

кортизола остались підвищеними. После проведенного лечения 36 человек (90 %) были выписаны с улучшением: прошли жалобы, нормализовался фон настроения, возобновилась активность, нормализовался сон, 4 человека (10 %) выписаны с нестойким (медикаментозным) улучшением, 32 больным (80 %) было назначено продолжить прием антидепрессантов. Всем больным были даны рекомендации по аутогенной тренировке, психофизической гимнастике. 28 больным (70 %) были даны рекомендации по нормализации семейной, социальной, профессиональной обстановки. Всем больным было рекомендовано консультативное наблюдение у психиатра, 18 человек (45 %) уже наблюдались у психиатра до обращения по поводу ПТСР.

Диагностические критерии ПТСР давно известны, но удалось показать особенности пребывания в зоне проведения АТО. Выявлены особенности диагностики и лечения больных. Результаты исследования могут быть интересны врачам-психиатрам и медицинским психологам.

УДК 616.892-07-036.65:001,8

Блажевич Ю. А.

*Территориальное медицинское объединение
«Психиатрия» в г. Киеве (г. Киев)*

**Частота рецидивов и динамика
клинической представленности психозов
после первого психотического эпизода
по данным катamnестического исследования**

Целью исследования было изучение частоты рецидивов после первого приступа психоза, а также динамики клинической картины заболевания при последующих приступах. Изучалась связь указанных проявлений в зависимости от нозологической принадлежности заболевания, степени эффективности терапии на момент окончания курса стационарного лечения первого психотического эпизода, а также в зависимости от соблюдения пациентом комплаенса (выполнения рекомендаций по поддерживающей терапии).

Клинико-катamnестические исследования проводились на базе Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве при первом и последующих поступлениях пациентов на стационарное лечение, а также по данным медицинской документации других психиатрических отделений, включая амбулаторные учреждения. Длительность катamnеза — до пяти лет.

Использовали следующие методы исследования: клиническо-психопатологический, клинико-анамнестический, катamnестический, психопатологический (ММРІ, тест Люшера, методика «Исключение лишнего», «Пиктограмма» шкала Гамильтона, таблицы Шульце, др.), параклинический (ЭЭГ, КТ, МТР), математико-статистические методы (корреляционный и факторный анализы).

Исследовано 202 случая первого психотического эпизода: 104 случая у мужчин, 98 — у женщин. Средний возраст на момент первого психотического эпизода у мужчин составил 27,2 года, у женщин — 31,6 года.

Установлено наличие аффективной симптоматики при первом психотическом эпизоде в 82 % случаев у женщин и в 78 % — у мужчин. Почти одинаково часто у пациентов обоих полов (соответственно, 18 % женщин и 17,5 % мужчин) на этапе дебюта заболевания расстройством аффекта были ведущими проявлениями заболевания, маскирующими расстройством восприятия и мышления. Следует отметить, что число пациентов, завершивших полный курс стационарного лечения при первом эпизоде пси-

хоза, составил 76 %. Нон-комплаенс в течение 3 месяцев и более достиг среди пациентов с психозами всех типов более половины случаев (68 %). Наиболее высоким он был в группе пациентов с преобладанием маниакальной либо маниоформной симптоматики — 94 %, при собственно психотических нарушениях (галлюцинаторно-параноидная симптоматика) — 55 %, в случаях превалирования депрессивной симптоматики нон-комплаенс составил 24 %. Лица женского пола следовали рекомендациям врачей приблизительно в четверти случаев добровольнее.

Полученные данные дают дополнительный клинический материал о структуре психоза и его динамике на современном этапе, а также о частоте рецидивов и их связи с приемом поддерживающей терапии. Разработаны эффективные методы психофармакотерапии первого психотического эпизода; программы первичной и вторичной профилактики рецидивов.

УДК 614.23:616.89-08.48

Васильева Г. Ю.

*Донецкий национальный медицинский университет
МОЗ України (м. Краматорськ)*

**Особенности реализации копинг-поведінки
в професійній діяльності медичних працівників
онкологічного профілю з різним рівнем
емоційного вигорання**

Проблема емоційного вигорання та формування стратегій подолання професійного стресу в онкології набуває все більшої актуальності на сучасному етапі розвитку медицини, оскільки значна частина висококваліфікованих медичних працівників онкологічного профілю мають низький рівень стресостійкості, схильні до формування емоційного вигорання та неадаптивних стратегій копинг-поведінки.

Нами було проведено дослідження 100 медичних працівників онкологічного профілю та оцінено рівень емоційного вигорання (за методикою діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко) та ступінь використання ними стратегій подолання професійних стресових ситуацій (за методикою «Копінг-тест Лазаруса»).

Різного ступеня виразності ознаки синдрому емоційного вигорання (ЕВ, Z 73.0) спостерігалися нами у $86,0 \pm 3,5$ % досліджених медичних працівників — $38,4 \pm 5,3$ % лікарів і $61,6 \pm 5,3$ % медичних сестер.

На стадії формування першої фази ЕВ «Напруження» перебували $20,9 \pm 4,4$ % медичних працівників онкологічного профілю. Серед стратегій подолання стресу, що переважали, виявилася стратегія «Планування рішення проблеми», яка передбачає спроби подолання проблеми з використанням цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії розв'язання проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів. У $40,7 \pm 5,3$ % осіб із повністю сформованою фазою «Напруження» домінувала стратегія «Пошуку соціальної підтримки» — спроби вирішення проблеми через залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошук інформаційної, емоційної і дієвої підтримки, орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, ради, співчуття.

Формування другої фази ЕВ «Резистенція» виявлено у $52,3 \pm 5,4$ % медиків с провідною стратегією «Самоконтролю», яка передбачає спроби подолання негативних переживань завдяки цілеспрямованому придушенню і стримуванню емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль по-