

точні події, що супроводжувалися емоційними симптомами, як-от тривога, панічні атаки, неадекватна емоційна реакція, дратівливість, спалахи гніву, емоційні спалахи, зниження концентрації уваги, ідеї безвиході, ідеї самозвинувачення, емоційна лабільність, ажитація, втрата контролю над емоціями, нав'язливі думки (суїцидального змісту).

На ґрунті отриманих даних створена система спеціалізованої медичної допомоги, що становить комплекс медико-психологічних заходів, розроблених з урахуванням впливу біопсихосоціальних чинників в генезі постстресових розладів, спрямованих на попередження або усунення клініко-психопатологічної симптоматики та психосоціальної дезадаптації, забезпечення гідного рівня соціального функціонування пацієнтів в повсякденних умовах життя.

УДК 616.89-02:616.831-001.31-036/6:340.63-039.76

Живілова Я. С.

ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро)

Організація психосоціальної реабілітації у хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом

На сьогодні в світі простежується стійка тенденція до зростання захворювань психіки. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), психічними захворюваннями в світі страждають більше 450 млн людей. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року психічні розлади вийдуть на одне з перших місць в структурі захворюваності. При цьому в структурі захворюваності істотно місце займають порушення психіки органічного, зокрема травматичного генезу.

Проблема зниження суспільної небезпеки хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом до теперішнього часу є далекою від вирішення. Це зумовлює необхідність розробки принципів побудови ступеневого процесу відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням психічного стану, особистісних характеристик, макро- і мікросоціального оточення і адаптаційно-компенсаторного потенціалу цих осіб.

В теперішній час основним критерієм ефективності лікувально-реабілітаційних програм вважають ступінь здатності пацієнтів самостійно виконувати навички забезпечення життєдіяльності, зберігати і підвищувати рівень соціального функціонування (СФ) й якості життя. Виходячи з цього, треба здійснювати оцінку рівня дисфункції у різних сферах СФ таких осіб, які мають бути мішенями впливу при побудові програм медико-психологічної реабілітації. Важливою метою при цьому, безперечно, є зниження вірогідності вчинення такими пацієнтами суспільно небезпечних дій (СНД) в майбутньому.

При цьому важливим є ідентифікація стану емоційної сфери цих хворих, адже саме емоційні порушення є підґрунтям здійснення суспільно-небезпечних дій.

На базі ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро) проведено дослідження 90 хворих з органічними ураженнями головного мозку, які скоїли тяжкі і особливо тяжкі СНД (проти життя та здоров'я особи).

Практично всі хворі на органічні ураження головного мозку, що скоїли СНД, мали дуже низький рівень соціального функціонування. Це суттєво обмежувало можливість ведення соціально-конгруентного способу життя.

Це зумовлювало вибір найбільш важливих мішеней психотерапевтичної інтервенції, а саме: життєдіяльність

та працездатність, соціально-побутова сфера та емоційні відносини сімейного життя.

Абсолютно безумовним є урахування стану емоційної сфери, а саме рівня депресії і тривоги, особливо дисфорично-експлозивних їх варіантів.

Значна дисфункція в усіх сферах соціального функціонування суспільно небезпечних хворих на органічні ураження головного мозку зумовлює нагальну потребу у формуванні медико-психологічних реабілітаційних програм, спрямованих на оптимізацію рівня соціального функціонування.

Отримані дані зумовили включення до системи психотерапії елементів когнітивно-поведінкового тренінгу щодо корекції міжособистісних відносин.

Наступним напрямком реабілітаційної роботи був асертивний тренінг, спрямований на стимулювання рівня інформованості, формування відповідних інтересів, спілкування, що у цього контингенту хворих є досить обмеженими.

Отже, треба враховувати низький ресурс психосоціальної адаптації у цих пацієнтів. Тому мають бути визначені мішені для відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням можливостей фармакотерапії та психотерапії.

УДК 616.89-008.441-072.87-085.851+159.923

Забор В. С., Фільц О. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

Екзистенційний підхід як метод діагностики і психотерапії у пацієнтів з тривожно-астенічними розладами

Протягом останнього десятиріччя вимоги та психологічне навантаження на населення через дію різноманітних стресогенних чинників невпинно збільшуються. Це призводить до дезадаптації людини в умовах суспільної кризи та поширення психічних та поведінкових розладів (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, 2009; І. В. Лінський, О. І. Мінко зі співавт., 2010).

Традиційно діагностика і лікування психічних розладів базуються на біопсихосоціальної багатоосьовій моделі, яка враховує три площини — соматичну, психологічну та соціальну. Однак дані останніх зарубіжних досліджень свідчать про вагомість четвертої площини — осі екзистенції. Завдяки спеціальним методикам, сьогодні вже доступне вимірювання і цієї осі. Йдеться, зокрема, про шкалу екзистенції А. Ленгле, П. Екхард; тест екзистенційних мотивацій А. Ленгле, К. Орглер. Ці шкали побудовані на засадах концепції чотирьох фундаментальних мотивацій А. Ленгле та смислової концепції В. Франкла, засновника Третьої Віденської школи психотерапії. Шкала екзистенції вимірює показники екзистенційного наповнення — так, як вони суб'єктивно відчуються досліджуваними, тест екзистенційних мотивацій — значення фундаментальних мотивацій. За їх допомогою можна встановити вихідний стан пацієнта, параметри порушень, оцінку перебігу та ефективність психотерапії з врахуванням екзистенційно-смислових показників. Принциповим моментом є те, що ці методики добре розмежовують здоров'я і хворобу. Це відкриває у площині психіатрії та психотерапії нові можливості пов'язувати певні види пограничної психічної патології з такими базовими проблемами людського існування, як свобода, відповідальність, безсенсовність, ізоляція, смерть, порушення системи цінностей, мотивів, цілей. Зрозуміло, що запотребованість у використанні такого підходу у світі достатньо велика. В сучасних реаліях нинішньої України, яка акцентує базові

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 Монтомери — Асберга).