алкоголю дає можливість прогнозувати і вчасно коригувати аутоагресивну поведінку у хворих с алкогольною залежністю.

УДК 616.45-001.1/3:616.37-002:001.8

Н. В. Кутова

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Стратегії стрес-долаючої поведінки у пацієнтів з хронічним панкреатитом

Рівень стресу, спричиненого хворобою, визначається через міру її впливу на життя людини: прогноз, тривалість, тяжкість соматичного дистресу, соціальні наслідки. Психологічне сприйняття і відповідно відреагування на швидкоминущі коливання самопочуття та відсутність наслідків буде відмінним від ситуації довготривалого зниження працездатності внаслідок ускладнень, обумовлених хворобою, або стрімкого прогресування

недуги і близького летального завершення. Питання копінгу — способу справлятися зі стресом — особливо важливим стає саме для хвороб, які мають значну потенційну загрозу для життя. Хронічний панкреатит (ХП) — це прогностично небезпечне захворювання. Спектр ускладнень ХП, больовий синдром як сильний дистрес-фактор, екзо- та ендокринна недостатність підшлункової залози потребують жорсткого медичного контролю та лікування, що робить прихильність до терапії і копінг-поведінку під час лікувального процесу у пацієнтів з даною нозологією одними з провідних точок прикладення психологічної допомоги.

Метою роботи було — дослідити особливості копінг у пацієнтів з хронічним панкреатитом алкогольної та біліарної етіології.

Для виявлення копінг-механізмів було використано стандартну методику «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса.

У дослідженні взяли участь 147 пацієнтів з ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок та 49 чоловіків, і 140 хворих з ХП, причиною якого було вживання алкоголю — група 2, з них 44 опитувані — жіночої та 96 — чоловічої статі.

Домінуючими копінг-стратегіями у опитуваних, незалежно від нозології, були пошук соціальної підтримки ($6,9 \pm 2,7$ бали у групі 1 та $7,0 \pm 2,9$ бали у групі 2), уникнення ($6,8 \pm 2,8$ та $7,1 \pm 3,2$ бали у групі 1 та 2) та дистанціювання ($6,9 \pm 3,0$ бали у групі 1 та $7,4 \pm 3,0$ бали у групі 2). У жінок превалюючим було застосування зовнішнього ресурсу у вигляді соціальної підтримки, у чоловіків — віддалення від проблемної ситуації (дистанціювання). Пацієнти з АХП більшою мірою були схильні до конфронтації ($5,7 \pm 2,5$ проти $6,8 \pm 2,9$ бали), дистанціювання ($6,9 \pm 3,0$ проти $7,4 \pm 3,0$ бали), уникнення ($6,8 \pm 2,8$ проти $7,1 \pm 3,2$ бали), тоді як хворі з БХП виявили тенденцію до частішого використання конструктивних видів копінгу — самоконтролю ($6,6 \pm 2,9$ проти $6,3 \pm 2,6$ бали) та прийняття відповідальності ($6,4 \pm 2,7$ проти $5,5 \pm 2,2$ бали).

Вибір стратегій уникнення та дистанціювання у разі хронічного захворювання можна вважати неефективним у зв'язку з постійним зіткненням зі стресовим фактором, тривалим перебуванням у психологічно напруженій ситуації, яка потребує стабілізації психоемоційного стану за рахунок пошуку та реалізації нових форм поведінки. Звернення за соціальною підтримкою дійсно може служити потужним ресурсом, однак варто пам'ятати також і про ймовірність негативного впливу внаслідок недостатності інформаційного досвіду чи адекватності оточення.

Виявлені відмінності у копінг-стратегіях пацієнтів з різними нозологічними формами хронічного панкреатиту надали важливу інформацію для визначення мішеней медико-психологічного впливу та побудову диференційованої програми медико-психологічної допомоги хворим даного профілю.

УДК 616.831-053.81:616.134.9/.93]-005-036-092-085

Н. С. Куфтеріна

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Клініко-діагностичні аспекти вертеброгенних цервікокраніалгій у осіб молодого віку

Головний біль і біль в шії є одними з найбільш розповсюджених скарг серед пацієнтів молодого віку. Як правило, вертеброгенні цервікокраніалгії починаються