

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

наслідками ВІЛ, потребують особливої уваги з боку медичних психологів, психіатрів та психотерапевтів для вчасного діагностування депресивних та тривожних розладів й запобігання їх негативним наслідкам (таким як самогубство, істотне зниження якості життя, втрата працездатності, соціальної активності).

УДК 616.89-08-039.76-085.851

Кожина А. М., Гайчук Л. М.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Психосоціалізація в умовах гібридної війни

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації проявляються переважно емоційними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах екстремальних подій.

В сучасних умовах гостро відчувається необхідність розроблення комплексних терапевтичних та реабілітаційних програм для осіб, що перенесли екстремальні події. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психосоціалізація втручання.

У процесі роботи нами розроблена та апробована програма психосоціалізаційної роботи з хворими на ПТСР та розлади адаптації, яка становить комплексну, поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, що займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

В основу психосоціалізаційної стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про ПТСР; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Під час проведення психосоціалізаційної роботи ми використовували такі методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Відповідно до отриманих у процесі роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психосоціалізаційних заходів, спостерігалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоційного стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Отже, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії та реабілітації хворих на ПТСР та розлади адаптації який включав в себе психотерапевтичну терапію у поєднанні з психосоціалізаційними тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих. Це, в свою чергу, свідчить про те, що психосоціалізація не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й розв'язує проблему соціальної реінтеграції хворого.

УДК 616.85-06:616.89-07-08-084(477)

*Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О.
Харківський національний медичний університет*

Система раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, оцінка її ефективності

Мета роботи — розробити патогенетично обґрунтовані системи корекції та психопрофілактики посттравматичних стресових розладів та реабілітації хворих на ґрунті вивчення особливостей клінічної картини та закономірностей формування в сучасних умовах.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 255 хворих, обох статей (158 чоловіків і 97 жінок), у віці 20—55 років, з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та невротичними, пов'язаними зі стресом депресивними розладами, в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний з використанням шкали клінічної діагностики ПТСР — Clinical-Administered Ptsd Scale, CAPS (Weathers, Litz, 1994; Blake, 1995), шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події — Impact of Event Scale-Revised, IOES-R (Horowitz, Wilner et al., 1979); Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій у військових; клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 Г. П. Пантелеєвою, 1988 (HDRS); шкали Монтгомери — Асберга (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 Guelfi G. D., 1993 (MADR); методик «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001); «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г. Я., 2004); дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого H. Mezzich, Cohen, Ruizperez, Liu & Yoon, 1999, у модифікації Марути Н. О., 2004; шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale); клініко-біохімічний: методом імуноферментного аналізу (ELISA) визначали концентрацію серотоніну в плазмі крові за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE59121, концентрацію мелатоніну в плазмі крові — за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE54021, концентрацію адреналіну в плазмі крові за допомогою набору IBL (Німеччина) RE5925.

Встановлено, що клінічна картина ПТСР представлена тривожним (32,5 %), астеничним (24,1 %), дисфоричним (18,4 %), іпохондричним (15,2 %), соматоформним (4,5 %) та змішаним варіантами (5,3 %).

Посттравматичний стресовий розлад характеризується високим рівнем суїцидального ризику — 35,2 % хворих здійснили суїцидальні спроби, у 41,1 % відзначалися суїцидальні рішення та наміри, у 23,7 % — пасивні та активні суїцидальні думки. Модель формування суїцидальної поведінки хворих на ПТСР представлена комплексом патогенних чинників. Прогностично значимими у формуванні суїцидальної поведінки є тривожний та астеничний варіанти ПТСР, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяженим суїцидологічним анамнезом. Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішнього напруження,