

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-анamnестический, 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 составлял 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-

ведінки, прагнення до самовладання. У $47,7 \pm 5,4$ % осіб зі сформованою фазою «Резистенція» найбільш типовою виявлялася стратегія «Конфронтації», яка характеризувалася прагненням до не завжди цілеспрямованої поведінкової активності із наявністю агресивних тенденцій, спрямованих на зміну ситуації, що припускає певну ступінь ворожості і готовності до ризику.

У $33,7 \pm 5,1$ % медпрацівників виявлено формування третьої фази ЕВ «Виснаження» з переважанням стратегії «Дистанціювання», які демонстрували спроби подолання негативних переживань через суб'єктивне зниження значущості проблеми та ступеня емоційної залученості в неї з використанням інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги та відсторонення. У $19,8 \pm 4,3$ % фаза «Виснаження» була повністю сформованою з провідною стратегією «Втечі-уникнення», яка передбачає реагування за типом ухилення: заперечення або повне ігнорування проблеми, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, вживання алкоголю з метою зниження болісного емоційного напруження.

Подібний розподіл фаз у структурі синдрому емоційного вигорання та домінуючих стратегій копінг-поведінки у медичних працівників онкологічного профілю свідчить про переважання психологічного захисту у вигляді редукції професійних обов'язків та розширення сфери економії емоцій, та є додатковим провокуючим чинником для розвитку психогенних психічних розладів у хворих на злякисні новоутворення.

УДК 616.89-008.19159.93-054.72

Венгер О. П.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Клінічні особливості суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади

Проблема еміграції та рееміграції в Україні є однією з найактуальніших державних та суспільних проблем. При оціночній кількості українських мігрантів у 6,5—7 млн осіб, еміграція має постійну тенденцію до збільшення. Сьогодні міграцію розглядають як один з факторів, що впливає на стан психічного здоров'я населення. У структурі особистості емігрантів виявляються емоційна нестійкість, тривожність, соціальна інтроверсія, конформність на поведінковому рівні, підозрливість, слабка інтеграція особистісних рис у вигляді емотивності та фрустрованості, низький рівень фрустраційної толерантності. У низці досліджень висувалася гіпотеза про існування особливого «міграційного» психотипу, який є ядром комплексу причин (зокрема неусвідомлюваних), що спонукають людину реалізувати рішення про еміграцію. При цьому інші дослідники зауважують, що не існує універсальних характеристик людини або набору певних рис, які б сприяли процесу адаптації до будь-якої культури.

Метою дослідження було вивчення особливостей суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів порівняно з не емігрантами. Для цього за допомогою методики «Рівень суб'єктивного контролю» було проведено обстеження 196 осіб, які щонайменше протягом останнього року проживали за межами України і планували найближчим часом повернутися за кордон (емігранти), 191 осіб, які не менше року проживали за межами України і протягом останнього року повернулися для постійного проживання

в Україну (реемігранти) та 198 осіб, які постійно проживають в Україні, і ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання (не емігранти). Усі обстежені хворі перебували на лікуванні в Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2010—2014 років, їм був встановлений остаточний клінічний діагноз депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10. Психогенні депресивні розлади (коди за МКХ-10 F43.21 та F43.22) встановлені у 69 не емігрантів, 68 емігрантів та 67 реемігрантів, ендогенні (коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1 та F33.2) — відповідно у 65, 66 та 63 осіб, органічні (код за МКХ-10 F06.3) — відповідно у 64, 62 та 61 осіб; розбіжності не значущі.

Нами виявлено, що емігрантам, хворим на психогенні депресивні розлади, притаманне зміщення локус-контролю з тенденцією до інтерналізації в сферах досягнень, невдач, в сімейних, трудових, міжособистісних відносинах, та слабкої екстерналізації — щодо здоров'я і хвороби. У реемігрантів, на відміну від емігрантів, виявлено зміщення локус-контролю у бік екстерналізації в сфері досягнень, в сімейних відносинах, в сфері трудових відносин, міжособистісних відносин, і в бік інтернальності — в сфері невдач та щодо здоров'я і хвороби.

Отже, емігрантам притаманний найвищий рівень суб'єктивного контролю і переважання інтернального типу контролю як у загальній інтернальності, так і в сферах досягнень, невдач, сімейних, трудових, міжособистісних відносин. Натомість, для реемігрантів типовим був екстернальний тип внутрішнього контролю, як загалом, так і у сферах досягнень, сімейних, трудових, міжособистісних відносин; при цьому в сфері досягнень реемігранти виявляють інтернальний тип суб'єктивного контролю. Як емігрантам, так і реемігрантам притаманний екстернальний тип суб'єктивного контролю щодо здоров'я і хвороби, що свідчить про пасивне ставлення до хвороби.

УДК 616.891.8-08

Георгиевская Н. В.

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

Психотерапевтическая помощь замужним женщинам при различных формах сексуальной дезадаптации

Невротические расстройства у женщин часто сопровождаются сексуальными расстройствами, по данным различных авторов это составляет от 40 до 80 % случаев всей патологии. Данные нарушения нередко приводят к снижению репродуктивной функции и распаду брака. Нами было проведено системное исследование сексуальной дезадаптации супружеской пары при невротическом расстройстве у жены, результаты которого послужили основанием для разработки системы патогенетически направленной психотерапии.

Предложенная нами система психотерапевтической коррекции состояла из четырех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), поведенческого и личностного. При этом проводимые психотерапевтические мероприятия адресуются к трем подсистемам личности супругов — интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной.

Разработанная система психотерапии была проведена нами 250 супружеским парам с сексуальной дезадаптацией, в которых жены страдали невротическим расстройством (неврастенией, смешанным диссоциативным и обсессивно-компульсивным расстройством, ипохондрическим расстройством).