

екзистенційні потреби не лише для себе, але й для інших спільнот у світі, застосування екзистенційного підходу є особливо актуальним. До того ж, дослідження ефективності психотерапії під час стаціонарного лікування на ґрунті екзистенційного підходу можуть мати високу дискримінаційну вагомість завдяки їхньої доказовості.

Використання цього психотерапевтичного методу у пацієнтів саме з тривожно-астенічними розладами є доцільним з огляду на значну розповсюдженість цієї патології, важкість суб'єктивного страждання зі зниженням якості їхнього життя і соціального функціонування, прогресуючий перебіг у 70 % хворих і часту резистентність до фармакотерапії. Емпіричні й наукові спостереження підтверджують міцний зв'язок тривожної симптоматики з соціальними настановами, притаманними сучасному суспільству: культ успіху і високих досягнень, сили й конкурентності тощо. Основні психологічні змісти тривожних розладів змінюються залежно від специфічних конфліктів й системи цінностей тієї чи іншої культури. Тому поєднання стандартизованих методів лікування з екзистенційною психотерапією стає методом вибору у багатьох випадках. Екзистенційно-аналітичний психотерапевтичний вплив спрямований на актуалізацію екзистенційних параметрів, усунення блоkad фундаментальних мотивацій, що призводить до зменшення вираженості психопатологічних проявів, зниження рівня особистісної та реактивної тривожності, відновлення механізмів саморегуляції, формування відчуття самоцінності і мотивації до змін наявних неконструктивних стилів поведінки.

УДК 613.865

Заворотний В. І.*, **Соколова І. М.****

**Військово-медичний клінічний центр Північного регіону
МО України (м. Харків)*

***Українська інженерно-педагогічна академія (м. Харків)*

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців Збройних Сил України

Інформаційно-психологічна складова «гібридної» війни, що ведеться проти нашої держави, має на меті навмисне і цілеспрямоване погіршення стану здоров'я всього населення нашої країни. Внаслідок бойових дій щодня зростає кількість загиблих, поранених, кількість людей, які змушені залишити свої домівки, стати біженцями. Ці події виявились страшним випробуванням не тільки для соматичного, а й для психічного здоров'я нашого народу, про що свідчить, зокрема, стало високий рівень поширення адаптаційних та посттравматичних стресових розладів, а також депресій.

На сьогодні, серед військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ), які брали участь в антитерористичних операціях, збільшилася кількість тих, хто страждає на бойовий стрес. Але військова медицина виявилась не в змозі організувати якісне надання допомоги значній кількості військовослужбовців — учасників бойових дій з бойовим стресом. Розроблення системи превентивної реабілітації військовослужбовців ЗСУ з бойовим стресом в умовах збройних конфліктів має велике практичне значення у розв'язанні багатьох завдань, що виникли перед військовою системою охорони здоров'я в останній рік. Серед численних наслідків (економічних, політичних, соціальних тощо), які будь-яка війна приносить суспільству, не менш важливими є і психологічні. Через жерло армії, яка бере участь у війні, проходять сотні тисяч психічно та фізично здорових людей, які після демобілізації повертаються в мирне життя, приносячи з собою всі особливості

мілітаризованої свідомості і здійснюючи суттєвий вплив на розвиток соціуму.

Клінічна картина психічної патології в цих контингентах виражена широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів — від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології, серед яких переважають посттравматичні стресові розлади (F43.1) та розлади адаптації (F43.2).

Метою нашого дослідження є розроблення принципів терапії та критеріїв діагностики ПТСР у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях на сході України, на ґрунті вивчення клініко-психопатологічних і патопсихологічних механізмів його формування. Було обстежено 112 військовослужбовців з ПТСР, які складуть основну групу обстежуваних. Як контрольна група обстежено 47 військовослужбовців ЗСУ з невротичними розладами, які не брали участь у бойових діях.

Виявлені особливості бойової психічної травми у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях на сході України, що дозволяють проводити їх диференційовану діагностику на госпітальному етапі. Описано варіанти і форми посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях, що дасть можливість більш ефективно прогнозувати і планувати заходи соціально-психологічної реабілітації в умовах багатопрофільного госпіталю.

На ґрунті отриманих даних науково обґрунтований вибір терапії посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях на сході України, розроблена модель діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців ЗСУ.

УДК 616.895.4-008.441.44-053.8-092-08-039.71

Зеленська К. О., **Зеленська Г. М.**

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Сучасна модель формування суїцидальної поведінки

Одним з найбільш драматичних медико-соціальних наслідків депресивних розладів є суїцид. У сучасних дослідженнях встановлено, що саме депресивним розладам притаманний найбільш високий суїцидальний ризик серед усіх психічних та поведінкових розладів.

Нами у процесі роботи з метою вивчення особливостей формування суїцидальної поведінки в осіб молодого віку з депресивними розладами було проведено комплексне обстеження 147 хворих на депресивні розлади різного генезу з ознаками суїцидальної поведінки.

Отримані у процесі роботи дані дозволили нам розробити модель формування суїцидальної поведінки в осіб молодого віку з депресивними розладами.

Як показали результати нашого дослідження, прогностично значимими у формуванні суїцидальної поведінки є тривожний та астенічний варіанти депресивних розладів, високий показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Маркерами суїцидального ризику для хворих на депресивні розлади молодого віку є високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, клінічні прояви тривоги і депресії (за Госпітальною шкалою), важка тривога і депресія (за шкалою Гамільтона), великий депресивний епізод (за шкалою Монтомері — Асберга).

Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішнього напруження з неможливістю розслабитися, імпульсивність, проблеми міжособистісних комунікацій, відсутність метаболічного ресурсу для подолання психотравмуючої ситуації.

Тригерами суїцидальної поведінки є фрустрації значимих базових потреб, охоплення переживаннями гострого горя зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості, оцінкою ситуації, що склалася як безвихідна, втрата цільових настанов особистості, вживання алкоголю, можливий дисбаланс у системі АСР 1 — ген/продукт.

На ґрунті отриманих у процесі роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади молодого віку. В основу програми покладено принципи комплексності, системності, етапності та диференційованого підходу до психопрофілактичних заходів.

УДК 616.89-008.441-06:[616.44+616.453]-07

Іщук В. В.

*Український науково-практичний центр
ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів
і тканин МОЗ України (м. Київ)*

Патоконативний компонент психоендокринного синдрому у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози та наднирників

За результатами компаративного аналізу показників рівня агресивності (тест Басса — Даркі, Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) та імпульсивності (шкала імпульсивності Плутчика — Impulsiveness Scale, IS) у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори наднирників із психоендокринним синдромом встановлено такі медично-психологічні та патоперсоналогічні характеристики:

— при гіпотиреозі відзначено поєднання низького рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 22,11 \pm 0,29$), високих рівнів (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) дратівливості (0,804), негативізму (0,804), образи (0,776), підозрілості (0,804) та почуття провини (0,774);

— при гіпертиреозі — поєднання високого рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 41,0,7 \pm 0,47$), високих рівнів (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) фізичної (0,723), опосередкованої (0,791) та вербальної (0,928) агресії;

— при гіпокортицизмі — поєднання низького рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 16,12 \pm 0,18$) та високого рівня (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) образи (0,898);

— при гіперкортицизмі — поєднання середнього рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 26,04 \pm 0,27$), високих рівнів (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) дратівливості (0,735), негативізму (0,828) та почуття провини (0,767).

Встановлено, що у хворих із психоендокринним синдромом патоконативний компонент має нозологічно диференційовану структуру та характеризується:

— при гіпотиреозі — поєднанням низького рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму, образи, підозрілості та почуття провини;

— при гіпертиреозі — поєднанням високого рівня імпульсивності, високих рівнів фізичної, опосередкованої та вербальної агресії;

— при гіпокортицизмі — поєднанням низького рівня імпульсивності, та високого рівня образи;

— при гіперкортицизмі — поєднанням середнього рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму та почуття провини.

УДК 616.616.89.004.12:616-022.36

Кирилюк Н. П.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Роль специфічних для ВІЛ-інфікованих пацієнтів стресорів у психогенезі депресії

Найбільш частим психічним розладом у ВІЛ-інфікованих є депресія, яка спостерігається, за даними різних авторів, у 15—40 % пацієнтів (Смулевич А. Б., 2003; Pence B. W., Miller W. C., Whetten K., Eron J. J., Gaynes B. N., 2006; Жабенко Н. Ю., 2012). На підставі мета-аналізу опублікованих досліджень Ciesla і Roberts (2001) повідомили, що у людей з ВІЛ вірогідність діагностування депресії в два рази більша ніж у загальній популяції. Проводячи медико-психологічне обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів, важливо відстежувати формування депресивної симптоматики у взаємозв'язку з переживанням специфічних для таких хворих стресорів: тестування на ВІЛ, діагностування ВІЛ-інфекції, визначення вірусного навантаження та кількості CD₄-клітин, вперше виявлена опортуністична інфекція, перша госпіталізація, несприятливий результат лікування, необхідність залишити свою роботу через хворобу тощо.

Метою нашої роботи було дослідити взаємозв'язок депресивної симптоматики з динамікою переживань специфічних стресових подій у пацієнтів з ВІЛ.

Було обстежено 68 ВІЛ-інфікованих пацієнтів Вінниці та Вінницької області з діагностованими І—ІІІ клінічними стадіями ВІЛ-інфекції. Використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичні (шкала депресії Бека, шкала тривоги Спілбергера — Ханіна), статистичний методи. Серед обстежених було виокремлено групу пацієнтів у кількості 28 (41,18 %), що перебували у процесі адаптації до одної або декількох стресових ситуацій, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, а саме: встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, вперше виявлені опортуністичні захворювання, призначення антиретровірусної терапії, несприятливий результат лікування, виникнення виражених побічних ефектів терапії. Стресова ситуація відображалася у висловлюваннях та переживаннях пацієнта як домінуюча.

За клінічними характеристиками та даними психодіагностичної шкали депресія була виявлена у 20 пацієнтів (29,4 %) загальної вибірки. Пацієнти першої групи, які на момент дослідження переживали кризу, пов'язану з впливом специфічного для ВІЛ-інфекції стресора, отримали результати $24 \pm 10,3$ бали за шкалою депресії Бека. Пацієнти другої групи, що не були дезадаптовані новими ВІЛ-стресорами протягом останніх 6 місяців, отримали середній результат $15,4 \pm 8,6$ бали за шкалою Бека. Серед першої групи депресивні розлади були діагностовано у 11 (39,3 %) пацієнтів, серед другої — у 9 (22,5 %). Рівень реактивної тривожності пацієнтів першої та другої груп склав $52,3 \pm 9,6$ та $44,5 \pm 10,2$ відповідно.

Депресивні розлади в поєднанні з переживанням чергових проблем, пов'язаних з перебігом ВІЛ-інфекції, супроводжувались у обстежених пацієнтів зниженим відчуттям самоцінності, пасивністю перед лицем своїх проблем, безсиллям, безнадією, перекладанням відповідальності за свої негаразди на ВІЛ.

Отже, у дослідженні була показана залежність показників депресивності та реактивної тривожності від гостроти процесу адаптації до специфічних ВІЛ-стресорів.

Пацієнти, що переживають психологічну кризу, пов'язану з фізичними, психологічними та соціальними