

між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї та необхідністю підтримувати та піклуватися про хворого члена сім'ї. Респонденти групи РР вважали, що є дуже багато інших сімейних проблем окрім хворого в сім'ї, звертали увагу на те, що пацієнт повинен сам турбуватися про свої проблеми, їх не турбував психічний стан пацієнта та його ставлення до терапії.

Встановлені особливості свідчать про те, що в сім'ях, де проживає пацієнт з шизофренією, у референтних родичів нівелюються емпатійно-аффіліативні тенденції та бажання у міжособистісній взаємодії з хворим, формуються нові дистанційні стосунки з емоційно-ригідними компонентами негативного змісту та відсутністю піклування, що необхідно враховувати під час розроблення психоосвітніх програм.

УДК 616.89-008.441.1:616.85-07

*Н. Г. Пишук, Д. П. Слободянюк  
Вінницький національний медичний університет  
ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця*

#### **Зміст та ефективність програми психокорекції та психопрофілактики соціальної дезадаптації у студентської молоді**

На теперішній час в світовій науковій психіатричній/медико-психологічній спільноті визначається підвищення зацікавленості вивченням такої патології, як соціальна фобія, яка посідає чільне місце серед невротичних розладів, що маніфестують в молодому віці, та є передумовою і підґрунтям розвитку соціальної дезадаптації (СД). Враховуючи специфічність даного про шарку суспільства, для роботи з цим контингентом повинні бути створені диференційовані психокорекційні і психопрофілактичні заходи, розроблені з урахуванням новітніх технологій та особливостей клінічних проявів й формування СД у студентів.

На ґрунті комплексного обстеження 120 осіб молодого віку — студентів I—II курсів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, серед яких 67 осіб мали СД різної вираженості, нами визначено основні напрямки психокорекційної роботи, що спрямовані на її подолання, а саме:

1. використання методології та підходів кризового «соціально-психологічного» втручання;
2. проведення індивідуальної та групової психотерапії, спрямованої на подолання соціально-психологічних наслідків фрустрації;
3. централізація уваги на особистості з орієнтацією на її потреби;
4. партнерство та використання усіх впливових соціальних зв'язків.

В цілому, базову програму психокорекції і психопрофілактики СД у студентської молоді можна сформулювати так:

- 1). етап діагностики, встановлення предикторів та клініко-психологічних феноменів СД;
- 2). етап психодіагностики психологічних та психосоціальних предикторів СД як мішеней психокорекції;
- 3). етап диференційованих інтегративних психокорекційних впливів, що складається з декількох послідовних стадій, які можуть бути реалізовані як в індивідуальній, так і груповій формах:
  - а) мотиваційної — спрямованої на інформаційну та мотиваційну роботу із особою, кінцевою метою якої було формування «запиту» на психокорекцію із настановою

особи на лікування з формуванням її мети, завдань та підписанням психотерапевтичного контракту;

б) когнітивно-поведінкової терапії — з метою виявлення та нівелювання індивідуальних базових дисфункціональних переконань та ірраціональних настанов, провідних «дефектних» когнітивних схем та провокуючих ситуацій, для чого використовували когнітивні техніки у вигляді «Записника-щоденника автоматичних мислей» та когнітивно-поведінкові методики для напрацювання соціально-позитивного адаптованого поведінкового репертуару та м'язової релаксації;

в) гармонізації фізичного стану та прийняття себе — з одного боку, елементи екзистенціальної терапії з метою акцентування уваги на здатності людини вільно вибирати свою долю, відповідальності, й екзистенціальній тривозі, самотності й відносинах з іншими, а з іншого — фізичні вправи у вигляді тренувань у спортивному залі, що забезпечували покращання загального самопочуття та поліпшення мозкового кровообігу, та надавали змогу відчувати власні можливості, а через вплив фізичного навантаження на норадренергічну та серотонінергічну нейромедіаторні системи — покращити емоційне тло настрою;

4). етап оцінки ефективності психотерапії;

5). етап підтримуючої психотерапії, самодопомоги.

Тривалість загального базового курсу складала від 1,5 до 4 місяців, кількість психокорекційних зустрічей — від 5 до 23 (в середньому — 11).

Оцінення результатів впровадження запропонованої програми психокорекції та психопрофілактики СД у студентської молоді показало її ефективність з покращанням психопатологічної (соціальна фобія) та психосоціальної (труднощі функціонування в різних сферах) складових життєдіяльності.

УДК:616.45-001.1/3:616.895.4-08

*Л. В. Рахман<sup>1</sup>, М. В. Маркова<sup>2</sup>, Г. М. Кожина<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького, м. Львів; <sup>2</sup>Харківська медична  
академія післядипломної освіти; <sup>3</sup>Харківський  
національний медичний університет, м. Харків*

#### **Роль стресових факторів в синдромогенезі терапевтично резистентних депресій**

Терапевтично резистентні депресії (ТРД) на сьогоднішній день виявляються у 30—50 % випадків депресивних розладів. За загальноприйнятими критеріями, депресію вважають резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами відмічається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50 %). На ґрунті проведених багатьох наукових досліджень встановлено, що ТРД мають певні клініко-психопатологічні особливості, їм властива атиповість та поліморфізм клінічної картини, структурна складність депресивної симптоматики, наявність гетерогенних включень, стертість, монотонність і ригідність, які збільшуються при повторних епізодах, з поступовою соматизацією психопатологічних проявів. Як один із важливих патогенетичних механізмів в розвитку ТРД розглядається вплив стресових факторів, а також вказується на взаємозв'язок стресових чинників із формуванням клінічних та психопатологічних особливостей ТРД.

Метою нашого дослідження було вивчення ролі стресових факторів на розвиток ТРД та встановлення кореляційних зв'язків із формуванням клініко-психопатологічної картини депресій, резистентних до проведеної терапії.

За умови усвідомленої добровільної згоди в дослідження було залучено 30 хворих із ТРД. Для досягнення поставленої мети нами використовувалися такі методи: клініко-психопатологічний, психометричний, патопсихологічний, статистичний.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що роль стресового чинника у маніфестації та розвитку ТРД є значною. Встановлено, що у 86 % випадків маніфестація захворювання відбувалася на тлі стресової ситуації, особливо вагомим місцем посідають довготривалі несприятливі обставини. Серед стресорів, що пов'язуються із виникненням депресій та формуванням резистентних станів, хворі називають, зокрема такі як стресори поразок (в кар'єрі, особистому житті) — 23,4 %, стресори обмежень (проблеми із здоров'ям, недоїдання, сексуальна дисгармонія) — 20 %, інформаційні стресори (повідомлення про війни, катастрофи, терористичні події) — 13,3 %, стресори, пов'язані з політичними поглядами, нестабільним економічним становищем, безробіттям, невпевненістю в завтрашньому дні — 13,3 %, виробничі (інформаційне перенавантаження, відповідальна робота за умов дефіциту часу) — 10 %, стресори відокремлення (конфлікти, непорозуміння) — 10 %, фізичні стресори (надмірне фізичне навантаження, травми, медичні процедури) — 10 %. Також виявлено вплив якості стресового чинника на розвиток клініко-психопатологічної специфіки ТРД. Зокрема, дія короткотривалої стресової ситуації в переважній більшості випадків призводила до формування тривожно-ажитованої, сенесто-іпохондричної, астено-анергічної симптоматики. Тривалі негативні стресові чинники більше сприяли появі апато-адиномічного, obsesивно-фобічного, та меланхолічного радикалів в клінічній картині ТРД.

Таким чином, проведене дослідження засвідчило, що негативні стресові ситуації є одним із важливих чинників в розвитку ТРД та формуванні особливостей клінічної картини депресій.

хоч і не основним симптомом ПТСР, але є супутнім гострим і найнебезпечнішим проявом. Відповідно загальноприйнята практика обстеження пацієнта з ПТСР має включати оцінювання суїцидального ризику і вивчення суїцидального анамнезу.

Метою роботи було узагальнити відомості і визначити кореляцію рівня саморуйнівної поведінки у пацієнтів з ПТСР з коморбідними депресією, генералізованим тривожним розладом та поведінковими порушеннями та без них.

З цією метою проведено клінічне інтерв'ювання 24 учасників бойових дій, різної вікової приналежності (від 20-ти до 53-х років) та різного військового статусу (військові контрактної служби, мобілізовані, добровольці). Дослідження проводили за допомогою індивідуального клінічного інтерв'ю, «Шкали оцінки важкості суїциду Колумбійського університету», «Міссісіпської шкали для бойового ПТСР», «Шкали самооцінки тривоги (Чабан О. С, Хаустова Е. А.)», «Тесту самооцінки рівня депресії Beck A. T.»

Виявлено значний рівень саморуйнівної поведінки в учасників бойових дій в зоні АТО — 25 % опитаних пацієнтів з діагнозом ПТСР зазначили наявність суїцидальних ідей та намірів, як на період перебування в умовах дії стресового чинника, так і в постстресовий період. У 56 % випадків пацієнтам з діагнозом ПТСР діагностовано і депресію. У пацієнтів з ПТСР і депресією була більша частота суїцидальних думок, ніж суїцидальних дій. У пацієнтів з ПТСР без депресії спостерігалась висока частота активних суїцидальних дій, проте, серед них ПТСР часто був коморбідний з афективними порушеннями, наприклад, розладами афекту, схильністю до імпульсивних дій, психопатіями. Частота розвитку генералізованої тривоги та спорідненого з нею соматичного дискомфорту, за самооцінкою пацієнтів, становила 66 % від загальної кількості пацієнтів з ПТСР та була стовідсотковою серед пацієнтів з ПТСР і суїцидальною активністю.

Опосередковано, враховуючи ці дані, можемо зазначити, що супутні розлади, такі як розлади настрою, панічні або тривожні розлади, пов'язані з високою здатністю до формування і розвитку суїцидальних ідей та їх здійснення.

УДК 616-001:616.45-001.1/3:616.85 «364»

*О. П. Романів, К. М. Погоріляк*

*Ужгородський національний університет, м. Ужгород*

**Роль інтратравматичних розладів невротичного спектра в структурі формування аутодеструктивної поведінки у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом внаслідок бойових дій в зоні АТО**

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиночної або повторюваної психотравматичної події, як в результаті безпосереднього, так і опосередкованого переживання травми. Велика кількість лікарів різних спеціальностей по всій Україні серед своїх пацієнтів спостерігають вимушених переселенців зі сходу та учасників бойових дій в зоні АТО, їхніх рідних та близьких. Майже кожен спеціаліст в структурі надання психіатричної допомоги зіткнувся та побачив зсередини проблему діагностування, психолого-психотерапевтичного супроводу та психофармакологічної корекції ПТСР, зокрема, з коморбідними невротичними порушеннями і аутодеструктивною поведінкою. Аутодеструктивна поведінка

УДК 616.895.8-085.214.2

*І. Р. Ромаш*

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ*

**Окремі аспекти порушення вуглеводного обміну в пацієнтів із параноїдною шизофренією при застосуванні нейролептичної терапії**

Дослідження останніх десятиліть свідчать про важливу патогенетичну роль метаболічних порушень при психічних розладах (І. Й. Влох, Р. І. Білобровка, 2006; L. Citrome, L. Blonde, C. Damatarca, 2005). В численних наукових публікаціях наводяться дані про порушення вуглеводного обміну у хворих на шизофренію у процесі антипсихотичної терапії (О. К. Напрєєнко, 2014; П. В. Алфимов, П. В. Рывкин, 2014; В. Н. Ebdrup, F. K. Knop, 2014; Н. А. Марута, Г. С. Рачкаускас, 2011).

Мета роботи: Вивчити особливості показників глікемії та глікованого гемоглобіну (HbA1c) при лікуванні пацієнтів із шизофренією нейролептичними препаратами.

Проведено обстеження 80 пацієнтів із параноїдною шизофренією віком 18—55 років. Хворих було поділено