

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