

УДК 616.45-001.1/3-06-003.96:615.851

**Артохова В. В.**

*Харківський національний університет Повітряних Сил  
імені Івана Кожедуба (м. Харків)*

**Особливості травматичного досвіду учасників  
бойових дій, напрямки його психокорекції**

Для сучасної вітчизняної медичної психології та психотерапії проблема дослідження психологічних наслідків участі військовослужбовців в антитерористичній операції на Сході країни є однією з найактуальніших. Відомо, що війна накладає відбиток на все подальше життя людини, оскільки травматичний досвід може проявлятися через десятки років у вигляді негативних особистісних характеристик учасників бойових дій та наростання посттравматичної симптоматики (О. Краснова, 2004). Варто зазначити, що ефекти травмизації поширюються не тільки на безпосередні жертви військових конфліктів, але й їхні родини та близьке оточення.

Бойова обстановка характеризується сильним, різноплановим психотравмуючим впливом на різних рівнях особистості: біохімічному, психофізіологічному, емоційному, когнітивному, особистісному та соціальному. Медично-психологічні наслідки цього впливу можуть проявлятися у неврозоподібних порушеннях, соматовегетативних, емоційно-вольових розладах, приступах паніки, фобіях, антисоціальній, суїцидальній, агресивній поведінці та інших розладах поведінки психогенного походження (Л. Шестопалова, 2014).

Психіка учасників бойових дій трансформується під потреби війни, адаптується до них. Найбільша проблема, яка виникає у демобілізованих військовослужбовців — це проблема соціальної дезадаптації, що проявляється у соціально-психологічній ізоляції, стані фрустрованості і пригніченості, неадекватності комунікативних навичок, поведінкової дезорганізації, внутрішній скутості і відчуженості. Людина, яка брала участь у військових операціях, здебільшого, прийшла з війною в мирне життя, вона керується нормами та цінностями військового часу, її дратує дозвільний спосіб життя навколо, вона не спроможна відчувати задоволення від звичайних людських радощів та відчуває втрату сенсу життя. Відсутність життєвого сенсу, неможливість його реалізувати викликає у особи відчуття порожнечі, вакууму, що може стати причиною розвитку ноогенного неврозу. Отже, бойові психічні травми спричиняють порушення самосвідомості та зміну смислової сфери особистості, через що людина відчуває бажання дисоціюватися від власного травматичного досвіду, забути його.

У вітчизняних і зарубіжних дослідженнях показано, що наслідки бойової травми можуть мати позитивний характер і проявлятися у вигляді певної життєвої мудрості, унікальної системи моральних цінностей і значного конструктивного потенціалу. Визначено, що наявність постійної небезпеки, ризику сприяє більш серйозному, філософському ставленню до життя, глибинному розумінню життєвих цінностей, підвищенню самостійності, самоповаги й активності.

Складні та різноманітні психопатологічні порушення, що виникають внаслідок впливу психотравмуючих стресових обставин бойових дій на особистість військовослужбовця, потребують розробки нових підходів до їх психокорекції. Психокорекційну роботу доцільно спрямовувати на актуалізацію наявних у людини психологічних і психофізіологічних ресурсів, а також когнітивну переробку травматичної події та її адекватне включення у смисловий контекст загального досвіду особистості.

УДК 616.89-008+159.96:355.01(477.62)

**Березовский В. Н.\*; Панченко О. А.\*\***

*\*ГУ «Научно-практический медицинский  
реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»  
(г. Константиновка);*

*\*\*Всеукраинская профессиональная психиатрическая лига  
(г. Киев)*

**Посттравматическое стрессовое расстройство  
в зоне проведения антитеррористической  
операции**

Целью исследования было изучение особенностей диагностики и лечения больных посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) в зоне проведения антитеррористической операции (АТО). Исследование проводили в рамках программы МЗ Украины «Диагностика, лечение и реабилитация посттравматических и тревожных расстройств, обусловленных социально-стрессовыми факторами, у населения в зоне проведения антитеррористической операции» на базе дневного стационара психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». Было пролечено 40 человек с проявлениями ПТСР (F43.1), из них женщин — 33, мужчин — 7. В исследовании применяли клинический, психологический, нейрофизиологический, лабораторно-иммунологический, статистический методы.

Критерий А был выявлен у всех больных, но значимость травматического события индивидуальна: у одних — это недавняя гибель в ДТП мужа и единственного ребенка, у других — смерть близких родных, иногда отдаленные (до 5 лет). Для одной больной был значимым тот факт, что она видела, как над домом пролетел военный самолет. Некоторые больные не могли четко указать на травматические события и психотравматической была сама обстановка на территории АТО. Были больные, которые побывали под обстрелом, но большая часть больных не были в боевой обстановке. Ни в г. Константиновке, ни в районе военных действий не велось. У части больных имела место коморбидная психическая патология — в 58 % случаев. Это — органические расстройства головного мозга (F06 и F07), расстройства личности (F60), которые, наверняка, снизили эмоциональную устойчивость больных к стрессу. Критерий В («вторжения») — наблюдался у 83 % больных. Критерий С («избегания») имел место у 35 % больных. Критерий D («гиперактивация») — наблюдался у 95 % больных. Критерий E наблюдался в 100 % случаев. То есть, все больные обратились за помощью через 1 месяц и более после пережитого травматического события. Период острой травмы у пациентов на тот момент был пройден, наблюдались результаты личностной переработки события, чаще в виде депрессивных проявлений. Критерий F наблюдался в 70 % случаев, имели место нарушения адаптации в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности.

Лечение осуществляли в соответствии с унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Реакция на тяжелый стресс и реакция адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство» (Приказ МЗ Украины № 121 от 23.02.2016). Лечение состояло из психофармакотерапии, симптоматического лечения, физиотерапии, психотерапии.

Интересны иммунологические исследования (кортизол): выявлено повышение у 32 больных (80 %), после лечения показатели нормализовались. У 8 человек (20 %) показатели

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, патопсихологический (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-