

**Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю  
«Війна в Україні: патоморфоз психічних та поведінкових розладів»  
(XXI Платоновські читання).**

<b>Асеєва Ю.А., Берман Д.Л. ....112</b>	<b>Колеснік Н. М., Михайлов Б. В. ....123</b>
ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВИМУШЕНИМ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМ З ЗОНИ АТО	СКАНДИНАВСЬКА ХОДА ЯК СИСТЕМА УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОГО І ПСИХІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛЮДИНИ
<b>Безрук Р. И. ....112</b>	<b>О. В. Коршняк ..... 124</b>
ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ	ДЕЯКІ КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНІ І ПАТО- ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТРЕСОРІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЛЕГКОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНОМОЗКОВОЇ ТРАВМИ
<b>Бессмертный А.В. ....114</b>	<b>Кочарян Г. С. ....125</b>
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИПНОЗА В ПСИХОТЕРАПИИ	ПОСЛЕДСТВИЯ ИМИТАЦИИ ОРГАЗМА У ЖЕНЩИН
<b>Вовк В.І., Черненко М.Є. ....115</b>	<b>Кочарян Г. С. ....126</b>
СИНДРОМ ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЩО НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ АТО	ПРИЧИНЫ, ПОБУЖДАЮЩІЕ МУЖЧИН К ИМИТАЦИИ ОРГАЗМА
<b>Глаголіч С.Ю. ....115</b>	<b>Криворотько Я.В. ....127</b>
ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ВОЛОНТЕРІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ: СУТНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ВИРІШЕННЯ	СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОКЛ ЦЕМПИ И МК
<b>Гудзь І. В. ....116</b>	<b>Кудінова О.І. ....128</b>
ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕМОБІЛІЗОВАНИМ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ	ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ
<b>Данілевська Н. В. ....117</b>	<b>Курганов Р.І., Селюкова Т.В. ....128</b>
СИНДРОМ ВІДСТРОЧЕНОГО ПІСЛЯБОЙОВОГО ВІДРЕАГУВАННЯ (НАПРУЖЕННЯ) У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ	ПЕРЕВАЖАЮЧІ СТРАТЕГІЇ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РІЗНОЮ СПРЯМОВАНІСТЮ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ
<b>Євглевська Л.А., Селюкова Т.В. ....118</b>	<b>Лещина І.В., Мозгова Т.П., Латанська Н.С. ....129</b>
ОСОБЛИВОСТІ ТОЛЕРАНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ОФІЦЕРІВ ДСНСУ	ПСИХОПРОФІЛАКТИКА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ
<b>Живілова Я.С. ....119</b>	<b>Лісова Є.В. ....130</b>
АЛГОРИТМ ПОБУДОВИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ	ПОПЕРЕДЖЕННЯ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ З ЗОНИ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ
<b>Завальна О. П., Тондій О. Л., Коренев С. М., Пасюра І. М., Цимбал О. М. ....119</b>	<b>Махонько Д.С., Селюкова Т.В. ....131</b>
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦЕФАЛГІЧНОГО СИНДРОМУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В АТО	ФЕНОМЕН АФІЛІАЦІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСОБИСТОСТІ
<b>Іванова Ю.М., Селюкова Т.В. ....121</b>	<b>Михайлов Б.В. ....132</b>
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ТА УЯВЛЕНЬ ПРО СЕНС ЖИТТЯ	ПОБУДОВА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРАХУВАННЯМ РЕФОРМ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
<b>Кожина Г. М., Хаустов М. М., Зеленська К. О., Зеленська Г. М. ....122</b>	<b>Михайлов Б.В., Водка М.Е., Вашките І.Д., Алиева Т.А. .... 134</b>
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ	ИППОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ АТО С ПТСР
	<b>Михайлов Б.В., Водка М.Е., Вашките І.Д., Алиева Т.А. .... 135</b>
	МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

<b>Михайлов В.Б.</b> .....136	<b>Стрельнікова І.М., Коцій В.О.</b> .....149
ДЕПРЕСІЇ СОМАТОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ	ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОГИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ
<b>Ніконенко В.А.</b> .....137	<b>Терьошина І. Ф., Кожина Г. М.</b> .....150
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ	ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЗАСОБУ НА ОСНОВІ L-5-ГІДРОКСИТРИПТОФАНА (5-НТР) ТА МЕЛАТОНІНУ В ТЕРАПІЇ ІНСОМНІЇ
<b>Рахманов В. М.</b> .....138	<b>Федак Б.С.</b> .....151
ОСОБЕННОСТИ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ	МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ
<b>Рахманов В. М.</b> .....138	<b>Чиркова О.В., Селюкова Т.В.</b> .....152
ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБІВ РЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТІВ У КУРСАНТІВ ТА СТУДЕНТІВ НУЦЗУ
<b>Рахманов В. М.</b> .....139	<b>Чорна Т.С.</b> .....152
ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ – РЕАЛЬНО ИЛИ ФАНТАЗИЯ	ПСИХО- І ФАРМАКОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ
<b>Романова І. В.</b> .....140	<b>Шевцова К.С., Селюкова Т.В.</b> .....153
КОРЕКЦІЙНІ ПРОГРАМИ ЩОДО ВНУТРІШНЬО- ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ, ЯКІ СКОЇЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'ї	ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМООЦІНКИ ТА РІВНЯ ДОМАГАНЬ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЛОКАЛІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ
<b>Романова І.В., Филык В.С.</b> .....141	<b>Шевченко Р.П.</b> .....154
ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ГЕНДЕРНО ОБУСЛОВЛЕННОГО НАСИЛИЯ	МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ
<b>Саржевський С. Н.</b> .....143	<b>Шестопалова Л.Ф., Кожевнікова В.А., Бородавко О.О.</b> .....154
НАБУТІ ПСИХОЛОГІЧНІ РИСИ ОСОБИСТОСТІ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ З ЗОНИ АТО	ОСОБЛИВОСТІ ПОСТСТРЕСОВОГО РЕАГУВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ У ЗОНИ АТО
<b>Селюкова Т.В.</b> .....144	<b>Шпильовий Я.В.</b> .....155
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, ОРГАНІЗОВАНІСТЬ ТА САМОКОНТРОЛЬ В СТРУКТУРІ ОСОБИСТІСНИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ СПІВРОБІТНИКІВ ДСНС УКРАЇНИ	ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АТО
<b>Селюкова Т.В.</b> .....145	<b>Штрыголь Д.В., Герасименко Е.В.</b> .....156
ЕМОЦІЙНІ СТАНИ ОСІБ В СИТУАЦІЯХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ	РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА ГРУППЫ «РОДИННЕ КОЛО» С ДЕТЬМИ БОЙЦОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, ПОГИБШИХ В АТО
<b>Селюкова Т.В.</b> .....146	<b>Юрценюк О. С.</b> .....158
ОПАНОВУЮЧА ПОВЕДІНКА ТА ЗАХИСТ ЯК СТРАТЕГІЇ РЕАГУВАННЯ В СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ	ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ
<b>Селюкова Т.В.</b> .....147	
ПРОФЕСІЙНА САМОРЕАЛІЗАЦІЯ ОФІЦЕРІВ ДСНС УКРАЇНИ З ТОЧКИ ЗОРУ ЦІННІСНИХ ОРІЕНТАЦІЙ ОСОБИСТОСТІ	
<b>Спасібухова В.С., Міхановська Н.Г., Михайлов Б.В.</b> .....148	
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ДЦП	
<b>Столяренко А. М.</b> .....148	
ЩОДО СТАНУ ПІДВИЩЕНОЇ САМОРЕФЛЕКСІЇ ТА ІНТРОСПЕКЦІЇ У ОСІБ ІЗ ОЗНАКАМИ ІНТЕРНЕТ- ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ГРАНИЧНИХ СТАНІВ	

---

## **ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВИМУШЕНИМ ПЕРЕСЕЛЕНЦЯМ З ЗОНИ АТО**

**Асеєва Ю.А., Берман Д.Л.**

*Одеський національний медичний університет  
кафедра психіатрії, наркології, психології та  
соціальної допомоги*

За останні роки нагальною стала проблема дослідження стресових та депресивних станів, посттравматичного стресового розладу у вимушених переселенців. Сучасні науковці: А.А. Белко, А.О. Благін, Р.М. Грановська, С.В. Жуков, Є.Г. Кокорлюк, С.В. Литаєв та деякі інші у своїх роботах висвітлюють різноманітні аспекти адаптації, соціалізації та надання медичної допомоги даній категорії осіб. Але робіт, які б висвітлювали новітні підходи до психотерапевтичної та психологічної роботи із вимушеними переселенцями, не так вже й багато.

Оскільки у новій соціальній ситуації люди на губяться тому, що втрачає попередні культурні норми, схеми владних та економічних відносин, соціальний буденний порядок, на індивідуальному рівні у переселенців частіше проявляється тривожність, посттравматичний стресовий розлад, ворожість, агресія і депресія. На груповому рівні ці симптоми посилюються, оскільки стрес від адаптації накладається, як правило, на попередній травматичний досвід мігрантів. Тому основною метою психологічної підтримки вимушених переселенців є формування позитивного образу місцевого населення, вироблення адаптаційних навичок, зменшення соціальної ізоляції. У своїй роботі психологам слід рекомендувати використовувати як індивідуальні, так і групові форми роботи.

В індивідуальній роботі важливе значення має підтримуюча терапія з урахуванням особистісних характеристик клієнта, його колишнього соціального статусу, актуальної життєвої позиції, планів на майбутнє. При цьому психологу необхідно орієнтуватись на зрілі адекватні способи психологічного захисту клієнта, допомогти йому виробити адаптивні стратегії поведінки і не використовувати руйнівні, деструктивні схеми.

Серед групових форм роботи слід обирати роботу із малими групами, а заняття з ними спрямовувати на обговорювання поточних проблем, можливо, запровадження тренінгу асертивності. Психологам при груповій робо-

ті із вимушеними переселенцями слід окрему увагу приділити розвитку навичок самопомоги, використовуючи методи позитивної психотерапії з урахуванням культурного контексту.

Таким чином, головною умовою роботи психолога з вимушеними переселенцями, є надання своєчасної психологічної підтримки. Звичайно, підходити до надання психологічної допомоги потрібно комплексно, виробляючи державні програми, створюючи мультидисциплінарні бригади зі складом дипломованих спеціалістів різних галузей медицини та психології.

## **ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ**

**Безрук Р. И.**

*г. Днепр*

Необходимость и важность оценки суицидального риска и изучения проблемы психопрофилактики суицидального поведения у онкологических больных среди контингента внутренне перемещенных лиц (ВПЛ) продиктована тем, что в последнее годы в Украине из-за массового переселения населения из зоны АТО Донецкой и Луганской областей наблюдается сочетанное массивное действие соматогенных и психогенных факторов у онкологических больных внутренне перемещенных лиц ВПЛ, а также, согласно данным Национального канцер-реестра Украины, количество зарегистрированных случаев онкологических заболеваний ежегодно увеличивается на 140 тыс. лиц. В структуре выявленных депрессивных и тревожных расстройств, у онкобольных особенно важно своевременно диагностировать формирование суицидального мышления и тенденций, и проводить своевременную психопрофилактику суицидального поведения. Согласно литературным данным, риск суицида среди больных с онкологическими заболеваниями в 2-4 раза выше, чем у здоровых людей того же пола и возраста (Старшенбаум Г.В., 2005, Юрьева Л.Н., 2006).

Нами с 2014г. по 2018г. было обследовано и проведено психотерапевтическое лечение 54 онкологическим пациентам из числа ВПЛ в возрасте 25-55 лет, проходивших лечение в поликлиническом отделении «Клинического Онкологического Диспансера» (г. Днепр). Нами

проводилась оценка суицидального риска на основе выявленных психопатологических изменений личности онкологических больных, проявлений невротической тревожной и депрессивной симптоматики у этого контингента пациентов, изучения суицидального анамнеза, данных о социальном окружении и поддержки близких. Были изучены внутренняя картина болезни пациентов, выраженность невротических проявлений у онкобольных ВПЛ, типы суппортивных взаимоотношений в семье. В экспериментально-психологическое исследование входило структурированное диагностическое интервью пациента, шкалы тревоги и тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, шкала депрессии Цунга, исследование акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека, шкала оценки качества жизни ЯЖ-100. Психотерапевтическая тактика онкобольных определялась прежде всего оценкой и наличием факторов риска формирования суицидальных мыслей и тенденций, а также особенностями жизненной ситуации онкологического больного, степенью выраженности психопатологических невротических расстройств и уровнем снижения качества жизни. В комплексе оценки суицидального риска учитывалось наличие острых и хронических стрессовых расстройств, выраженность боли и тяжесть онкологического заболевания, наличие поведенческих и лингвистических маркеров суицида, наличие аутоагрессии в анамнезе, наличие коммуникации и поддержки от значимых для больного близких и родственников. Также были изучены преморбидные характерологические особенности пациентов ВПЛ, структура семьи и типы взаимоотношений у членов семьи, а также роль психотравмирующей ситуации утраты финансов, жилья, наличие обстрелов и бомбежек в анамнезе пережитого пациентами.

По нашим наблюдениям, большое влияние на повышение суицидального риска играли соматогенные факторы злокачественного роста опухоли, среди которых большое значение имели хроническая боль, выраженность раковой интоксикации, проявлений метастатических процессов. Среди психогенных факторов у пациентов с онкологической патологией следует особо отметить наличие выраженной тревожной и депрессивной симптоматики, своеобразного синдрома «самоизоляции» на катанестическом

этапе. Пациенты зачастую переживали страх за свою жизнь и жизнь близких при переселении, страх рецидива заболевания и метастазов, нарастала психологическая и психосоциальная дезадаптация, вызванная инвалидностью, появлялись мысли о ненужности жизни онкобольного и что он в тягость родственникам и окружающим.

Анализ данных экспериментально-психологических исследований и изучения эмоционального состояния пациентов группы вмешательства показал, что у последних чаще диагностировались низкие показатели настроения (+37,83%), по шкале тревоги и тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, значительная реактивная (+35,36%) и личностная (+28,21%) тревожность.

По шкале депрессии Цунга у 27% обследованных нами онкологических пациентов было выявлено депрессивное расстройство тяжелой формы, у 8% пациентов легкое депрессивное расстройство, у 5% пациентов депрессивное расстройство крайне тяжелой формы, у 7% пациентов среднее депрессивное расстройство. Пациенты переживали преимущественно негативные эмоции: тоску, угнетенность, испытывали чувство одиночества, бесперспективности лечения или дальнейшей жизни, утрачивали прежние интересы, стремились к изоляции от коммуникации с окружающими, теряли физическую и психическую активность.

Рост выраженности невротических расстройств и появления суицидальных мыслей больше был выражен на диагностическом и предоперационном этапах – в моменты наибольшей напряженности стрессирующих патопсихологических внутриличностных факторов.

Проявления невротических расстройств у онкобольных: у 38% пациентов – наличие неврастенического синдрома, в 32% случаев – в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства, у 30% наблюдались расстройства сна, у 14% – депрессивные расстройства, у 12% – расстройства адаптации, у 4% онкобольных – наличие острой реакции на стресс.

Наибольшей вероятности развития суицидальных тенденций и поведения были подвержены больные ВПЛ, которые остались без родных и близких, с распространенными формами злокачественных новообразований, в лечении которых возможности противоопухолевой терапии практически были исчерпаны.

---

Важными для эффективности психотерапии оставались особые поддерживающие и развивающиеся отношения между участниками терапевтического и психотерапевтического процесса, групповая динамика на всех этапах перестройки отношений пациента с окружающими людьми и кругом психосоциальной поддержки. Однако сложность предупреждения формирования суицидальных мыслей и тенденций у таких пациентов обусловлена наличием факторов появления у них субъективного повода для совершения суицида, например, от банальных жизненных неприятностей на работе, потери работоспособности, конфликтов в семье или отсутствия успеха в терапевтическом процессе, так и глубоко трагических и психотравмирующих событий в жизни онкологических больных ВПЛ.

Весь проведенный психотерапевтический курс был направлен на повышение антисуицидального барьера личности, повышения стрессоустойчивости онкобольных ВПЛ, их психосоциальной адаптации.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИПНОЗА В ПСИХОТЕРАПИИ**

**Бессмертный А.В.**

*Учебный Центр им. Н.П. Бехтеревой  
(г. Санкт-Петербург)*

Профессиональное отношение к психотерапии пересматривается день ото дня. Научные воззрения и частная практика лиц, называющих себя психотерапевтами, всё чаще вступают в конфликт между фундаментальными (многотысячелетними) основами «лечения души» и коммерческой обёрткой их репрезентации. Приведём несколько изменений психотерапевтической помощи, происходящих сегодня на примере клинического гипноза.

На входе рассмотрения вопроса многие специалисты разделяются на тех, кто выбирает разные модели – например, медицинскую или психологическую (медицинская модель предполагает наличие клинического мышления и медико-биологической подготовки с основами знаний психиатрической пропедевтики). Психологическая модель основательно перевешивает в частной практике среди специалистов-психологов, предпочитающих один (чаще всего психологически опосредованный) метод и его идеологию. Во многих

случаях такой выбор таит сомнение или отрицание мозга как субстрата, имеющего отношение к психике.

Современный гипноз (и клиническая гипнотерапия) перестал быть методом первого выбора, поскольку ассоциируется у населения с маргинальными практиками, чем-то неразрешённым. Несмотря на то, что данный инструмент психотерапевтичен, и помогает решить практически любые невротологические запросы, включая постстрессовые изменения психики, пациенты редко ищут помощь именно в гипнозе.

За последние годы в клинико-психологической практике произошло переосмысление опыта, в который привнесена практика американской школы гипноза, ориентированной на причинно-следственную связь ассоциативной памяти (гипноанализ), краткосрочность (от 1 до 5 сессий) и эффективность (измеряемую исчезновением симптомов, после проработки первопричины). Иногда такие психотехники используются в сочетании с полиграфом или многоканальным энцефалографом, а также устройством диагностики кожно-гальванических реакций (для констатации нейрофизиологических процессов).

Самогипноз также претерпел изменения под влиянием психологической школы гипноза во Франции, перейдя к формулировке «активация сознания» и «активное самонаблюдение». Исследовательская группа Ж. Беккио и Учебный центр им. Н.П. Бехтеревой (2016) активно внедряют в практику педагогики, психологии спорта и бизнес-технологий, наработки активации сознания. Таким образом, клиницисты, ведущие частную практику, всё чаще уходят от названий «гипноз» и «гипнотерапия», заменяя их понятиями «проработка», «активация сознания», «активное самонаблюдение», «mindfulness» или встраивая в контекст психологического консультирования в когнитивно-поведенческой аранжировке.

Наши дальнейшие исследования в области понимания современного клинического гипноза будут обращены к читателю с позиций многомерного анализа. Мы понимаем, что невозможно уйти полностью от истории клинической психотерапии. Однако, её дополнение исследованиями в области нейронаук, вполне могут лишить в будущем термин «гипноз» актуальности.

## **СИНДРОМ ВИГОРЯННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЩО НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ АТО**

**Вовк В.І.<sup>1</sup>, Черненко М.Є.<sup>2</sup>**

*Харківський національний університет  
ім. В.Н. Каразіна,*

*<sup>1</sup>кафедра психіатрії, наркології, неврології  
та медичної психології*

*<sup>2</sup>кафедра клінічної неврології, психіатрії  
та наркології*

Останнім часом стрес в Україні набуває характеру пандемії. Нестабільна політична ситуація в країні, військові дії в східних її регіонах вже тривалий час змушують суспільство перебувати в психоемоційному напруженні, що призводить до різноманітних нервово-психічних порушень.

Особливого впливу на емоційно-психічний стан зазнають медичні працівники, що надають допомогу учасникам бойових дій та мирному населенню, що постраждали в результаті проведення антитерористичної операції (АТО).

У зв'язку з вищезазначеним, вбачається доцільним вивчення стану психоемоційної сфери медичних працівників, що надають допомогу постраждалим у зоні АТО, і особливо медичних працівників, які виконували свої службові обов'язки безпосередньо в зоні АТО. Стан нервово-психічної сфери особливо відбивається на такому показникові, як «якість життя».

Мета роботи: вивчити показники якості життя медичних працівників, що надають допомогу постраждалим у зоні АТО, у порівнянні з медичними працівниками, які у свій праці не зустрічаються з таким контингентом хворих.

Матеріали та методи дослідження. Для вивчення якості життя нами використовувалася Шкала оцінки якості життя, розроблена в 1999 році Mezzich J., Cohen N., RUIPEREZ M., Liu J., Yoon G. Et al., яка відноситься до шкал суб'єктивної оцінки, тобто заповнюється самим хворим як анкета з низкою пунктів, з яких в результаті складається інтегральний показник якості життя пацієнта.

Отримані результати. Аналіз результатів дослідження показав, що в основній досліджуваній групі медичних працівників показники якості життя були істотно нижчими за всіма досліджуваними шкалами. Найменші оцінки були отримані за шкалами «Психологічне/емоційне благополуччя», «Працездатність», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

Таким чином, отримані дані свідчать про те, що майже всі медичні працівники, що надавали допомогу постраждалим в зоні АТО, мали ті чи інші ознаки психологічної дезадаптації та психо-нервових порушень, у зв'язку з чим потребували медико-психологічної реабілітації та медикаментозної корекції з метою відновлення працездатності і адаптації до виконання своїх обов'язків.

## **ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ВОЛОНТЕРІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ: СУТНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ВИРІШЕННЯ**

**Глаголіч С.Ю.**

*Закарпатський обласний наркологічний  
диспансер*

Військові дії на Сході України спричинили появу значної кількості людей, які опинилися у складній чи кризовій життєвій ситуації, або потребують сторонньої допомоги та підтримки. За таких умов, офіційні державні структури не в змозі задовольнити існуючий запит суспільства та охопити весь спектр соціальних потреб. Це сприяло розвитку громадського руху та появи організацій (асоціацій, фондів), що зосередили свою діяльність на соціальних та психосоціальних аспектах допомоги людям, які її потребують.

За українським законодавством, волонтерська діяльність – добровільна, соціально спрямована, неприбуткова діяльність, що здійснюється волонтерами шляхом надання волонтерської допомоги. А волонтер – це фізична особа, яка добровільно здійснює благодійну, неприбуткову та вмотивовану діяльність, що має суспільно-корисний характер.

Волонтерська діяльність включає елемент ризику, пов'язаний із особливостями контакту з людськими стражданнями і втратами. Цей ризик значно зростає у кризові періоди життя суспільства, коли кількість людей, що потребують допомоги, суттєво збільшується.

В умовах збройного конфлікту, українське волонтерство супроводжується додатковим фізичним, психологічним та емоційним навантаженням, суттєвою зміною ритму життя, а подекуди, й ризиком для життя.

В існуючих умовах, поняття психологічної дезадаптації та емоційного вигорання у осіб, що займаються волонтерською діяльністю, набуває все більшого значення. Їх негативні наслідки, які проявляються поступовим розвитком нега-

тивних соціально-психологічних установок по відношенню до себе, близьких, колег, переживанням відчуття власної неспроможності, втраченою раніше значимих цінностей, емоційною нестабільністю та ін., призводять до зниження внутрішньоособистісних ресурсів волонтера, і негативно впливають на якість життя загалом.

З огляду на наведене, нами здійснюється робота, метою якої є створення системи медико-психологічного супроводу волонтерської діяльності, спрямованої на профілактику станів психологічної дезадаптації та підвищення адаптивного ресурсу волонтерів, діяльність яких пов'язана з поїздками в зону АТО.

### **ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЕМОБІЛІЗОВАНИМ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Гудзь І. В.**

*КЗ «Черкаська обласна психіатрична лікарня»  
Черкаської обласної ради,  
м. Сміла*

У зв'язку з військовими подіями на Сході країни, до нашого лікувального закладу після повернення із зони АТО за медичною допомогою звертаються і госпіталізуються не лише демобілізовані учасники бойових дій, а й члени їх сімей, тимчасово переміщені особи, які змушені були залишити власні зруйновані домівки і стали біженцями, люди, які втратили своїх рідних, внаслідок чого не можуть оговтатись і повернути психічне благополуччя. Самі ж учасники бойових дій піднімають не тільки питання психічного здоров'я і реабілітації, а й важливі для їх життя соціальні та фінансові проблеми з наданням пільг даній категорії населення для забезпечення задовільної життєдіяльності. Отже, надання психологічної допомоги учасникам АТО, насамперед, є одним із пріоритетних напрямків моєї роботи у зв'язку з актуальністю в суспільстві. Раннє виявлення психічних розладів, які є розповсюдженими формами патологічних станів під час патопсихологічної діагностики, являється ключовим етапом у процесі психосоціальної реабілітації, передусім початку медикаментозного лікування.

Патопсихологічне обстеження, перш за все, починається з цілеспрямованого інтерв'ю, в ході якого психолог спостерігає за поведінкою пацієнта, емоційними проявами та особливостями мовлення. При цьому враховується

характер встановлення контакту з обстежуваним. За моїми спостереженнями, демобілізовані учасники бойових дій зазвичай стримані, малоговорікі, напружені, настрій переважно знижений до субдепресивного. Неохоче вступають у мовний контакт, іноді бувають саркастичні, негативно налаштовані до лідерів влади, звинувачують їх у бездіяльності. Спостерігається також невпевненість у поєднанні з апатією, що свідчить про депресивно-тривожний стан зі зниженням загального енергетичного потенціалу. Нерідко й самі учасники АТО після повернення додому помічають зміни у власній особистості, скаржаться на чутливість до звуків та на дратівливість, яка іноді досягає нестриманості. Проте, зазвичай пацієнти намагаються показати себе з кращої сторони, схильні приховувати і виявляють небажання обговорювати можливі прояви психологічного дискомфорту, вербалізувати власні страхи, іноді відмічаються явища недовіри та дратівливості. Основна тема бесіди – наявне відчуття провини перед загиблими побратимами, часто вони переймаються за долю тих, хто залишився на передовій, не можуть визначитись з планами на майбутнє та життєвими перспективами або ж бажають знову повернутись і продовжувати військову службу, незважаючи на наявність психопатологічних симптомів, схильність до заперечення і нівелювання проблем.

Експериментально-психологічне обстеження проводиться паралельно з корекційною та консультативною роботою. Механічна пам'ять, за відсутності травматичних ушкоджень, відповідає нормативним показникам. При наявності будь-яких ознак або наслідків органічного ураження ЦНС, виникає необхідність дослідження когнітивної сфери не тільки перед початком медикаментозного лікування, бажано проводити оцінку стану і функціонування когнітивних процесів у динаміці задля виявлення результатів дії призначених ліків. Обсяг активної уваги може залишатися незмінним на початку захворювання, але найчастіше відмічається недостатність концентрації та стійкості внаслідок впливу афективної сфери. Рівень узагальнення та абстрагування зазвичай відповідає віку та отриманій освіті. Динамічна сторона мислення прямо пропорційна емоційно-вольовим порушенням. Пацієнти формують високий рівень намагань, прагнучи показати

## СИНДРОМ ВІДСТРОЧЕНОГО ПІСЛЯБОЙОВОГО ВІДРЕАГУВАННЯ (НАПРУЖЕННЯ) У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ

Данілевська Н. В.

*Запорізький державний медичний університет  
МОЗ України*

**Актуальність дослідження.** З 2014 року, у зв'язку із проведенням антитерористичної операції (АТО) в Україні, до участі у бойових діях було залучено велику кількість військовослужбовців. Специфіка бойових дій в Україні, яка характеризується неконвенціональним, гібридним характером, обумовлює певну специфічність психічних порушень у військовослужбовців, що несуть службу в зоні АТО в Україні. Тож виділення та дослідження специфічних для даної категорії військовослужбовців психічних порушень є актуальною проблемою сучасної України.

**Мета дослідження** – дослідити клінічні особливості, патогенез та сформувати діагностичні критерії синдрому відстроченого післябойового відреагування (напруження) у військовослужбовців, які брали участь в АТО в Україні.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено 120 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях у зоні АТО і у яких після повернення з зони АТО виявлялися ознаки психічних порушень. Середній вік обстежених  $31,8 \pm 1,32$  роки.

**Методи дослідження:** клініко-анамнестичний, психопатологічний, психодіагностичний, аналітичний, статистичний.

**Результати дослідження.** У 26,67% обстежених військовослужбовців із ознаками психічних розладів, було виявлено специфічний сталий об'єднаний єдиним патогенетичним механізмом комплекс психопатологічних симптомів, який нами було названо «синдром відстроченого післябойового відреагування (напруження)».

Патогенез даного синдрому характеризується хронічним накопиченням деструктивних емоцій, які не було відреаговано, із відстроченим їх проявленням після припинення хронічного або повторюваного гострого психотравмуючого чинника, що досягалося виведенням військовослужбовця з зони АТО.

Діагностичними критеріями для даного синдрому є:

себе в кращому світлі, при появі труднощів і помилкових рішень з'являється образливість і відчуття приниження власної гідності, що може перейти у відчуття власної неспроможності та посилити депресивний стан. Ось чому прояви дратівливості в подібних ситуаціях слід розцінювати як захисну реакцію. В такому випадку бажано зробити незначну перерву на відновлення сил. Найбільшу увагу слід приділити дослідженню характерологічних та індивідуально-психологічних особливостей. З часом після демобілізації виникають стійкі особистісні зміни, що призводять до випадіння з психіки міцних пластів, раніше їй притаманних. Нерідко у них зникають такі риси як чуйність, душевність, почуття такту, а натомість з'являються подразливість, грубість, сварливість, агресивність. При дослідженні особистості необхідно враховувати не лише отримані дані різних особистісних опитувальників, а й результати спостереження за пацієнтами під час бесіди. Надто цінними та інформативними в роботі є особистісний опитувальник ММРІ (Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник) та дослідження самооцінки за Дембо-Рубінштейн, яка складається з різних параметрів, а при дослідженні осіб з хімічною залежністю дозволяє використовувати параметр «Відношення до алкоголю» та ін. Особистісний опитувальник ММРІ найчастіше вказує на тривале емоційне напруження, зниження контролю над емоціями, задіяння різних захисних механізмів, імпульсивність, вираженість афективних порушень, що призводять до стану соціально-психологічної дезадаптації. Часто доводиться проводити диференціацію станів у випадку появи коморбідної патології (різні форми хімічної залежності, суїцидальна поведінка, органічні ураження ЦНС тощо), що також підсилюють особистісне реагування.

Отже, дані патофизиологічного обстеження мають наукове та методологічне підґрунтя, що дозволяють на ранньому етапі виявити та віддиференціювати психопатологічні прояви в структурі формування посттравматичного стресового розладу, тим самим сприяючи поліпшенню клінічного і соціального прогнозу.



– об'єктивна наявність хронічних або повторюваних гострих психотравмуючих чинників, асоційованих із несенням служби в умовах бойових дій, що переважають за кількісними або якісними характеристиками психотравмуючі чинники в цивільних умовах;

– відсутність психопатологічних проявів або суб'єктивного відчуття психологічного неблагополуччя під час знаходження у зоні бойових дій;

– виникнення суб'єктивного, нічим не спровокованого відчуття психологічного неблагополуччя, при якому об'єктивно домінують емоційні симптоми збудження нервової системи: емоційне напруження, тривожність, роздратованість, запальність, агресивність, злість, порушення сну, можливе додавання афективних порушень у вигляді зниженого настрою або коливань настрою.

– вищезначені симптоми виникають одразу або протягом місяця після повернення з зони бойових дій.

Середня тривалість стану – до 1 місяця.

Стан призводить до службової та соціальної дезадаптації та при несприятливому перебігу при відсутності лікування прогресує до депресивного розладу, невротичного розладу із змішаним порушенням емоцій або розладу особистості.

**Висновки.** В результаті дослідження виділено специфічний комплекс психопатологічних симптомів, що виявлявся у військовослужбовців України, які брали участь в АТО в Україні і який отримав назву «синдром відстроченого післябойового відреагування (напруження)». Описано клінічні прояви, патогенез та диференційні критерії означеного синдрому.

Виявлений синдром потребує подальшого вивчення з метою уточнення його структурних складових, динаміки, тривалості, медико-соціальних наслідків та вибору оптимальної терапевтичної тактики лікування.

## **ОСОБЛИВОСТІ ТОЛЕРАНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ОФІЦЕРІВ ДСНСУ**

**Євглевська Л.А., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

Толерантність в сучасному світі є однією з ключових компетентностей. Її розвиток перетворюється для вітчизняної освіти та суспільства в

цілому в стратегічно значущу мету, і тому ця проблема останніми роками стала надзвичайно популярна в психології, соціології і педагогіці.

Толерантність припускає готовність прийняти інших такими, які вони є, і взаємодіяти з ними на основі згоди. Толерантність займає значне місце у діяльності всіх спеціалістів, що працюють у сфері взаємодії з іншими людьми. Однією з таких сфер вважається діяльність працівника ДСНС. Значущість толерантності особистості під час професійного становлення майбутніх фахівців ДСНСУ визначила напрямок нашого дослідження.

**Мета дослідження** полягала у вивченні окремих видів толерантності в групах курсантів і студентів першого та четвертого курсів. Нами була використана методика діагностики загальної комунікативної толерантності В.В. Бойко. У якості досліджуваних виступили курсанти та студенти 1 та 4 курсів Національного університету цивільного захисту України.

Результати порівняльного аналізу комунікативної толерантності курсантів першокурсників і четвертокурсників свідчать про наступне: за більшістю шкал методики не визначається відмінностей показників. Однак, показник курсантів 1 курсу за шкалою, що вимірює невміння пристосовуватися до характеру, звичок і бажань інших людей, був значно вище, ніж у курсантів 4 курсу. Це свідчить про те, що за час навчання у ВНЗ для курсантів характерний розвиток вміння пристосовуватись до характеру інших людей, до їх звичок та бажань. Це може бути пов'язано з особливими умовами їх життя (життям за вимогами статуту, постійним перебуванням у доволі великих групах людей), в яких потрібно постійно взаємодіяти та співпрацювати з іншими людьми.

Порівняльний аналіз комунікативної толерантності студентів першокурсників і четвертокурсників дозволяє стверджувати, що за шкалою «Невміння пробачати іншим помилки, незручність, ненавмисно заподіяні вам прикрасі» виявлені істотні відмінності. Показник студентів-першокурсників нижче, ніж у групі четвертокурсників. Це свідчить про те, що студенти четвертокурсники менш толерантні до помилок партнера по спілкуванню.

За іншими шкалами відмінності між студентами першокурсниками і четвертокурсниками не визначаються. Таким чином, отримані результати свідчать про те, що у студентів за час

навчання у ВНЗ знижується вміння пробачати іншим людям помилки, незручність, ненавмисно заподіяні прикраси.

**Результати дослідження** свідчать про те, що під час навчання у ВНЗ у курсантів підвищується комунікативна толерантність, у студентів, навпаки, є тенденція до зниження комунікативної толерантності. Такі відмінності, на наш погляд, можуть бути пояснені різними умовами навчання, проживання та різним оточенням, соціальним та психологічним середовищем.

## **АЛГОРИТМ ПОБУДОВИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ**

**Живілова Я.С.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

За даними всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) встановлено, що психічними захворюваннями страждають більш ніж 450 млн. людей на планеті. За прогнозами ВООЗ, до 2020 р. психічні розлади (ПР) увійдуть у світову п'ятірку хвороб-лідерів. Саме тому їх вивчення, в тому числі при різноманітних органічних ураженнях головного мозку, стає все більш актуальною проблемою. Одним з пускових механізмів виникнення ПР є закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ). ЗЧМТ характеризуються віддаленими наслідками в різноманітних клінічних проявах, що протікають з частими станами декомпенсації.

За поширеністю осіб, які здійснюють протиправні дії внаслідок розладів психіки і поведінки органічного походження, вони займають друге місце після шизофренії.

Метою нашого дослідження було на основі вивчення клінічної структури і патопсихологічних механізмів формування психічних розладів у хворих на органічні ураження центральної нервової системи, які скоїли суспільно-небезпечні дії, розробити алгоритм їх психосоціальної реабілітації та психопрофілактики в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом.

Були вивчені 90 хворих віком від 18 до 60 років з психічними розладами органічного походження, які скоїли суспільно небезпечні дії та перебувають на лікуванні в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом. Дослідження буде проведено під час стаціонарного перебування в ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України». На етапі ліку-

вання ці хворі були розподілені на основну групу – 50 хворих, яким проведено психотерапевтичний супровід за розробленою програмою, та групу контролю – 40 хворих, які отримували тільки стандартне лікування. Розподіл був проведений методом випадкової вибірки.

Всім обстеженим було проведено клініко-психопатологічне дослідження та психодіагностичне дослідження, яке включало діагностичне інтерв'ю, опитувальник Спілбергера – Ханіна (СХ) для оцінки реактивної та особистісної тривожності, шкали тривоги та депресії Гамільтона (hDRS), характерологічний опитувальник для виявлення особистісно-характерологічних акцентуацій Леонгарда – Шмішека, діагностичний опитувальник агресивності Баска – Даркі, шкала Mini-Mental State Examination (MMSE), тест Равена (для визначення інтелектуальних здібностей).

Були систематизовані патогенетично значимі фактори формування психічних розладів органічного походження у хворих, які скоїли суспільно небезпечні дії та перебувають на лікуванні в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом.

На підставі отриманих даних була розроблена система психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади органічного походження, які скоїли суспільно небезпечні дії та перебувають на лікуванні в умовах лікарні з суворим наглядом, яка була спрямована на оптимізацію соціалізації пацієнтів шляхом мобілізації когнітивних, мотиваційних та емоційних ресурсів, а також реінтеграцію хворого в мікротамакросоціальному середовищі.

Апробація цієї системи показала її високу ефективність.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦЕФАЛГІЧНОГО СИНДРОМУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ В АТО**

**Завальна О. П.<sup>1</sup>, Тондій О. Л.<sup>1</sup>, Коренів С. М.<sup>1</sup>, Пасюра І. М.<sup>2</sup>, Цимбал О. М.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра неврології та дитячої неврології*

*<sup>2</sup>Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №1*

Нервова система у осіб, що брали участь в бойових діях, стає особливо чутливою до різних додаткових екзогенних подразників. Тобто відбувається виснаження адаптивних резервів

нервової системи, особливо її вищих відділів. Больові синдроми найрізноманітніших локалізацій залежать від перенесеного бойового стресу і його наслідків, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Головний біль є провідним, а іноді єдиним симптомом при ураженні нервової системи у молодих учасників бойових дій. Вплив на військовослужбовця безлічі патогенних чинників, сприяють розвитку головного болю, а в подальшому і його хронізації. Вважається, що хронічний стрес в умовах бойових дій призводить до виснаження компенсаторних можливостей ЦНС і дисрегуляції лімбіко-ретикулярного комплексу. При цьому одним з провідних симптомів дисфункції церебральних регуляторних систем стає саме головний біль.

У сучасній літературі питанням систематизації та класифікації головного болю приділяється достатня увага. Неодноразово переглянута Міжнародна класифікація головного болю (1988р.). В роботах В. Н. Штока докладно описані патогенетичні типи цефалгій: судинний, м'язової напруги, ліквородинамічний, невралгічний, змішаний і психалгічний. Систематизація й класифікація головного болю спрямована на виявлення патогенетичних типів й правильних підходів до терапевтичної корекції різних видів головного болю на ранніх етапах, коли він є провідною, а іноді єдиною скаргою в пацієнтів.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей патогенетичних механізмів головних болів та вивчення функціонального стану головного мозку. Нами було обстежено 99 пацієнтів – чоловіків у віці від 29 до 45 років. Всі вони перебували під наглядом протягом 1 року і проходять планові стаціонарні курси лікування. Ми досліджували клініко-інструментальні показники (неврологічний статус, ЕЕГ, Ехо-ЕГ, УЗДГ, МРТ головного мозку і шийного відділу хребта та ін.), вивчали висновки суміжних фахівців, ряд лабораторних показників і ін. Отримані результати порівнювалися з контрольною групою хворих в аналогічній віковій категорії, які не брали участі в бойових діях. Особи, що увійшли до групи обстеження, до перебування в зоні бойових дій були практично здорові, з необтяженою спадковістю. Всім пацієнтам проводилося клініко-неврологічне обстеження з застосуванням ряду додаткових опитувальників та шкал. Ми використовували комплексний больовий

опитувальник (КБО), опитувальник болю Мак Гілла – MPQ, оцінку інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою – ВАШ, опитувальник депресії Бека BDI, опитувальник травматичного стресу – ОТС (І. О. Котенєв). Розрахунками за ОТС визначалися тривожність, порушення пам'яті й сну. Також ми використовували методику оцінки якості життя – SF-36. Ця методика складається з 36 пунктів, згрупованих у 8 шкал, які розділені на 2 компонента – фізичний і психологічний.

Під час вивчення характеру цефалгічного синдрому, що спостерігався в 100% випадків, нами було виявлено поєднання різних патогенетичних механізмів його виникнення. Найчастіше зустрічався головний біль м'язової напруги (ГБН) – 61%, цервікогенний головний біль (98%), змішаний головний біль, який характеризувався поєднанням компонентів: вазомоторно-м'язовий (49%), лікворо-венозний (34%) та ін. Дані групи були виділені залежно від переважаючого провідного компоненту цефалгії. Пацієнти з психалгічним компонентом болю склали в 18% випадків. Можна сказати, що практично всі види головного болю при хронізації процесу мали психогенний характер у своїй структурі.

Характерними рисами хронічного головного болю було переважаюче вираження астеничних, тривожно-депресивних та іпохондричних розладів, коливання настрою з переважаючим дратівливістю, агресивністю, порушення сну, пам'яті, неприємні відчуття в ділянці серця або в лівій половині грудної клітини при відсутності ознак органічної патології. Істотною роллю в хронізації болів відіграє психосоціальний стрес. Значимість психоемоційних факторів дозволяє розглядати їх як незалежні фактори ризику розвитку церебро-васкулярної патології і в прогресуванні надалі раннього розвитку атеросклеротичного процесу. Певний вплив на розвиток та інтенсивність головного болю має супутня патологія шийного відділу хребта. Виникнення цервікогенного головного болю пов'язують з існуванням тригеміно-цервікального комплексу, в якому відбувається перемикання больової імпульсації від нейронів задніх рогів трьох верхніх шийних сегментів спинного мозку на нейрони спинномозкового ядра трійчастого нерву, яке частково перебуває в верхньо-шийному відділі спинного мозку. Головний біль відбивається від верхніх цервікальних

суглобів і м'язів (Небожін А.І., Ситель А.Б. 2007; Bogduk N., Govind J., 2009), рідше викликається подразненням симпатичного сплетіння хребтових артерій (Вознесенська Т.Г., 1999; Алексєєв В.В., 2007). Хотілося б зазначити, що головні болі поєднувалися з абдомінальними болями (26%), болями в нижній частині спини і шиї (57,1%), болями в суглобах (52,6%) і грудях (52%). З 100% головних болів, що спостерігаються в учасників АТО, хронічними цефалгіями страждали практично 87%, особливо в поєднанні з патологією кістково-м'язової системи (цервікальний компонент). Це можна пояснити формуванням вторинних зон гіпералгезії, що локалізуються поза зонами ушкодження.

Таким чином, основною скаргою колишніх учасників бойових дій є головний біль самої різної локалізації (97,5%), який в 100% випадків поєднувався з болями різної локалізації. Ізолюваність цефалгічного синдрому, в тому числі хронічного, частіше простежувалась в осіб молодого віку, а поєднання цефалгій з абдомінальними та цервікогенними болями частіше спостерігалось в середній віковій групі.

Для детального вивчення церебральної гемодинаміки нами використовувалась метод ультразвукової доплерографії (УЗДГ), при використанні якого відзначалося достовірне зниження швидкості кровотоку (97%), підвищення індексу пульсації по всіх судинних басейнах з більш вираженою дисциркуляцією в вертебробазиллярному басейні. У незначній кількості хворих (3%) швидкісні характеристики збігалися з показниками в контрольній групі. Це, напевно, було пов'язано з включенням компенсаторних механізмів в інтракраніальних судинах у вигляді вазоспазму для забезпечення мозкового кровотоку на нормальному рівні [1,4]. Результати досліджень показали, що при УЗДГ було виявлено зниження швидкісних показників кровотоку в хребтових артеріях (ХА) – 67,3%, задніх мозкових артеріях (ЗМА) – 86,6% і середніх мозкових (СМА) – 34,3%. При цьому відзначено зниження коефіцієнтів судинної реактивності, за даними дослідження СМА з використанням гіпер- і гіпо-вентиляційного тестів.

Використання методів КТ і МРТ дозволили виявити розширення субарахноїдальних просторів і шлуночкової системи головного мозку, симетричне зниження щільності тканини. Дані доплерографії, МРТ головного мозку і

шийного відділу хребта показали підвищення судинного тонуусу і зниження кровонаповнення церебральних судин, переважно вертебробазиллярного басейну. Виявлено початкові ознаки стенозування у внутрішній сонній артерії в поєднанні з вазоспазмом в системі хребтових артерій. Встановлено наявність дистрофічних змін шийного відділу хребта у вигляді остеохондрозу та спондилоартрозу у всіх хворих. У процес залучаються не тільки внутрішньомозкові, але і магістральні судини голови, особливо вертебробазиллярного басейну, що посилюється патологією шийного відділу і сприяє розвитку більш глибоких порушень церебральної гемоди-наміки і прогресуванню більш вираженої енцефалопатії [1-4].

Всі хворі отримували базисне медикаментозне патогенетичне лікування (вазоактивні препарати, венотоники, нейропротектори і ноотропи, вітаміни групи В), щадний масаж волосистої частини голови (ВЧГ) і шийно-комірцевої зони (ШВЗ), а також фізіотерапевтичне лікування в залежності від переважаючого клінічного прояву цефалгічного синдрому. Хворі спостерігалися протягом 15-20 днів, проходячи плановий курс стаціонарного обстеження і лікування.

Таким чином, у пацієнтів молодого віку, які брали участь в бойових діях, ми спостерігали переважання цефалгічного синдрому. Патогенетично на перший план виходять головні болі м'язової напруги, порушення гемодинаміки та цефалгії змішаного генезу.

## **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ТА УЯВЛЕНЬ ПРО СЕНС ЖИТТЯ**

**Іванова Ю.М., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

Теоретичний аналіз психологічної літератури зарубіжних та вітчизняних авторів з проблеми визначення сенсу життя в юнацькому віці дозволяє підкреслити високу актуальність дослідження сенсу життя у юнаків та дівчат. Для дівчат – жіночий сенс життя – прикрашати життя, вносити в неї красу. Для чоловіків, хлопців, окремих, чисто чоловічий сенс життя – бути чоловіком, проявляти силу духу, наставництво, бути захисником. Категорія «сенс життя» – це одне з основних світоглядних понять, що має величезне значення для становлення духовно-морального обличчя особистості. Дівчата та

хлопці по різному ставляться до освіти і престижу, у них різні потреби в спілкуванні, і що найголовніше, у них різне природне призначення в житті. Жінки ставляться більш серйозно до сімейних відносин, чоловіки ж продовжують вести себе як дитина – будують будинки, грають в автомобілі, які купують за великі гроші, створюють різні політичні чвари, міняють історичний хід подій, беруть участь у військових інтригах і роблять інші речі, які доставляють їм задоволення і підвищують їх статус у суспільстві. При цьому вони хочуть показати свою велич і величезний вплив на життя інших людей. Над цим образом вони готові трудитися все своє життя. Зайняти гідний статус у суспільстві – основний сенс життя кожного чоловіка. Сім'я, турбота про дітей у них переноситься на другий план.

Нам видається цікавим розглянути гендерні особливості в розумінні сенсу життя, яким чином сукупність соціальних і культурних норм, які суспільство приписує виконувати людям залежно від їх біологічної статі, впливають на формування сприйняття сенсу життя. У 19 – 20 років юнаки та дівчата знаходяться на шляху самовизначення та побудови своєї життєвої перспективи. Увага направлена на пошук свого місця в житті. Поряд з цими факторами виникають деякі труднощі соціальної адаптації. Початок освоєння молодими людьми нової соціальної ролі вимагає актуалізації сил для нового усвідомлення сенсу життя. В 19 – 20 років, дуже важливо зрозуміти, які саме життєві сфери представляються привабливими, які – ні, а також які існуючі особливості відрізняються за статевою ознакою.

Проведене емпіричне дослідження вивчення сенсу життя у юнаків та дівчат показало, що в цілому представлення сенсу життя у дівчат більше сформовані, ніж у юнаків.

В дослідженні використовувались наступні методики: «Сенс життєвих орієнтацій» Д.А. Леонтьєва та «Індекс життєвої задоволеності» Н.В. Паніна.

За результатами порівняння показників між дівчатами та юнаками були отримані такі дані: за шкалами «цілі в житті», «процес життя», «локус контролю –я» у групі дівчат процентні показники по всім цим шкалам вищі, ніж у групі юнаків ( $p \leq 0,01$ ). Показники у юнаків та дівчат відчутно відрізняються: у групі дівчат вони вищі, ніж у групі юнаків. Саме тому процес становлен-

ня і осмислення сенсу життя у дівчат проходить швидше та успішніше.

Методика «Індекс життєвої задоволеності» Н.В. Паніна дала нам змогу визначити три рівні задоволеності життям – високий, середній та низький. За даними дослідження, у дівчат переважає високий рівень (70%), а у юнаків низький рівень (65%). При перевірці достовірних відмінностей між відсотковими долями двох вибірок, була отримана достовірність на рівні  $p < 0,001$ . Саме це дає змогу нам вважати, що усвідомлення сенсу життя та індексу життєвої задоволеності залежать не тільки від соціальних, психологічних умов, але й не менш важливими є гендерні особливості уявлення про сенс життя юнаків та дівчат.

Дівчата та юнаки мають певну оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того, наскільки продуктивна і осмислена була прожита її частина. Дівчата переконані в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення і реалізовувати їх у життя; дівчата визначають процес життя цікавим, емоційно насиченим і наповненим змістом, а юнаки переконані в тому, що життя людини не завжди підвладне свідомому контролю, що свобода вибору ілюзорна і безглуздо що-небудь загадувати на майбутнє.

### **ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ**

**Кожина Г. М., Хаустов М. М., Зеленська К. О.,  
Зеленська Г. М.**

*Харківський національний медичний  
університет*

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів медичних університетів до навчальної діяльності обумовлена тим, що процес навчання відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження.

Мета дослідження – систематизувати патогенетично значущі чинники формування розладів адаптації у студентів медичного університету.

Матеріал та методи. Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне обстеження 412 студентів I–III курсів Харківського національного медичного університету, обох статей (216 жінок та 196 чоловіків), у віці 17–22 років.

Усіх обстежених було розділено на три групи: 1 група – 215 студентів, мешканців східної України; 2 група – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які поступили до навчання у ХНМУ до початку АТО; 3 група – 110 студентів – переселенців з зони АТО.

Результати дослідження. Як показали результати дослідження, студенти-переселенці виявляють більш високий рівень розладів адаптації, в порівнянні зі студентами I та II груп. Так, високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявляють у себе 0,5% студентів I групи, 2,2% студентів II групи та 25,4% студентів III групи. Виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми по реадaptaції – 2,4% студентів I, 9,2% – II та 36,4% III груп відповідно. Помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців – 24,1% студентів I групи, 25,0% II групи та 30,4% студентів III групи.

До факторів, які впливають на труднощі адаптації студенти відносять: зміну життєвого стереотипу (28,6% студентів I групи, 29,6% – II та 92,4% – III групи); важкий навчальний матеріал, складна термінологія (24,2% студентів I групи, 23,1% – II та 31,1% студентів III групи); строгу навчальну дисципліну, необхідність відпрацювань пропущених занять та лекцій (15,4%, 16,6% та 17,9% обстежених студентів відповідно). Для студентів-переселенців стресогенним чинником є необхідність адаптації у новому колективі (66,4%), різка зміна життєвого стереотипу (79,8%), новий соціальний статус – ВПО (92,5%).

Як показали результати психодіагностичних досліджень, у 46,1% студентів III групи, клінічні прояви тривоги (по клінічній шкалі тривоги і депресії), у порівнянні з 4,2% студентів I та 6,6% II груп. Субклінічні прояви тривоги виявлені у 40,2% студентів I, 12,5% – II та 8,4% – III груп.

Клінічні прояви депресії характерні для 32,4% студентів III групи, 18,2% студентів II групи та 2,4% – I групи, а субклінічні прояви депресії для 33,1%, 15,6% та 4,9% відповідно.

Таким чином, у формуванні розладів адаптації у студентів лежить багатофакторна обумовленість, у якій соціальні та психологічні фактори представлені в нерозривному комплексі, що визначає специфіку проявів дезадаптивних реакцій та станів.

Встановлено, що студентам-переселенцям частіше притаманні високий та виражений рівні дезадаптації, в порівнянні зі студентами I та II груп. Провідними чинниками ризику формування розладів адаптації для студентів переселенців є необхідність адаптації у новому колективі, різка зміна життєвого стереотипу, статус ВПО.

Виявлені чинники ризику формування станів дезадаптації у студентів є підґрунтям для розробки системи медико-психологічного супроводу студентів-переселенців, психотерапевтичної корекції та психопрофілактики розладів адаптації, що визначає напрямок подальших наукових досліджень.

### **СКАНДИНАВСЬКА ХОДА ЯК СИСТЕМА УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОГО І ПСИХІЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ЛЮДИНИ**

**Колеснік Н. М., Михайлов Б. В.**  
*Кафедра психотерапії ХМАПО,*

*Національна ліга психотерапії, психосоматики  
та медичної психології України*

Енергетичний та функціональний стан людини знаходяться у тісному взаємозв'язку з розвитком скелетної мускулатури. Рухова активність у межах допустимого оптимуму збільшує енергетичні ресурси, функціональні спроможності та тривалість життя організму.

Стан здоров'я позначається на результатах всієї життєдіяльності людини, впливає на стабільність результатів праці, забезпечення рівня професіоналізму, визначає самоєфективність особистості. Здоров'я впливає на всі аспекти становлення особистості – мотиваційні, когнітивні, емоційні, поведінкові.

Протягом життя людини рухова активність відіграє різну роль. У дитячому віці вона визначає нормальний ріст і розвиток організму, найповнішу реалізацію генетичного потенціалу, підвищує опір до захворювань. У подальшому адекватне фізичне тренування, заняття оздоровчою фізичною культурою здатні в значному ступені призупинити вікові зміни різних функцій. В будь-якому віці за допомогою тренування можна підвищити аеробні можливості та рівень витривалості – показники біологічного віку організму і його життєздатності.

Перспективним напрямом формування і розвитку здорового способу життя населення вважаємо впровадження скандинавської ходи

(далі - СХ), що сприятиме розвитку фізичного та психічного потенціалу людини. СХ гармонійно доповнює активний відпочинок, оздоровчо-спортивний туризм, сімейні рекреаційні екскурсії, походи вихідного дня тощо. СХ є універсальним засобом фізичної активності для людей різного віку та різного ступеню фізичного розвитку.

Групові заняття СХ можуть розглядатися як оздоровче середовище, в якому людина підвищує свій психофізичний рівень, створює мотивацію та установку на здоров'я. Заняття СХ пов'язані з включенням в роботу інтелектуальної, емоційної, м'язової і нервової енергій.

СХ, виступаючи системою удосконалення психофізичного потенціалу людини, поліпшує всі процеси свідомої діяльності, підвищує рівень психофізичного стану, виробляє найважливіші властивості особистості: працездатність, відповідальність тощо.

### **ДЕЯКІ КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНІ І ПАТО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТРЕСОРІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЛЕГКОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

**О. В. Коршняк**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»*

Проблема нервово-психічних розладів екзогенно-органічного генезу – досить поширена патологія у теперішній час. Однією з провідних причин встановлення динамічного неврологічного і психіатричного спостереження у осіб з екзогенно-органічними захворюваннями головного мозку є психопатологічні наслідки черепно-мозкової травми (ЧМТ). Наявність в анамнезі ЗЧМТ, у різному проміжку часу потому, проявляється різноманітним клінічним варіацій віддалених наслідків, що протікають з частими станами декомпенсації, тимчасової непрацездатності, з подальшою інвалідизацією. Зростаюча актуальність проблеми обумовлена її поширеністю, суттєвим впливом на якість життя і соціальне функціонування людини.

Травматична хвороба, як і будь-який інший патофізіологічний процес, супроводжується десинхронізацією параметрів гомеостазу в організмі людини. Ще у 1936р. канадський вчений Ганс Сельє (H. Selye), у своїй концепції стресу встановив, що різні фізіологічні стани, не див-

лячись на різноманіття їх проявів, обумовлених специфікою дії конкретних чинників, мають типову неспецифічну реакцію, і можуть викликати стереотипну неспецифічну відповідь організму у вигляді стимуляції кори надниркових залоз та атрофії тимо-лімфатичного апарату тощо.

Патогенез ураження нервової системи при соматичних захворюваннях обумовлений, головним чином, обмінними, токсичними, судинними і рефлекторними розладами. Зсув гомеостазу, як внутрішній стрес-чинник, запускає каскад патологічних механізмів, що безпосередньо впливають на нервову тканину (нейрони, аксони, синапси, гліозні клітини тощо). В контексті щодо головного мозку, церебральний гомеостаз можна визначити, як стабільне функціонування мозку та його окремих систем у фізіологічних межах в період спокою і при природньо-виникаючих збуреннях. У найбільш загальному значенні – можна відмітити, що це є взаємодія активуючих (збуджуючих) та деактивуючих (інгібіторних, сомногенних) ретикуло-таламо-кортикальних систем мозку, які забезпечують функціонування мозку та протікання закономірно-змінюючих функціональних станів. Синхронізуючі та десинхронізуючі системи є складовою частиною лімбіко-ретикулярного комплексу, інтегративної системи, що здійснює надсегментарну вегетативну регуляцію.

У той час, як стан спокою – викликає зниження реактивності гіпоталамуса, а отже, і зниження емоційної збудливості, що веде до зменшення низхідних корково-гіпоталамо-соматичних розрядів в системі зворотнього зв'язку.

Особливості психоемоційних стресорів полягають в їх тенденції до хронізації та самопосиленню. На відміну від гуморальних показників, – їх точні значення не піддаються чіткому підрахунку і вимірюванню, а використання суб'єктивних опитувальників – виявляє значні варіації щодо кінцевого значення показників. Водночас із цим, психічні стресори – є значно менш запобіжними, ніж фізичні, і можуть діяти навіть у відсутності подразника, що потребує іншого підходу в питаннях терапевтичних та реабілітаційних заходів.

Таким чином, вивчення та розуміння цих двох ланок патогенезу допоможе більш якісно й індивідуально підійти до подальшої схеми патогенетичних методів лікування та формування комплаєнсу.

## ПОСЛЕДСТВИЯ ИМИТАЦИИ ОРГАЗМА У ЖЕНЩИН

Кочарян Г. С.

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования*

Как известно, оргазм может быть как истинным, так и ложным (имитируемым, симулируемым, фальсифицируемым). Статистика утверждает, что от 63 до 92% всех женщин хотя бы однажды прибегали к имитации оргазма, а 26% женщин подделывают оргазм каждый раз, когда они занимаются сексом. Анализ показывает, что имитация оргазма может вести к следующим последствиям:

1. Одним из негативных последствий имитации оргазма женщиной может стать возникающее к ней недоверие. Распознав, что она его обманывает, мужчина перестает доверять ей и в других вопросах, что вызывает сложности во взаимоотношениях вне спальни и значительно повышает возможность развода. Если мужчина узнает, что его партнерша имитирует оргазм, то у него могут сформироваться серьезные комплексы и недоверие по отношению к женщине. Даже если она начнет испытывать истинный оргазм, то не исключено, что мужчина будет насторожен и продолжать подозревать ее в обмане.

2. «Подделка ведет к отключению от ваших телесных ощущений и восприятий», – говорит Грейси Ландес (Gracie Landes), сексуальный и семейный терапевт из Нью-Йорка. И это разединение может обусловить более трудное достижение оргазма, поскольку, чтобы достичь кульминации, человеку необходимо «присутствовать».

3. Чем чаще женщина имитирует оргазм, тем более вероятно, что истинный оргазм будет возникать у нее все реже и реже. Особенно вредна опасность постоянной имитации оргазма, создающая прочный патологический поведенческий стереотип, который прочно фиксируется.

4. Постоянное отсутствие оргазма может привести к хроническим заболеваниям органов малого таза, спровоцированным застойными явлениями в них. Естественно, что такой сценарий возможен при выраженном сексуальном возбуждении женщины.

5. Сообщается, что при сексуальном возбуждении у женщин происходит активный вы-

брос в кровь эстрогенов, и это вызывает прилив крови к половым органам и молочным железам. Если женщина во время секса испытала полноценный оргазм, ее организм достаточно быстро приходит в норму. Если же его не было, то для восстановления исходного гормонального уровня потребуется значительно больше времени. Это чревато развитием мастопатии и разрастанием миометрии, что способствует образованию миомы.

6. Делая вид, что каждый раз мужчина доставляет женщине неземное удовольствие, хотя на самом деле этого не происходит, женщина не добьется от него никакого изменения в поведении. Он будет уверен, что все делает так, как надо, и не будет изменять свою технику, что исключит возможность достижения истинного оргазма. Не следует имитировать быстрое наступления оргазма, так как в будущем это может оказать неблагоприятное влияние на последующее прилежание и усердие партнера и исключит возможность наступления у женщины истинного оргазма.

7. Имитация оргазма может препятствовать наступлению настоящего оргазма. Во время полового акта, чтобы избежать подозрений, женщине все время приходится думать о том, что она должна симитировать. В таких случаях испытать истинный оргазм довольно трудно.

8. Можно встретиться с сообщениями о том, что имитация оргазма некоторыми женщинами может привести к наступлению истинного оргазма. М. Сильвер (M. Silver) пишет: «Но, очевидно, подделка не всегда плоха для вашей сексуальной жизни». Согласно исследованию Эрин Б. Купер (Erin B. Cooper), докторанта клинической психологии в Университете Темпл (Temple University), притворство в оргазме может фактически увеличить сексуальное удовлетворение женщины. Она представила результаты своего исследования на Ежегодной конвенции Американской психологической ассоциации в Сан-Диего. Ее заключение состоит в следующем: «Некоторые женщины могут «подделывать» это, пока не сделают это», что имеет смысл. Если фальсификация оргазма заставит вашего партнера больше возбудиться, это может вызвать у вас достаточное возбуждение, чтобы добраться до «финиша».

Следует обратить внимание на рекомендации J. Lo Piccolo, W. C. Lobitz (1972), которые



предложили эффективную технику терапевтической мастурбации для лечения аноргазмии. Программа, предложенная ими, включает 9 последовательных этапов продолжительностью 1 нед. каждый. На шестом этапе рекомендовалась стимуляция вибратором, а также имитация переживания оргазма с помощью неартикулированных криков и т.п. в случае возникновения подозрения, что женщина стыдится или боится «непристойной» утраты самоконтроля. Из этого следует, что «прорыв» к оргазму при некоторых вариантах психогенной аноргазмии может быть облегчен с помощью имитации сексуального возбуждения с использованием вокализации.

На основании вышеприведенных данных, можно сделать следующие выводы. В большинстве случаев имитация оргазма может приводить к неблагоприятным последствиям. Вместе с тем, если речь идет о кратковременных случайных связях, то в ряде случаев она может быть рекомендована. Также эта имитация может быть оправдана, если в некоторых случаях она эпизодически используется при длительных сексуальных отношениях. Существует возможность положительного влияния имитации оргазма женщинами за счет того, что она влияет на степень сексуального возбуждения мужчины, а это приводит к усилению этого возбуждения у женщины и повышает ее способность к достижению истинного оргазма. По всей видимости, имитация сексуального возбуждения женщиной с использованием вокализации может облегчить наступление у нее оргазма при некоторых вариантах психогенной аноргазмии.

## **ПРИЧИНЫ, ПОБУЖДАЮЩИЕ МУЖЧИН К ИМИТАЦИИ ОРГАЗМА**

**Кочарян Г. С.**

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования*

Исследования свидетельствуют о том, что к имитации оргазма прибегают не только женщины, но и мужчины, но делают они это гораздо реже. По разным данным частота имитации оргазма мужчинами составляет от 10 до 50%. Называют следующие причины, обуславливающие ее:

1. Чтобы не показаться сексуально несостоятельным.
2. Чтобы не обидеть фактом отсутствия оргазма свою партнершу. Имитация оргазма у

молодого человека может быть ожидаемым ответом на то, что оргазм у девушки уже наступил, и данная имитация – предсказуемый ответ на существующие ожидания, гарантирующий наилучшую реализацию сценария. В таких случаях говорят, что «мужчины чувствуют давление на оргазм, так как именно им заканчивается секс».

3. Чтобы не ущемить самолюбие партнерши, которая может принять на себя ответственность за неспособность мужчины испытать оргазм и почувствовать себя недостаточно любимой, сексуальной и умелой. Если у мужчины нет оргазма, то женщина может заподозрить его в потере интереса к ней или в наличии у него любовницы. Для женщины отсутствие оргазма у мужчины может означать ее непривлекательность для него.

4. Чтобы удовлетворить потребность партнерши в синхронном оргазме, что повышает ее самооценку.

5. Из-за усталости, которая исключает возможность наступления истинного оргазма.

6. Озабоченность чем-либо, стресс, например, проблемы на работе, от которых мужчина не может отвлечься даже во время интимной близости.

7. Короткая прелюдия или ее отсутствие. Мужчины в возрасте нуждаются в прелюдии, при ее отсутствии оргазм может не наступить. Со временем мужчине требуется больше времени, чтобы возбудиться. Это касается и достижения наивысшего пика наслаждения.

8. Некоторые мужчины имитируют оргазм, чтобы продемонстрировать женщине большую чувственность и сексуальность, чем у них имеется на самом деле, тем самым производя впечатление.

9. Прием значительных количеств алкоголя, что затрудняет наступление оргазма.

10. Часто мужчина, желая в первую очередь порадовать оргазмом партнершу, затягивает с собственным. Иногда случается так, что самому порадоваться уже не представляется возможным. Мужчина может несколько раз «перетерпеть», пытаясь удовлетворить партнершу, и потом уже сам не сможет достигнуть оргазма. В этих случаях для создания видимости благополучия мужчина мо-

жет прибегнуть к имитации оргазма.

11. Из-за давления партнера.
12. Отсутствие интереса к женщине.
13. Однообразии и скуки при занятии сексом.
14. Следует отметить, что побудительным мотивом к имитации оргазма у мужчин может быть отсутствие эякуляции при половом акте, обусловленное патологией, имеющей психогенное или соматогенное происхождение. В этих случаях непременно следует обратиться за медицинской помощью.

Р. Крукс, К. Баур (R. Crooks, K. Baur) (2005) среди причин имитации оргазма называют неэффективную коммуникацию или недостаточную осведомленность о сексуальных техниках, попытки таким способом скрыть факт ухудшения отношений (Ellison, 2000; Lauersen & Graves, 1984).

Charlene L. Muehlenhard и Sheena K. Shipree (2010), проведя опрос студентов колледжа (180 мужчин и 101 женщина), в своей статье называют ряд причин, приводящих к имитации оргазма. Среди них желание, чтобы секс закончился, так как возникновение оргазма было маловероятным, стремление избежать негативных последствий (например, ущемить чувства своего партнера) и иметь позитивные последствия (например, угодить своему партнеру). Также авторы называют желание следовать сексуальному сценарию, в котором женщинам следует получать оргазм от мужчин, а те несут ответственность за наступление оргазма у женщин.

### **СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ АТО, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОКЛ ЦЕМП И МК**

**Криворотько Я.В.**

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования,  
кафедра психотерапии*

С момента начала проведения АТО в Украине наблюдается существенное изменение общественного сознания и связанные с этим психоэмоциональное перенапряжение и психологическая дезадаптация людей. Хронический стресс, вынужденное переселение

из зоны АТО и другие факторы приводят к отрицательному влиянию на течение беременности и увеличению процента осложненных родов, ухудшению психоэмоционального состояния женщин, особенно имеющих недоношенных, новорожденных с патологией и находящихся в тяжелом состоянии после родов детей. Особое место в связи с этим занимают беременные и родившие женщины-переселенцы из Луганской и Донецкой областей, а также проживающие в зоне АТО. Было обследовано 78 женщин. Все беременные и роженицы имели тяжелую соматическую либо акушерскую патологию, а также у них были выявлены различные непсихотические психические расстройства. Исследовались беременные женщины от 18 до 45 лет, из них: беременных 67,9%, рожениц 32,1%.

У беременных женщин – переселенцев и проживающих в зоне АТО ведущими были: астенический и невротический синдромы, которые были наиболее распространены и составили 49,1%. Тревожно-фобический синдром наблюдался у 22,6% женщин. Ведущими страхами были: страх военных действий, а также страх громких и резких звуков, взрывов. Для выехавших из зоны АТО были выражены тревоги и страхи о здоровье и жизни близких, которые остались в зоне военных действий. Из 25 родивших женщин у 10 были преждевременные роды, что составило 40% от общего количества родивших. Из них у 32 % женщин выявлялся тревожно-депрессивный синдром. Переживания родивших, в основном, касались здоровья и жизни новорожденных, независимо от начала боевых действий. Снижение настроения женщины связывали с, в первую очередь, преждевременными родами и возникшими проблемами, связанными с появлением недоношенного ребенка, тяжелым состоянием новорожденного, семейным конфликтом и отсутствием поддержки со стороны близких в трудную минуту, в связи с их далеким нахождением, так как женщины находились в стационаре достаточно длительный срок.

## **ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ**

**Кудінова О.І.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти,*

*кафедра психотерапії*

Відомо, що однією з найпоширеніших форм вегетативної дисфункції є панічний розлад (ПР), що проявляється пароксизмальними порушеннями у вигляді панічних атак (ПА) з вегетативними, емоційними та ідеаторними включеннями.

ПА звичайно виникають на тлі психогенних (кульмінації конфлікту, гострого стресового впливу), а також біологічних (гормональна перебудова, початок половою життя). У той же час, у загальних діагностичних критеріях ПР зазначено, що ПА розвиваються поза яким-небудь зв'язком з поточними психологічними факторами.

Детально вивчивши проблему та взявши до уваги світовий досвід, нами було проведено клініко-психопатологічне дослідження 40 хворих на ПР, що в результаті дозволило визначити структуру проявів та загальні закономірності формування непсихотичних порушень психічної сфери.

В результаті роботи була побудована система психотерапії за етапним та мультимодальним принципами. Вона включала в себе наступні етапи:

I етап «Оцінювання психоемоційного стану» – починався з моменту надходження хворого в стаціонар і був спрямований на визначення стану емоційної сфери та мішеней психокорекції (1 сеанс).

II етап «Формування комплаєнсу» – містив в собі заходи з формування комплаєнсу, первинного встановлення психологічного контакту та формування позитивної мотивації до лікування (2 сеанси).

III етап «Психотерапія і психокорекція» – включав індивідуальну і групову психотерапію, що були спрямовані на зміни активної життєвої стратегії, самосприйняття шляхом усвідомлення змісту життя та його якості, наявності важливої стратегічної мети (10 сеансів).

IV етап «Психологічний супровід та аналіз ефективності системи психотерапії» – включав 4 сеанси індивідуальної психотерапії з елементами сімейної психокорекції.

Розроблена схема показала свою значну ефективність. Значне поліпшення було визначено у 14 пацієнтів, незначне у 4 пацієнтів, та у 2 хворих практично без змін.

## **ПЕРЕВАЖАЮЧІ СТРАТЕГІЇ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РІЗНОЮ СПРЯМОВАНІСТЮ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ**

**Курганов Р.І., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

Актуальність проблеми полягає в тому, що умови, в яких протікає життєдіяльність сучасної людини, часто по праву називають екстремальними і стимулюючими розвиток стресу. Це пов'язано з багатьма чинниками і погрозами, у тому числі політичними, інформаційними, соціально-економічними, екологічними, природними.

Для того, щоб упоратися із стресовими ситуаціями, людина впродовж свого життя виробляє так звані копінг-стратегії, тобто систему цілеспрямованої поведінки по свідомому опануванню ситуації для зменшення шкідливого впливу стресу. Зараз можна говорити про загальне зниження відчуття безпеки і захищеності сучасної людини. Ситуація загрози життю в сучасному світі все більше стає звичним атрибутом так званого мирного життя. Це пов'язано в першу чергу з підвищенням загрози фізичного та іншого насильства, терористичних актів, техногенних і екологічних катастроф тощо.

Вивчення локусу контролю (ЛК) дозволяє визначити особову характеристику, що відображає схильність індивіда приписувати відповідальність за успіхи і невдачі своїй активності, або зовнішнім обставинам, умовам і силам. Зв'язок спрямованості локусу контролю і моделі поведінки людини у стресових ситуаціях ґрунтується на таких важливих аспектах людського життя, як відповідальність, схильність до рішучих дій. Відповідальність людини за своє життя є важливою характеристикою життєвої позиції, яка розглядається як здатність людини до організації своєї життєдіяльності. Узагальнюючи всі наявні досягнення особистості, життєва позиція починає визначати її спрямованість.

Ступінь розвиненості почуття відповідальності може розглядатися як одне з головних відносин до життя. Давно було відмічено, що люди по-різному визначають причини своїх життєвих успіхів і невдач. Одні більшою мірою

схильні брати на себе відповідальність за те, що відбувається з ними, шукати причини того, що відбувається в особливості свого характеру і поведінки, в наявності чи відсутності якихось рис особливості (інтернальний ЛК). Інші покладають цю відповідальність на оточуючих людей, події, що відбуваються, на збіг обставин, долю тощо (екстернальний ЛК).

Методологічною основою дослідження локусу контролю були основні теоретичні та методологічні положення, сформульовані у працях таких дослідників як Дж. Роттер, А. Бандура, Д. Майерс, Р. Лао та ін. Вітчизняні вчені, що вивчали дану проблему – С. Пантелєєв, В. Столін, Є. Бажин, Є. Голинкіна. Теоретичною і методологічною основою дослідження стратегій копінг-поведінки були праці таких дослідників як А. Лазарус, С. Фолкман.

В нашому дослідженні були використані наступні методики: для визначення спрямованості локусу контролю – методика «Рівень суб'єктивного контролю» Дж. Роттера. Для виявлення переважаючих моделей копінг-поведінки була використана методика «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана. В дослідженні взяли участь 80 респондентів віком 18 – 22 років.

В результаті проведеного дослідження ми зробили наступні висновки.

Теоретичні підходи вивчення проблеми стратегій копінг-поведінки та локусу контролю в працях зарубіжних і вітчизняних авторів дозволили відмітити, що копінг – це безупинно мінливі когнітивні і поведінкові спроби впоратися із специфічними зовнішніми або внутрішніми вимогами, які оцінюються як надмірні або перевищують ресурси людини. До копінг-ресурсів, що допомагають впоратися із стресогенними ситуаціями відноситься поняття спрямованості локусу контролю як риси особистості, що виражається у схильності людини брати на себе відповідальність за події, що відбуваються або заперечувати свою відповідальність і приписувати її зовнішнім обставинам.

В дослідницькій частині роботи – визначили типи спрямованості локусу контролю і виділили три групи випробовуваних, які володіють різним ступенем інтернальності-екстернальності локусу контролю: 1 група – екстернали (40%), 2 група – інтернали (32%), 3 група – проміжний тип (28%).

Вивчили домінуючі копінг-стратегії у осіб в виділених групах обстежених. При порівнянні базисних стратегій у групах з різною локалізацією локусу контролю, отримані результати дають нам можливість стверджувати, що інтернальний тип локусу контролю знаходить яскраве вираження у копінг-стратегії вирішення проблеми ( $p \leq 0,01$ ). Екстернали переважно використовують стратегію уникнення ( $p \leq 0,01$ ), у той час як проміжний тип намагається застосовувати в разі зіткнення з проблемою різноманітні стратегії поведінки. Так як проміжний тип володіє більш широкими можливостями змінювати свою поведінку в залежності від вимог ситуації, нам здається, що це робить його найбільш адаптивним в порівнянні з особами інших типів, а отже позиція проміжного типу є найбільш вигідною і ефективною при зіткненні зі стрес-ситуацією.

### **ПСИХОПРОФІЛАКТИКА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

**Лещина І.В., Мозгова Т.П., Латанська Н.С.**

*Харківський національний медичний  
університет, м. Харків*

Вступ. Порушення психічного здоров'я внаслідок психологічної травми, пов'язаної з війнами та конфліктними ситуаціями, є серйозною проблемою системи охорони здоров'я багатьох країн світу. І, нажаль, сьогодні Україна не є винятком. Великий тягар наслідків збройного конфлікту лягає на плечі цивільного населення. За даними Державної служби України з надзвичайних ситуацій, в країні налічується понад один мільйон внутрішньо переміщених осіб, серед яких значну частку складають особи молодого віку та студентська молодь. У осіб, які мають досвід перебування в зоні збройного конфлікту, спостерігається широкий спектр психічних розладів, в структурі яких важливе місце посідають розлади адаптації, що мають несприятливі психосоціальні наслідки. Розробка та впровадження заходів психопрофілактики розладів адаптації у внутрішньо переміщених осіб молодого віку в університетському середовищі на сьогодні є одним з найактуальніших питань збереження їх психічного здоров'я. Зазначене вище визначає мету дослідження: на підставі комплексного дослідження розробити

систему психопрофілактики розладів адаптації у внутрішньо переміщених осіб молодого віку.

Матеріали та методи дослідження. Впродовж 2014-2016 років було обстежено 126 студентів-медиків 2-6 курсів, яких було переведено на навчання до ХНМУ з навчальних закладів, розташованих на території Донецької та Луганської областей, серед яких 78 (61,9%) учасників жіночої статі та 48 (38,9%) чоловіків. Середній вік обстежених склав  $20,22 \pm 0,058$  років. В рамках проведеного дослідження встановлені та систематизовані соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, психодіагностичні аспекти стану психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб з числа студентської молоді, що лягли в основу розробки, впровадження та оцінки ефективності системи психопрофілактики адаптаційних розладів.

Результати дослідження та їх обговорення. Зміни функціонування психічної діяльності у формі сильних негативних емоцій, таких як страх, тривога, поведінкових порушень, розумової і фізичної перевтоми, трансформації системи базисних переконань спостерігалися у 86% обстежених. При цьому клінічно окреслені прояви розладів адаптації було виявлено у 32 осіб (25,4%). Найбільш представленими формами адаптаційних розладів були змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22) – 46,8% та короткочасна депресивна реакція (F43.20) – 34,3%. При цьому змішані тривожно-депресивні реакції частіше діагностували у студенток, чоловіки достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) виявляли короткочасну депресивну реакцію.

Важливим елементом збереження психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб молодого віку є впровадження заходів психопрофілактики розладів адаптації. Первинна профілактика була спрямована на встановлення та усунення маркерів ризику розвитку дезадаптивних станів у студентів з числа внутрішньо переміщених осіб, з подальшим проведнням комплексу заходів, що спрямовані на вирішення побутових питань й потенціювання резистентності до психічних розладів, підвищення рівня захищеності, соціалізації, професійних мотивації та самовизначення, оптимізації способу життя, навчання та відпочинку тощо. Вторинна психопрофілактика була направлена на ранню діагностику та прогноз динаміки розладів адаптації з застосуванням розробленого

в ході дослідження скринінгу. Заходи в структурі третинної психопрофілактики базувалися на якісній оцінці клінічної картини розладів адаптації, її інтерпретації з прийняттям оптимального клінічного рішення та полягали у комплексному застосуванні психокорекції й психофармакотерапії. Їх метою були клінічне одужання та запобігання поглибленню наявних психічних розладів. Психопрофілактична робота зі студентами проводилась з диференціацією за статтю, що обумовлено наявністю значної кількості достовірних розбіжностей по результатах соціально-демографічного, клінічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного досліджень у чоловіків та жінок.

Таким чином, емоційні розлади, загострення рис особистості, поведінкові порушення, трансформація системи базисних переконань є найважливішими компонентами дезадаптивних розладів у внутрішньо переміщених осіб студентів, що призводять до значних несприятливих психосоціальних та академічних наслідків. Розробка та своєчасне впровадження в університетському середовищі психопрофілактичних заходів розладів адаптації є однією з пріоритетних напрямків збереження та укріплення здоров'я студентів-внутрішньо переміщених осіб та повинні бути комплексними, диференційованими та максимально наближені до споживача.

## **ПОПЕРЕДЖЕННЯ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ З ЗОНИ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Лісова Є.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра наркології*

На тлі бойових дій у східних регіонах України, із зони проведення антитерористичної операції спостерігається переміщення великої кількості людей, в тому числі дітей і підлітків. За даними психологічного дослідження, яке проводилося під егідою Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) у Донецькій області, майже 40% дітей віком 7-12 років та більша частина дітей віком 13-18 років стали безпосередніми свідками подій, пов'язаних із війною. Відповідно 14% та 13% з них бачили танки та іншу військову техніку, 13% та 22% – бачили бої та сутички, 4% і 15% – побиття знайомих людей, 6% та 5% – стали свідками погроз застосування зброї. Декілька осіб

з опитаних бачили вбитих і тяжкопоранених. Також 76% дітей віком 7-12 років та 43% дітей віком 13-18 років відчували страх, коли ставали свідками вищеповисаних подій.

Підлітковий вік є яскравим прикладом психофізіологічної преформації, яка робить людину особливо чутливою і вразливою до зовнішніх факторів впливу. Емоційні переживання, такі як тривожні, депресивні, відчуття самотності, страху за своє життя та життя близьких є предикторами формування різних форм аддикцій. Такі стани можуть поєднуватися з психічними відхиленнями й розладами, які починаються в підлітковому віці. У зв'язку з вищезазначеним, суттєво підвищується роль та значимість розробки та впровадження програм з попередження та боротьби з формуванням аддиктивної поведінки у систему психосоціальної реабілітації підлітків, тимчасово переміщених з зони локальних бойових конфліктів.

За умови згоди батьків та самих підлітків, тимчасово переміщених з зони проведення АТО, нами обстежено групу з 30 осіб віком від 13 до 18 років, які проходили психосоціальну корекцію в центрі психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман Екопарк» впродовж 6 місяців. Окрім стандартного обстеження, яке проводять при відборі у групи психосоціальної корекції, було проведено опитування підлітків стосовно їх відношення до вживання психоактивних речовин (ПАР) та обізнаності про наркотичні речовини і формування залежності від них. Використовувався клініко-соціальний та клініко-анамнестичний методи діагностики.

На основі проведеного обстеження були визначені наступні фактори формування аддиктивної поведінки у дітей та підлітків, переміщених з зони АТО:

- перебування в умовах бойових дій значно посилює потребу та прискорює пошук швидкого позбавлення стану дистресу;
- основними мотиваційними спонуканнями до вживання ПАР у обстежених були прагнення до відчуття: релаксації; стимуляції мозкової та фізичної діяльності в умовах дистресу; до покращення психоемоційного стану;
- превалювання у формуванні інтересу та мотивації до вживання ПАР мали внутрішньосімейні стосунки та приклад аддиктивної поведінки батьків;

- спостерігалось парадоксальне (негативне) ставлення підлітків до алкоголізації батьків та родичів, при тому, що у багатьох дітей на тлі цієї ситуації сформована схильність до спиртного;
- найбільший інтерес у більшості підлітків віком від 13 до 15 років виявлявся до таких ПАР: нікотин, гуарана та таурин у складі енергетичних напоїв, похідні марихуани та «спайси», слабоалкогольні напої; у віці від 16 до 18 років - частіше викликали інтерес нікотин, слабо-алкогольні та міцні алкогольні напої (пиво, горілка тощо), похідні марихуани, «спайси» і кодтерпін.

### **Висновки:**

1. Діти і підлітки, переміщені із зони бойових дій, потребують уваги та психореабілітаційної роботи не тільки психологів, психотерапевтів, а й підліткових наркологів.

2. Важливим завданням психотерапевтичної та наркологічної служби є розробка та впровадження в систему психосоціальної реабілітації психоосвітніх програм, психотерапевтичних превентивних заходів стосовно профілактики аддиктивної поведінки серед дітей та підлітків.

3. Активна взаємодія наркологічної служби з організаціями, які надають психологічну та психотерапевтичну допомогу переміщеним особам з зони АТО, сприяють покращенню психогігієнічної та психопрофілактичної допомоги дітям і підліткам.

4. Родини дітей та підлітків, тимчасово переміщених із зони АТО, при наявності осіб, які зловживають психоактивними речовинами, потребують сімейної психокорекції.

### **ФЕНОМЕН АФІЛІАЦІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСОБИСТОСТІ**

**Махонько Д.С., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

Спілкування в житті людини є засобом взаємодії, за допомогою якого люди встановлюють контакт, обмінюються певною інформацією та пізнають один одного. Проблема підвищення ролі афіліативної потреби не так давно стала предметом наукового дослідження в психології. Це пов'язано з тією обставиною, що афіліативна потреба як психологічний феномен істотно впливає на всю особистість в цілому, підвищує

---

## **ПОБУДОВА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРАХУВАННЯМ РЕФОРМ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Михайлов Б.В.**

*Харківська медична академія післядипломної  
освіти, кафедра психотерапії*

мотивацію і продуктивність діяльності і розширює уявлення про її ефективність. Афіліація – це прагнення бути в товаристві інших людей, потреба людини в створенні теплих, емоційно-значущих стосунків з іншими людьми. Прагнення до зближення з людьми, дружба, любов, спілкування – все це підпадає під поняття афіліації. Формування даної потреби обумовлено характером взаємин з батьками, з однолітками і може порушуватися при провокуванні ситуацій, пов'язаних із тривогою і невпевненістю у собі, що призводять до виникнення почуття самотності, безпорадності.

Проблема афіліації визначається соціальним контекстом. Мова йде про міжособистісну взаємодію, у процесі котрої реалізується афіліативна потреба особистості, причому життя людини є тією площиною, що сприяє задоволенню афіліативної потреби та постійно її актуалізує. Комунікативний простір міжособистісних відносин відкриває широкі можливості особистості – саморозкриття, прийняття, розуміння тощо, в основі котрих лежить довіра. Часто у розбудові міжособистісних стосунків має місце депривація афіліативної потреби, що призводить до деформації особистості. Страх відкидання – очікування нерозуміння, невдачі при побудові відносин, формується на підставі попереднього досвіду, а також пов'язаний з особистісними особливостями – це негативна сторона афіліації. Саме через нього люди прагнуть до прийняття їх іншими людьми. Тому потреба в афіліації (прагнення до прийняття) і страх відкидання пов'язані один з одним.

Важливим елементом в житті людини є формування сприятливого психологічного клімату, який дозволяє не тільки значно підвищувати ефективність здійснюваної діяльності, але і сприяє створенню оптимальних умов для розвитку особистості. Цьому сприяє розвиток афіліативної потреби.

Таким чином, афіліація як здатність і потреба контактувати з людьми, бути членом групи, взаємодіяти з оточенням, робити і приймати допомогу є необхідною умовою становлення особистості.

Зважаючи на важливість поліпшення системи надання медичної допомоги населенню України в умовах реформування галузі охорони здоров'я і необхідність формування нових організаційних форм функціонування лікувально-профілактичних закладів, хотів би винести на професійне громадське обговорення пропозиції по функціонуванню медико-психологічної і психотерапевтичної служби.

Європейським планом дій по охороні психічного здоров'я, до якого Україна приєдналася в 2005 році на Конгресі ВООЗ в Гельсінкі, передбачено: «Забезпечити надання послуг у галузі охорони психічного здоров'я з урахуванням вікових та гендерних особливостей службами первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованими установами, що функціонують у рамках єдиної мережі. Забезпечити доступ до психотропних препаратів і простим психотерапевтичним процедурам на рівні первинної медико-санітарної допомоги при найбільш поширених, а також важких психічних розладах, особливо щодо осіб з тривалими і стабільними психічними розладами, які проживають в даній громаді. Надавати за місцем проживання комплексну та ефективну лікувальну допомогу (включаючи психотерапію та медикаментозне лікування) з найменшими побічними ефектами, особливо коли мова йде про молодих людей, у яких вперше розвилася проблема психічного здоров'я».

В даний час істотно зростає роль психотерапії і медичної психології як в загальній системі надання медичної допомоги населенню, так і у її спеціалізованій ланці – соціально-орієнтованій психіатричній допомозі. В структурі загальносоматичної мережі психокорекція та психотерапія повинні застосовуватися як основний метод у лікуванні таких розповсюджених патологічних станів, як: психосоматичні захворювання, невротичні і депресивні розлади, які перебігають під «маскою» соматичних захворювань.

В спеціалізованій психіатричній мережі психокорекція і психотерапія є єдиними засобами психосоціальної реабілітації хворих на

психічні розлади для відновлення рівня їх соціального функціонування і підвищення якості життя.

Діяльність психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів регламентується Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 року №199 зареєстрований Міністерством юстиції за № 577/15268 від 03.07.2008 року, який визначає сферу їх компетенції, а саме:

6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація); психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний.

На первинному рівні – має бути проведена підготовка лікарів загальної практики – сімейної медицини навичкам скрінингового виявлення хворих на невротичні і соматоформні розлади, і психосоматичні розлади з психоемоційними порушеннями для направлення в лікувально-профілактичні заклади вторинного рівня.

В загальносоматичній мережі. На вторинному рівні:

– лікарня інтенсивного лікування – має бути створений кабінет лікаря-психолога / практичного психолога; контингент – хворі на гострі соматичні стани, у яких сформувалися вторинні психічні розлади – гострі реакції на стрес, депресивні, невротичні стани тощо;

– лікарня планового лікування – має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного-психолога; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання тощо;

– лікарня відновного лікування – мають бути створені психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного-психолога; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання тощо;

– багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування – має бути створений кабінет лікаря-психолога / практичного-психолога; контингент – невротичні розлади дитячого віку.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на вторинному рівні:

1. раціональної психотерапії;
2. сімейної психотерапії;
3. сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
4. тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);
5. арт-терапії.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5 можуть залучатися практичні психологи.

На третинному рівні:

– обласна лікарня (обласна дитяча лікарня) – мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання;

– медико-психологічний центр – мають бути створені психотерапевтичні відділення, ка-



бінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного психолога. Контингент – хворі на розлади психіки і поведінки, за виключенням гострих психотичних станів, хворі на вегето-судинну дистонію, психосоматичні захворювання;

– клініки науково-дослідних інститутів – мають бути створені психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного психолога; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання.

Мають бути створені кабінети лікаря-психолога, практичного психолога, кабінет лікаря-психотерапевта.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні:

1. Раціональної психотерапії;
2. Сімейної психотерапії;
3. Сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
4. Тренінги психосоціальної реабілітації

(тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);

5. Арт-терапії;
6. Когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
7. Психотерапії психодинамічного напрямку;
8. Групової психотерапії, як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5, 6, 8 можуть залучатися практичні психологи.

Лікарі також використовують сполучену фармакотерапію – атипіві нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

Спеціалізована психіатрична допомога. Обласна психіатрична (психоневрологічна) лікарня. Контингент – хворі на гострі розлади психіки і поведінки. Мають бути створені кабінети лікаря-психолога, практичного психолога, кабінет лікаря-психотерапевта.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні в структурі спеціалізованої психотерапевтичної допомоги:

1. Раціональної психотерапії;
2. Сімейної психотерапії;
3. Сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;

4. Тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);

5. Арт-терапії;
6. Когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
7. Психотерапії психодинамічного напрямку;

8. Групової психотерапії, як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

Сполучена фармакотерапія. До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5, 6, 8 можуть залучатися практичні психологи.

### **ИППОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ АТО С ПТСР**

**Михайлов Б.В.<sup>1</sup>, Водка М.Е.<sup>2</sup>, Вашките И.Д.<sup>1</sup>,  
Алиева Т.А.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия  
последипломного образования,  
кафедра психотерапии;*

*<sup>2</sup>Международный благотворительный фонд  
«Фонд Александра Фельдмана»*

Режим чрезвычайной ситуации существенно усугубляет условия жизнедеятельности, а в некоторых случаях полностью меняет их, заставляя человека задействовать все возможные резервы организма для обеспечения адаптации и компенсаторно-приспособительных реакций.

Расходование естественных ресурсов организма, таким образом, увеличивается, приводя к более быстрому истощению защитных сил, к дезадаптации и, в конечном итоге, к срыву адаптационных механизмов.

На сегодня, когда на территории Украины продолжают военные действия и вынужденные миграционные процессы, ежедневно появляются новые контингенты лиц, подвергающиеся воздействию стрессогенных факторов. Эти контингенты являются группой риска относительно возникновения у них различных расстройств психики и поведения психогенного происхождения.

Наиболее частым из них является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Целью этого исследования было внедрение Программы медико-психологической ре-

абилитации у демобилизованных участников АТО с ПТСР, которые находятся на реабилитации в санаторно-курортных условиях.

Всесторонняя психосоциальная реабилитация 375 комбатантов осуществлялась в ходе совместной программы Центра психосоциальной реабилитации Фельдман Экопарк, кафедрой психотерапии ХМАПО и Клиническим санаторием «Клинический санаторий «Березовские минеральные воды»» в 2015-2016 гг.

Основная психокоррекция пережитой травмы проводилась специалистами на базе Клинического санатория «Клинический санаторий «Березовские минеральные воды»», поддерживающая и эмоционально-стабилизирующая – на территории центра с помощью психотерапевтической облегченной верховой езды (ПОВ).

Одним из основных аспектов реабилитации комбатантов является восстановление их социального функционирования в мирное время. Важным аспектом психокоррекционных мероприятий является установление взаимодействия человека с природой.

Анималотерапия обеспечивает целостный и систематизированный терапевтический подход, в котором отношения между комбатантами и животными являются движущей силой улучшения актуального самочувствия бойцов.

Главным преимуществом данного направления является использование психотерапевтических методов работы с непосредственным пребыванием на лошади или рядом (прогулка). При этом на лошади не выполняются никакие упражнения или нагрузки, где коневод ведет лошадь. ПОВ проводится лицензированным, дипломированным психологом/психотерапевтом, работающим с соответствующей дипломированной профессиональной лошадью. ПОВ означает постоянные терапевтические отношения с четко установленными целями лечения, разработанные терапевтом совместно с клиентом.

Лошадь является неотъемлемой частью терапевтического процесса, в котором она обеспечивает ценную обратную связь при взаимодействии с комбатантами, поскольку обеспечивает доверительный, эмоциональный контакт в связи с их врожденной способностью читать эмоции и намерения людей.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

**Михайлов Б.В.<sup>1</sup>, Водка М.Е.<sup>2</sup>,  
Вашките И.Д.<sup>1</sup>, Алиева Т.А.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия  
последипломного образования,  
кафедра психотерапии;*

*<sup>2</sup>Международный благотворительный фонд  
«Фонд Александра Фельдмана»*

Одной из главных проблем современного общества является ухудшение здоровья детей как результат неблагоприятного влияния социально-экономических и социально-психологических факторов.

Украина, находясь в процессе Евроинтеграции, в 2005 г. присоединилась к Европейской Декларации охраны психического здоровья и Европейскому плану действий по охране психического здоровья на «Европейской конференции ВООЗ на уровне министров по охране психического здоровья, проблемах и путях их решения» в г. Хельсинки, Финляндия. Одной из первоочередных задач Европейского плана действий является разработка и внедрение комплексных, интегрированных и эффективных систем охраны психического здоровья, включающие такие элементы, как укрепление здоровья, профилактику, лечение и реабилитацию, уход и восстановление здоровья.

Проблема детского психического здоровья в Украине – это одна из наиболее актуальных проблем в здравоохранении страны.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается увеличение числа детей и подростков с нарушениями психической сферы и девиантными формами поведения (гиперкинетические расстройства, детский аутизм, ДЦП, синдром Дауна, социализированное расстройство и другие нервно-психические расстройства). Уже в начальных классах такие дети не в состоянии усвоить школьную программу, адаптироваться к специфическим условиям школьной среды.

Существенным недостатком уже существующих лечебно-реабилитационных программ является их сосредоточение на отдельных медицинских технологиях.

Единственно перспективным путем является интегративная система психосоциальной реабилитации детей и подростков с учетом

био-психо-социального единства человеческой личности на основе ранней диагностики и психосоциальной реабилитации детей и подростков с различными нарушениями психического развития.

Особенно важным является использование различных природных факторов в современную эпоху постиндустриального развития общества.

Международный благотворительный фонд «Фонд Александра Фельдмана» на территории Фельдман Экопарк создает центр психосоциальной реабилитации для детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами (далее – центр). Приоритетной задачей является восстановление био-психо-социальной гармонии человека в условиях современной урбанистически-деформированной среды обитания.

Основными формами работы центра являются индивидуальные и групповые формы работы с использованием различных методов.

Групповая работа направлена на формирование конструктивных шаблонов поведения у детей с соответствующей формой заболевания.

Наполняемость коррекционных групп от 8 до 12 человек. Продолжительность индивидуальных занятий не менее 30 минут, с группой – 90 минут. Периодичность занятий: индивидуальные занятия – 3 раза в неделю, групповые занятия – 3 раза в неделю.

На последнем, 4-м сопроводительном (суппортивном) этапе, детям и подросткам, прошедшим психосоциальную реабилитацию, предоставляется возможность участвовать в юннатских программах, которые включают в себя: проведение конкурсных творческих соревнований, волонтерские акции, научную деятельность на базе работы с животными; проведение закрытых групп у родителей по типу обратной связи, которые направлены на поддержание результатов коррекции и психопрофилактики возникновения новых трудностей в семейных и социальных взаимоотношениях. Данный этап заключается в совместном участии детей и родителей в волонтерской деятельности Фельдман Экопарк.

Спецификой данной Программы является предоставление консультативных индивидуальных и групповых форм занятий для педагогов

и воспитателей, направленных на помощь им в работе с детьми с психологическими, эмоциональными и поведенческими особенностями. При индивидуальной работе педагогов обучают правильной оценке психического состояния ребенка. На групповых занятиях проводятся психобразовательные программы, посвященные особенностям воспитательного процесса детей и подростков в школьной среде.

## **ДЕПРЕСІЇ СОМАТОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ**

**Михайлов В.Б.**

*Харківський національний медичний  
університет,*

*кафедра психіатрії, наркології та медичної  
психології*

Кінець ХХ та початок ХХІ століть характеризуються великою кількістю досліджень в галузі патології людини, проведених на межі різних спеціальностей. Зростання темпу життя, зміни в демографії, шкідливі звички, удосконалення інформаційних технологій та науково-технічні досягнення, постійний вплив стресу обумовлюють не тільки ріст соматичної патології, але й посилення рівня психоемоційної напруги, значне зростання розладів психіки та поведінки, психосоматичних захворювань у суспільстві. Формуються уявлення про універсальне значення психологічних і психотравмуючих чинників, що грають значну роль в перебігу мультифакторіальних захворювань (серцево-судинних та цереброваскулярних).

Найтяжчими ускладненнями серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань є інфаркт міокарда (ІМ) та мозковий інсульт (МІ). У більшості хворих, що перенесли ІМ та МІ, відзначаються різні розлади депресивного спектру, що утруднюють відновлювально-реабілітаційні процеси, є однією із головних причин тимчасової непрацездатності та інвалідності пацієнтів.

Таким чином, метою нашого дослідження було вивчення розладів депресивного спектру у осіб, що перенесли ІМ та МІ.

Для досягнення поставленої мети обстежено 120 хворих, що зазнали гострої судинної катастрофи. З них 60 осіб перехворіли на ІМ і 60 осіб – на ішемічний МІ. Нами були використані наступні методи дослідження: шкала особистісної тривожності і реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна; шкала депресії Бека (bDS), шкала депресії Гамільтона (hDRS), тест MMSe,

оцінку якості життя пацієнтів (Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., Yoon G., 1999), в адаптації Н.О. Марути.

Результати дослідження показали, що у хворих з ІМ в гострому періоді провідним є больовий синдром, що призводить до виражених психоемоційних розладів. На тлі збереження когнітивних функцій превалює фобічна, тривожно-депресивна симптоматика, вираженість якої безпосередньо залежить від вираженості больового синдрому. У подальшому первинний психо-емоційний, вітально зумовлений компонент зникає, формуються тривожно-депресивні порушення, гіпо- і анозогностичний типи сприйняття свого стану.

У пацієнтів з ІМ первинним є порушення рівня свідомості з когнітивними і астенічними порушеннями з подальшим формуванням психоемоційних розладів, тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі збереження когнітивних розладів. Розроблено систему психотерапевтичної корекції НПР у осіб, що перенесли ІМ та ІМІ, яка побудована за мультимодальним принципом. Для хворих з ІМ система включає проведення особистісно-орієнтованої, раціональної психотерапії та АТ, для хворих з ІМІ – гіпносугестивної, КБТ, когнітивно-го і аутотренінгу.

### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

**Ніконенко В.А.**

*Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня*

Психопатологічний процес у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) може розвиватися в результаті тривалих негативних психогенних чинників, особливо під впливом постійних негативних емоційних переживань, когнітивних порушень, емоційного вигорання. Невротичні розлади при АГ перебувають в фокусі інтересів широкої ланки лікарів загальносоматичної практики та психотерапевтів, лікарів-психологів як з ракурсу оцінки специфічної внутрішньої картини хвороби у пацієнтів, так і з точки зору обумовлених реакцій емоційної і когнітивної сфери пацієнтів на історію початку хвороби, часті хроніфікації та постійного прийому гіпотензивної фармакотерапії, ризику розвитку станів непрацездатності та інвалідизації.

В аспекті вивчення проблеми психосоматичних кореляцій у хворих на невротичні тривожно-депресивні розлади при АГ, ми провели комплекс анамнестичних, клініко-психологічних і клініко-психопатологічних досліджень у хворих на АГ з невротичними розладами, у основної групи пацієнтів – 125 осіб. Нами був проведений аналіз клінічного дослідження та розроблена психотерапевтична тактика при курації невротичних розладів у пацієнтів на АГ, прогноз реалізації подальших терапевтичних і психопрофілактичних заходів.

На початковій стадії АГ (1 підгрупа хворих) невротичні розлади проявлялися частіше неврастенічним симптомокомплексом у вигляді підвищеної стомлюваності, емоційної нестійкості і легких депресивних або депресивно-іпохондричних реакцій, тривожними розладами. У обстежених нами пацієнтів виявилось, що при збільшенні артеріального тиску психічний стан погіршувався, а при нормалізації АД самопочуття хворих ставало кращим і психопатологічні реакції нівелювалися.

На другій стадії розвитку АГ психопатологічні порушення у обстежених хворих (2 підгрупи) набували більш виражений характер. Особливо частішими були тривожно-депресивні розлади, іноді з обсесивними компонентами. Подібні стани частіше виникали гостро, нетривало.

Нами розроблена і проведена диференційована психотерапевтична програма, що складалася з чотирьох етапів: психодіагностичного, лікувально-корекційного, в ході якого проводилась оцінка психічного стану пацієнтів в стаціонарі і підготовка до амбулаторного етапу психотерапії, соціо-реабілітаційного, суппортивного, психопрофілактичного. В психотерапії етапність та послідовність заходів враховувала параметри впливів: особливості лікувального режиму, фармакологічного фону, сполучених методів психотерапії, немедикаментозних методів лікування, трудову терапію. Психотерапевтична тактика при невротичних розладах у хворих на АГ полягала в застосуванні конгруентних технік з урахуванням вираженості психопатологічної симптоматики, а саме: модифікації аутогенного тренування (АТ), у вигляді групової психотерапії, у формі тренінгу, гіпносугестивних технік, когнітивно-поведінкової психотерапії.

## **ОСОБЕННОСТИ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ**

**Рахманов В. М.**

*Директор ООО «НИИ детской и семейной психиатрии, психотерапии, психологии, медицинской и психосоциальной реабилитации»*

В последние десятилетия количество детей с различными невротическими и соматоформными расстройствами неуклонно растет. Наряду с другими патологиями особую актуальность имеет значительное увеличение ипохондрических расстройств (неврозов) у детей и подростков.

Ипохондрический невроз (ИПН) чаще наблюдается у детей старшего и подросткового возраста. Основные проявления заболевания совпадают с проявлениями у взрослых больных, но в структуре детского ИПН в основном преобладают озабоченность своим внешним видом и склонность к переживаниям по поводу возникновения определенных конкретных патологий. При этом их опасения носят чисто информативный рудиментарный характер и у специалистов могут вызвать определенное смущение, «смех», т.к. озабоченность подростков не вписывается в рамки медицинской терминологии, в т.ч. и структуры болезни.

В частности, если у взрослых ИПН носит соматический характер (боли, жжение и др.), у детей в подростковом возрасте, наоборот, связан с внешностью и на фоне этой озабоченности у них появляются негативные мотивы. Например, отказ от еды, чтобы похудеть (особенно у девушек), занятия спортом (позитивные мотивы в стремлении быть сильным, у мальчиков).

Ипохондрия имеет свои признаки: убежденность в наличии болезни, сосредоточенность на своем здоровье, боязнь болезни, упорное злоупотребление медицинской помощью. Благодаря быстрым и резким изменениям во время пубертата, сосредоточенность на них обычна для подростков. Хотя комплекс соматических симптомов встречается в этом возрасте нередко, возникновение ипохондрического состояния может быть связано с манкированием своих обязанностей (Исаев Д.Н., 2000).

Особенно проблемными являются те дети, у которых ИПН сочетается с неврозом навязчивых состояний, в структуре которых наблюдается деперсонализация, дереализация. У таких детей возможно возникновение суицидальных

намерений, депрессий, анорексии, поведенческих нарушений и др.

Екатерина, 14 лет. Натура впечатлительная, остро реагирует на происходящее вокруг. После известных событий в стране, постоянно испытывает страх прихода войны в их дом, в их район. Настроение портится после просмотра телепередач, особенно когда показывают погибших и горящие дома. Состояние резко ухудшилось, когда отцу из военкомата принесли повестку. Ему следовало явиться с вещами для отправки в зону боевых действий.

В школе на уроке физкультуры учитель сделал замечание в некорректной форме, намекнув, что она перебрала в весе для своего возраста. Девочка прекратила общение с учителем, сделавшем ей замечание, но ограничила себя в еде, ежедневно контролирует вес, пристальнее стала относиться к своей внешности. Таким образом, ребенок резко, за короткое время похудел на 18 кг.

После череды конфликтов в школе и дома на нервной почве, Екатерина однажды потеряла сознание и оказалась в больнице.

Во время беседы Екатерина доверила нам свою «тайну» и сообщила, что один раз брат обозвал её коровой, т.к. она съела его порцию чего-то вкусенького. Матери о конфликтных взаимоотношениях с братом не говорила. Мы вмешались в эту ситуацию. Брат извинился перед сестрой, и она простила ему свою обиду. Наши усилия по коррекции внутреннего мира девочки увенчались успехом.

Значимость ипохондрических расстройств у детей при оказании им лечебно-реабилитационных мероприятий должна учитываться в каждом случае индивидуально и каждый медицинский работник, и другие специалисты, работающие с детьми, должны соблюдать «стерильность» своих высказываний в присутствии больных детей и их родных.

## **ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Рахманов В. М.**

*Директор ООО «НИИ детской и семейной психиатрии, психотерапии, психологии, медицинской и психосоциальной реабилитации»*

В настоящее время еще недостаточно хорошо изучены психосоматические расстройства у детей разных возрастных групп.

Многолетние наблюдения за детьми младшего возраста свидетельствуют о нарастающем количестве различных невротических и соматоформных расстройств этой возрастной группы. В связи с этим, из-за сложности клинических проявлений психосоматических расстройств у детей, многие специалисты назначают неадекватное лечение.

По мнению разных авторов, частота психосоматических расстройств, встречающаяся в практике педиатров, составляет от 20 до 60%. В соматических больницах из 1000 обследованных, у 5% обнаружены конверсионные расстройства, причём у 66% эти расстройства являются первичными, у 34% – возникли на фоне имеющегося соматического заболевания /Folks D.G. et.al.,1984/.

Большой интерес представляют особенности этих расстройств у детей первого года жизни.

В частности, в младенческом возрасте расстройства, которые встречаются в практике педиатров, можно представить следующим образом: кишечные колики, метеоризм, срыгивание, жвачка, функциональный мегаколон, отказ от еды («анорексия грудничка»), ожирение, отставание в физическом развитии, частые приступы нарушения дыхания, кожные проявления (побледнение или гиперемия), аллергия новорожденных (нейродермит, зуд), монотонное кивательное или ритмичное кивательное движение тела, в том числе головы, туловища в состоянии сна или бодрствования, ранняя бронхиальная астма, нарушение циркадности сна, внезапная смерть младенца, метеозависимость, нарушение температуры тела, специфический запах изо рта, отсутствие реакции, в т.ч. ослабление или повышение воздействия сенсорных (звуковых, зрительных) и тактильных раздражителей на окружающих, потливость, нарушение функции ЖКТ, в том числе формирование кала (частый жидкий кал или запор), непереносимость или непереаривание определённых продуктов питания и др. Список перечисленных симптомов можно увеличить. Проведённый комплекс клинико-лабораторных и электрофизиологических исследований может подтвердить наличие органических поражений, либо можно наблюдать незаметное изменение этих показателей.

К сожалению, из-за отсутствия соответствующей медицинской литературы, специали-

сты – в частности, педиатры, семейные врачи – могут назначать неадекватную медикаментозную терапию, и в результате у некоторых детей можно наблюдать дальнейшее обострение этих симптомокомплексов, и они приобретают новые качества (видоизменяются, или временно устраняются – «притупляется» острота этих синдромов).

Однако тщательные психологические исследования могут подтвердить наличие в анамнезе этих детей негативных семейных факторов, в т.ч. семейных конфликтов, эмоциональных перенапряжений матери в период беременности и после рождения ребёнка.

После устранения психотравмирующих факторов в микро- и макросреде частота невротических и соматоформных расстройств у детей прекращается без применения медикаментозных препаратов.

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЯХ – РЕАЛЬНО ИЛИ ФАНТАЗИЯ**

**Рахманов В. М.**

*Директор ООО «НИИ детской и семейной психиатрии, психотерапии, психологии, медицинской и психосоциальной реабилитации»*

Испокон веков наше эволюционное наследие и генетическая память наших предков способствовали созданию зоологического, физиологического существа, известного в биологии как Homo Sapiens. У них на молекулярном уровне, на уровне сознания и подсознания, лежит также генетическая память, которая может победить самый тяжёлый недуг.

Опытные врачи-психотерапевты или специалисты, на основе многолетних наблюдений самых тяжёлых больных, могут констатировать тот факт, что при одной и той же патологии, у одного пациента выздоровление наступает за короткий срок, а у другого – долгая «не заживающая душевная и физическая» травма не поддается устранению даже самыми модными лечебными средствами.

Те специалисты, которые на уровне своих многолетних наблюдений и накопленных знаний осознают резервные возможности организма – «физиологического существа», в своей ежедневной практике успешно лечат и своевременно возвращают в строй самых тяжёлых личностей.

А другие специалисты, вооруженные компьютерными и академическими знаниями, со студенческой скамьи по прежнему практикуют «долгоиграющие» методы, в частности современные препараты, и игнорируя то, что природа дала нам огромный шанс умело использовать скрытые возможности нашего организма в борьбе с недугом.

В этом коротком сообщении хотелось бы привести пример об излечивании мальчика с тяжёлой травмой пищевода, при котором наши знания вытекают из опыта «борьбы со смертью» без применения медикаментов.

Ребёнок Дмитрий, 2,3 года. Из-за неосторожности родителей проглотил химическое вещество «Крот», которое используется в быту для чистки канализации. Из-за сильного ожога ребенку пришлось оперативным путем удалить травмированный пищевод и из части толстой кишки сделать новый пищевод.

Однако, после проведенной операции специалисты продолжали 2–3 раза в неделю, под общим наркозом, делать бужирование нового пищевода из-за его спазма и невозможности проглатывать пищу. До обращения к нам ребенку было проведено более 100 таких процедур.

Ребенок находится под нашим наблюдением в течение двух лет и за этот период ни разу не подвергался бужированию. Он физически окреп, занимается спортом и учится в школе.

На основании наших многолетних наблюдений следует отметить, что в руках опытных специалистов психотерапия является мощным лечебным средством при лечении больных самыми тяжелыми недугами.

### **КОРЕКЦІЙНІ ПРОГРАМИ ЩОДО ВНУТРІШНЬО-ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ, ЯКІ СКОЇЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'І**

**Романова І. В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

В Україні з 2009 року була створена та впроваджується державна «Програма корекційної роботи з особами, які вчинили насильство в сім'ї, та основні засади її реалізації» під керівництвом Міністерства соціальної політики України. Корекційна програма містить алгоритм взаємодії державних, правоохоронних, громадських організацій щодо організаційно-право-

вих засад впровадження корекційної роботи з особами, які вчинили домашнє насильство. 6 грудня 2017 року Верховна Рада України ухвалила закон «Про внесення змін до деяких законів України у зв'язку з ратифікацією Конвенції Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами».

У зв'язку з соціальними, економічними, психологічними наслідками озброєного конфлікту на сході України, більше мільйона внутрішньо-переміщених осіб (ВПО) були вимушені переселитися і адаптуватися до мирного життя, вирішувати життєві проблеми і проблеми безпеки в інших регіонах нашої країни. Додатково до пережитого складного досвіду в зоні збройного конфлікту і вимушеного переселення ВПО (більшості жінки), зіткнулися з ризиком, що посилюється, гендерно-обумовленого насильства, у тому числі домашнього. Небезпека і складна соціально-економічна ситуація, психологічна напруга в сім'ях ВПО приводить до зростання конфліктів і розлучень, і, як наслідок, частішають випадки домашнього насильства.

Згідно зі світовим та нашим дослідженням, ефективність психопрофілактики та попередження домашнього насильства підвищується, якщо до системи медико-соціальної допомоги залучені як постраждалі від домашнього насильства, так і особи, які вчинили насильство.

За останні 3 роки нами було проконсультовано та проведено психокорекцію 35 особам ВПО віком від 16 до 53 років (30 чоловіків та юнаків, 5 жінок та дівчат), які скоїли домашнє насильство більше одного разу.

Випадки домашнього насильства були зумовлені тривалим, хронічним характером дії негативних психогенних та соціально-психологічних чинників. Домашнє насильство – це реальна дія або загроза умисної фізичної, сексуальної, психологічної або економічної дії, примуси з боку однієї особи по відношенню до іншої, з якою особа має або мала інтимні або інші значущі стосунки, з метою контролю, залякування, навіювання почуття страху. Домашнє насильство, зазвичай, приховано від очей оточуючих, тому його попередження є важливим показником якості життя, особливо контингенту ВПО. Причини цього знаходяться в латентності феномену, відсутності загальноприйнятих критеріїв видів і типів насильства, труднощів фіксування випадків та експертизи

постраждалих від домашнього насильства. В медичних закладах фіксують наслідки фізичного насильства; при тому ж констатація психологічного, сексуального, економічного насильства залишається проблематичною. Часто самі постраждалі не мають бажання фіксувати випадок домашнього насильства в державних установах, таким чином виключають себе з системи допомоги, і агресори не потрапляють до психокорекційних програм.

Насильство може викликати різні порушення в емоційній та когнітивних сферах, в поведінці, розлади апетиту, сну; зловживання наркотиками, алкоголізм; мимовільне відтворення травматичних дій в насильницькій чи агресивній поведінці. Порушення, що виникають після насильства, зачіпають усі рівні людського функціонування, які призводять до стійких психологічних змін особистості усіх учасників і свідків домашнього конфлікту.

Корекційна програма складається з індивідуального психологічного консультування та групової психокорекції агресивної поведінки осіб, які повторно вчинили насильство в сім'ї, формування системи особистісного контролю за емоціями та поведінкою у цих осіб.

Важливим аспектом проведеного нами психологічного консультування і сімейної психотерапії, в плані профілактики рецидиву насильства, було оволодіння агресивними особами навичками оцінки рівня агресії у себе та контролю за своєю поведінкою, фокусування членів сім'ї на можливості адаптації, взаєморозумінні, залученні членів сім'ї до вираження своїх негативних та позитивних емоцій і переживань, формування нових можливостей безконфліктного спілкування членів сім'ї, попередження трансакцій членів родини, що провокують агресивну та девіантну поведінку членів родини, аналізі перспектив, визначення планів сім'ї ВПО. Розробка дієвих заходів психопрофілактики і психосоціальної допомоги не тільки постраждалим від домашнього насильства ВПО, але й особам, що вчинили насильство, поліпшення соціально-економічних показників сімей ВПО сприяють зниженню кількості випадків домашнього насильства і поліпшенню психічного здоров'я в цілому у популяції.

## **ПСИХОТЕРАПІЯ ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ГЕНДЕРНО ОБУМОВЛЕННОГО НАСИЛІЯ**

**Романова І.В.1, Филык В.С.2**

*<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия  
последипломного образования, кафедра  
психотерапии*

*<sup>2</sup>Харьковская клиническая больница на  
железнодорожном транспорте № 1 Филия  
«Центр охраны здоровья» ПАТ «Украинская  
железная дорога», отделение психиатрии*

Система оказания психотерапевтической и медицинской помощи женщинам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия (ГОН), в последнее десятилетие в Украине становится все более актуальной в связи с ростом случаев домашнего насилия и также насилия по признаку пола, усилением её социальной, психологической и медицинской значимости. Учитывая курс Украины на европейскую интеграцию, современное изменение украинского законодательства, предусматривающего защиту равенства прав и возможностей женщин и мужчин; унификацию действий относительно реализации программ и проведения кампаний по противодействию гендерно-обусловленного и домашнего насилия, проблема своевременной и квалифицированной помощи пострадавшим от ГОН приобретает особо острую социальную и практическую значимость. Пострадавшими от ГОН, в основном, становятся женщины, согласно официальной медицинской и социальной статистики последних 3 лет, – до 90% от количества всех пострадавших по признаку пола. Проблемы психотерапии, медико-социальной реабилитации и психологической поддержки пострадавших от ГОН и домашнего насилия особенно обострились в условиях вооруженного конфликта на востоке Украины, т.к. гражданское население, особенно женщины и дети, включая внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), составило подавляющее большинство среди тех, на ком негативно сказались последствия вооруженных конфликтов. Гендерно обусловленное насилие над женщинами имеет различные виды и формы, но их следствием всегда является психологическая и социальная дезадаптация, ущерб для психического, соматического и репродуктивного здоровья женщины, стойкое снижение качества жизни, не только женщины, но и членов ее семьи.

Нами были обследованы с 2013 по 2017 гг. 90 женщин, пострадавших от ГОН и домашнего



насилия в возрасте 19-50 лет, 24 женщины были из группы ВПЛ. В группе вмешательства проводилась психотерапия и длительнофокусная психосоциальная реабилитация всем 90 пациенткам, пострадавшим от ГОН. 54% пострадавших перенесли физическое насилие в виде побоев, ушибов, травм, порезов, 100% – психологическое давление в виде угроз и оскорблений, 5% – экономическое насилие, 6% перенесли сексуальное насилие.

Формой психологического давления на пострадавшего человека зачастую являлось манипулирование интересами ребенка при разводе, когда член семьи пытался оскорбить, унижить другого члена семьи и снизить авторитет, демонстрировали шантажные формы поведения. У большинства членов семьи (мужей, отцов, матерей, родственников наших пациентов) характерологические особенности в виде неуравновешенности, раздражительности, жестокости, склонность к агрессии приводили к нарушению внутрисемейных отношений и насилию в семье.

Проведенное нами экспериментально-психологическое исследование включало методики: тест определения уровня реактивной и личностной тревожности шкалы С.Д. Spielberge-Ханина; определение уровня нейротизма личностного опросника Н.Ж. Eysenck, определения стиля поведения в конфликтной ситуации К.Томаса, тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН.

У лиц, пострадавших от ГОН и домашнего насилия, были выявлены психопатологические изменения личности не только в виде формирования виктимных черт характера, но и в виде формирования агрессивности и аутоагрессии: они сами испытывали раздражительность, вспыльчивость, гнев. Часто в проявлениях актов насилия над собой пострадавшие от ГОН с сформированными виктимными чертами характера видели внимание и проявления любви к себе со стороны агрессоров, и мы наблюдали в паре «агрессор-жертва» признаки созависимого поведения. Во всех случаях нарушалась коммуникация с детьми, членами семьи, снижалась самооценка женщины и ее ребенка. Женщины с низкой самооценкой переживали чувство вины, стыда. Для них были характерны убежденность в собственной неполноценности, невозможности изменить и контролировать ситуацию. Анализ

показателей психодиагностики эмоционального состояния у пациенток показал, что у них чаще диагностировались низкие показатели настроения (+35%), высокий уровень нейротизма (+27%), значительная реактивная (+33%) и личностная (+29%) тревожность.

Проявления невротических расстройств у пострадавших в 32% случаев наблюдались в виде острой реакции на стресс, у 30% наблюдались сочетанные расстройства сна, у 21% пострадавших – неврастенического синдрома, у 10% – расстройств адаптации, у 8% пациентов – в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства, у 6% обследованных женщин – посттравматического стрессового расстройства. Соматоформные расстройства отмечались в 13% случаев, преимущественно с нарушением нервной и дыхательной систем.

Принципы психотерапии и социально-психологической реабилитации женщин и членов их семей соответствовали этапности, комплексности, приемственности, последовательности. Психотерапевтический курс включал как психодиагностику, психологическое консультирование (индивидуальное и семейное), так и реконструктивную психотерапию, в процессе которой происходило восстановление позитивного самовосприятия, формирование эмоциональных коммуникативных навыков в семье, решение проблем межличностного взаимодействия, формирование навыков выхода из конфликта с агрессором и умение находить эффективные способы решения жизненных проблем. Понимание пациентками и их близкими важности создания комфортной психологической среды в кругу семьи способствовало принятию произошедшей психотравмы и выработки отношения к пережитым событиям как к важному жизненному опыту и этапу жизни. Медико-психологическая реабилитация была направлена на восстановление навыков неконфликтного поведения в семье или с агрессивным лицом и при этом осознание того, что чувства близких людей так же важны, как и собственные, а это в свою очередь даёт возможность справиться с кризисными состояниями и сложными жизненными обстоятельствами. Нами применялись следующие методики: психологическое консультирование; суггестивная психотерапия; системная семейная психотерапия; рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия.

Психотерапія решала задачі розшення труднощів постраждалої через створення умов для вираження негативних емоцій, набуття нею почуття контролю над собою, чіткого визначення актуальних проблем.

В системній сімейній психотерапії ми фокусувались на акцентуванні уваги на сильних якостях особистості членів сім'ї, формуванні нових можливостей комунікації членів сім'ї, аналізі перспектив, визначенні планів сім'ї, профілактиці рецидивів насильства, контролі агресивного поведіння членів сім'ї, своєчасному ліченні різних видів залежностей і створенні безпеки.

В результаті, у 96% постраждалих від ГОН зменшувались прояви невротических і соматоформних розладів, відзначались підвищення самооцінки, впевненості в собі, покращення самопочуття, також покращення психологічного клімату в більшості сімей.

Висновки: комплексний інтегративний підхід до психосоціальної реабілітації і психотерапії осіб, постраждалих від ГОН і домашнього насильства, представляється нам ефективним і вимагає уваги в системі медико-психологічної допомоги особам, постраждалим від насильства в сім'ї. Ми вважаємо, що в різних регіонах України необхідно організувати структуру державних медико-соціальних центрів для надання комплексної допомоги особам, постраждалим від гендерно обумовленого насильства, а також системі державних притулків круглодобового перебування для постраждалих від ГОН і впровадити досвід екстреної допомоги мобільних бригад соціально-психологічної допомоги в випадках домашнього насильства.

## **НАБУТІ ПСИХОЛОГІЧНІ РИСИ ОСОБИСТОСТІ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ З ЗОНИ АТО**

**Саржевський С. Н.**

*Запорізький державний медичний університет*

Вступ. Останні 3 роки в житті українців пов'язані з реальними військовими діями, загрозою загибелі, втратою своїх домівок, необхідністю покинути своє житло та адаптуватись в нових соціальних умовах. Неможливість довгий час знаходитись в умовах стресу спонукала людей мігрувати в більш безпечні регіони з надією на успішну соціальну та психологічну

інтеграцію. Однак тимчасово переміщені особи, незважаючи на соціальну підтримку, важко переносять вимушену міграцію, що впливає на їх психологічний стан.

Мета – визначення нових психологічних рис у переселенців з зони АТО внаслідок трансформації їх особистості.

Матеріал дослідження – 36 осіб, що мігрували в м. Запоріжжя та звертались за психологічною допомогою (переважно студенти університетів). Психологічне дослідження включало методику оцінки рівня тривожності за шкалою Спілберґера-Ханіна; метод самооцінки за Дембо-Рубінштейн.

Результати. Виявилось, що складність соціальної ситуації переселенців особливо значуща для молоді, їх психологічна комфортність є відображенням навколишньої реальності, можливості прогнозувати життєві перспективи та розвиток особистості. У більшості спостережень мігранти пов'язують свої проблеми з відчуттям стресу протягом довгого терміну та зниженням рівня психологічного благополуччя. Вони констатують зменшення реальних можливостей, відсутність усвідомленого порозуміння впливу на подальший розвиток свого життя. У 18% досліджених зберігалась впевненість в кращому майбутньому. В деяких випадках демонструвались висловлювання, що необхідність переселення створила кращі умови для самореалізації. Ці мігранти запевняли, що проблеми короточасні та завдяки своїм зусиллям все можливо подолати. Серед нових психологічних рис в одних випадках виявлялись підвищена конфліктність, можливість асоціальної або агресивної поведінки; порушення службової та виконавчої дисципліни; зловживання алкоголем або психоактивними речовинами. Оцінка психологічних тестів виявляла внутрішню конфліктність щодо цінностей та ідеалів, уявлень про себе та інших людей. Це демонструвалось суперечливими вчинками, частими змінами планів на майбутнє. В цілому для цих осіб характерна мала передбачуваність та інколи алогічність дій; надлишкова розгальмованість; труднощі з контролем емоцій. В інших випадках переважала тривога, рідше апатія. Вони реалізуються в гіперактивності, нав'язливим повторенням психотравмуючих подій, або в зменшенні цікавості до раніше значимих для особистості видів активностей, почутті відчуження щодо оточуючих. Переселенці скаржились на розвиток супутніх соматичних захворювань

---

(гіпертензія, цукровий діабет). Серед психологічних рис відзначалися пригніченість, безпорадність, тривога з різноманітними фобіями.

Знання різновидів набутих психологічних рис у переселенців надає можливість проводити їм більш ефективні реабілітаційні комплексні заходи.

## **ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ, ОРГАНІЗОВАНІСТЬ ТА САМОКОНТРОЛЬ В СТРУКТУРІ ОСОБИСТІНИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ СПІВРОБІТНИКІВ ДСНС УКРАЇНИ**

**Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного  
захисту України*

Робота працівників ДСНС України пов'язана з постійним ризиком для життя і здоров'я. Серед найважливіших якостей, притаманних особистості, яка постійно працює у тісній взаємодії з іншими людьми, ми виділили: відповідальність, самоконтроль і організованість. Відповідальність означає усвідомлення суті та значення діяльності, її наслідків для суспільства і соціального розвитку, вчинків особи з погляду інтересів суспільства або певної групи. Організованість – це внутрішня зібраність, що характеризує узгодженість між цілями діяльності та способами її здійснення. Самоконтроль забезпечує підпорядкування різних видів діяльності мотиву самовдосконалення. Ці аспекти життя індивіда невіддільно пов'язані з самореалізацією.

Проведений аналіз теоретичних джерел показав високу актуальність дослідження відповідальності, організованості і самоконтролю як важливих рушіїв людських відносин. Дуже важливими ці якості є для працівників небезпечних професій, представниками яких є співробітники ДСНС України, оскільки вони для успішного виконання службових завдань повинні мати високий рівень розвитку усіх цих якостей. Необхідно відзначити, що досліджень з проблем відповідальності, організованості та самоконтролю у контексті несення військової служби, недостатньо. Немає, також, повної інформації щодо розвитку цих якостей у майбутніх працівників ризиконебезпечних професій.

Дослідження проводилось на базі Національного університету цивільного захисту України. В дослідженні брали участь 2 групи респондентів – курсанти та студенти університету у кількості 60 осіб.

Були використані наступні методики:

1. Опитувальник для виявлення вираженості самоконтролю в емоційній сфері, діяльності та поведінці – соціальний самоконтроль (Г.С. Нікіфоров, В.К. Васильєв, С.В. Фірсова).

2. Опитувальник «Самооцінка організованості» (Є.П. Ільїн).

3. Опитувальник «ДУМЕВОП» – діагностика рівня морально-етичної відповідальності особистості (І.Г. Тимошук). Мета дослідження полягала у визначенні особливостей відповідальності, організованості і самоконтролю у майбутніх співробітників ДСНСУ.

Дослідження морально-етичної відповідальності курсантів і студентів виявило наявність достовірних відмінностей за шкалою «Альтруїстичні емоції», а також значні розбіжності за шкалами «Інтуїція в морально-етичній сфері» та «Екзистенціальна відповідальність» в групі курсантів. За шкалами «Рефлексія на морально-етичні ситуації» та «Морально-етичні цінності» також спостерігається різниця на користь курсантської групи.

В дослідженні рівнів відповідальності виявлено різницю між високим та середнім показниками. Порівняно зі студентами, у курсантів значно переважає високий рівень розвитку морально-етичної відповідальності. Найбільші розбіжності спостерігаються за шкалою «Альтруїстичні емоції». Отже, альтруїзм курсантів здобув більшого розвитку в структурі морально-етичної відповідальності, ніж у студентській групі. Вірогідно, це пов'язано із несенням служби та більш глибоким усвідомленням курсантами специфіки майбутньої професії. З дослідження рівнів відповідальності ми виявили, що низький рівень не притаманний майбутнім працівникам ДСНСУ, але середній рівень прояву відповідальності зустрічається частіше серед студентів. В цілому можна сказати, що у курсантів рівень відповідальності вищий за студентів.

Дослідження прояву організованості виявило достовірно значущі розбіжності між показниками розвиненості цієї складової особистості. Показники організованості курсантів виявились значно вищими, ніж у студентів. Ми припускаємо, що такі розбіжності пов'язані зі способом життя цих груп людей, який відрізняється від інших. Відомо, що курсанти мають суворий регламент щодо розпорядку дня, деталей виконання навчальних та службових

завдань. Тому «бути організованим» є необхідністю курсанта, від цього напряму залежить успішність його діяльності. Студенти мають більше вільного часу та «простору», тому мають більше можливостей займатись справами тоді, коли хочуть.

Отже, для курсанта організованість – це необхідна риса, а для студента – це показник самовдосконалення, і його організованість залежить від наявності певних мотивів та інших рис характеру.

Вивчення самоконтролю показало, що існують розбіжності між показниками двох груп за шкалами: «Самоконтроль в діяльності» та «Загальний самоконтроль». Відмінності підтвердили, що ці явища мають більший прояв серед курсантів. В цьому, на нашу думку, спостерігається зв'язок з показниками організованості, і різниця має схожі причини. За шкалою «Соціальний самоконтроль» та «Самоконтроль в емоційній сфері» достовірних відмінностей виявлено не було. Вищий самоконтроль означає більш якісну корекцію програми самовдосконалення та діяльності. Цей факт відобразився у результатах нашого дослідження, і дозволяє стверджувати, що курсанти приділяють більше уваги контролю своїх вчинків, які також є більш свідомими, ніж у студентів.

## **ЕМОЦІЙНІ СТАНИ ОСІБ В СИТУАЦІЯХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ**

**Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

Підлітковий вік є одним з найскладніших періодів в онтогенезі людини. У цей період відбувається перебудова раніше сформованих психологічних структур та виникають нові утворення. Особистість підлітка характеризується певними рисами, що суттєво відрізняють його від дорослої людини: це підвищена чутливість та збудливість, неврівноваженість, дратівливість, поєднання сором'язливості зі чванливістю, прагнення до незалежності, перехід до самостійності, індивідуалізація психіки і разом з тим недостатність її індивідуального характеру. Ці особливості впливають на певні форми поведінки, спілкування та переживань.

Останнім часом інформаційно-комп'ютерні технології стали невід'ємною частиною повсякденного життя підлітків. У зв'язку з тим,

що емоційна сфера у підлітковому віці дуже нестабільна, а комп'ютерні ігри стали невід'ємною частиною підліткової субкультури, нашим завданням стало порівняльне вивчення емоційних особливостей підлітків, що захоплюються і не захоплюються комп'ютерними іграми.

Вибірка досліджуваних становить 90 осіб: 64 хлопця та 26 дівчат у віці 15-16 років (учні 10–11 класів Харківської гімназії №163).

На першому етапі дослідження респондентам був запропонований опитувальник Н.А. Добровідової «Інформаційні комп'ютерні технології», що дозволяє з'ясувати позицію учнів щодо використання нових комп'ютерних технологій та мотиви звернення до комп'ютерної гри (КГ). За часом, витраченим на комп'ютерні ігри в день, було виділено дві основні групи піддослідних. В 1-у групу увійшли підлітки, що приділяють КГ в середньому до 1-ї години на день. У 2-у групу увійшли підлітки, що приділяють КГ 3-5 годин і більше на день. Кожну групу ми урівняли до 30 осіб. Підлітки, що приділяють комп'ютерній грі від 1 до 3 год., в дослідження включені не були.

Для дослідження особливостей емоційних станів підлітків були використані: методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка та методика виявлення домінуючих емоційних станів Л.А. Рабінович.

Порівняльний аналіз міри вираженості емоційних станів в обох групах підлітків показує, що в групі №1 всього 7,5% підлітків мають високий рівень тривожності, а в групі №2 – з високим рівнем тривожності визначено 15% підлітків, тобто в 2 рази більше. Низький рівень тривожності спостерігається у 62,5% підлітків 1-ї групи і у 35% підлітків 2-ї групи (значення середнього рівня за всіма шкалами ми не приводимо). Отримані результати показують, що підлітки, які захоплюються комп'ютерними іграми, більш тривожні, ніж підлітки, які звертаються до КГ на невеликий термін часу.

Серед підлітків 1-ї групи 45% мають високий рівень агресивності, серед підлітків 2-ї групи – 20% ( $p < 0,01$ ). Отримані результати говорять про те, що підлітки, які захоплюються КГ, більш агресивні, ніж підлітки, які тільки звертаються до КГ. Було виявлено, що серед підлітків, які захоплюються комп'ютерними іграми, високий рівень агресивності мають ті, що відчувають проблему стосунків з однолітками.

Результати дослідження також свідчать про наявність незначних відмінностей у учасників 1-ї та 2-ї груп в показниках фрустрації та ригідності ( $p < 0,05$ ).

Яскраво виражений такий емоційний стан, як страх: спостерігається у 2,5% підлітків 1-ї групи і у 17,5% підлітків 2-ї групи ( $p < 0,01$ ); стійко виражений емоційний стан страху мають 67,5% підлітків 1-ї групи і 70% підлітків 2-ї групи; не яскраво виражений страх спостерігається у 30% піддослідних 1-ї групи і у 12,5% 2-ї групи ( $p < 0,01$ ). Можемо припустити, що саме стійко виражений стан страху підштовхує підлітків до надмірного захоплення комп'ютерними іграми, що є способом відходу від виникаючих в дійсності проблем.

Дослідження з'ясувало значущі відмінності в рівнях вираженості таких станів, як гнів та смуток ( $p < 0,01$ ).

У той же час в дослідженні не було виявлено значущих відмінностей в рівні вираженості за шкалою радості у підлітків обох груп.

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити наступні висновки:

1. Підліткам, що звертаються до комп'ютерних ігор (KI) і підліткам, що захоплюються KI, притаманні всі досліджувані емоційні стани на всіх рівнях вираженості, але в різному відсотковому співвідношенні.

2. Рівень фрустрації та ригідності в обстежуваних групах підлітків має незначні відмінності.

3. Показники за шкалою радості статистично значимо не відрізняються.

4. Показники за шкалою страху мають вірогідні відмінності на користь підлітків, що надмірно захоплюються комп'ютерними іграми (група №2).

5. Емоційні стани підлітків 2-ї групи мають свої специфічні особливості: вони більш тривовжні, частіше відчувають гнів, смуток, страх, вони більш агресивні в порівнянні зі своїми однолітками, що проводять за комп'ютерними іграми менше години на день.

## **ОПАНОВУЮЧА ПОВЕДІНКА ТА ЗАХИСТ ЯК СТРАТЕГІЇ РЕАГУВАННЯ В СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ**

**Селюкова Т.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

Стили реагування – це індивідуальний спосіб взаємодії з ситуацією відповідно до її логіки, значущості в житті людини та його психологічними можливостями. Виділяють два види стилів реагування на ситуацію: 1) опанування, подолання і 2) захист, відхід. Захисна стратегія (defense) полягає у відмові від рішення проблеми і пов'язаних з цим конкретних дій заради збереження комфортного стану.

Стратегія опанування («coping») – прояв конструктивної активності, спрямований на вирішення, переживання ситуації. Проблема функціонування особистості в умовах життя, що динамічно змінюються, тісно пов'язана з поняттям психологічної адаптації або процесом пристосування індивіда до вимог середовища, що в сучасній закордонній літературі розглядається як копінг-процес або опановуюча поведінка (Р. Лазарус, 1966).

У сучасній психології виділяють декілька підходів до поняття «копінг». У першому з цих підходів подолання людиною життєвих труднощів розглядається в контексті адаптації. Прихильники другого напрямку схильні використовувати поняття «копінг» для опису характерного способу поведінки людини в різних ситуаціях. При цьому опановуюча поведінка розглядається як сформований протягом життя стиль людини, як особистісний процес. Даний підхід орієнтований на дослідження диспозицій, що визначають стратегії поведінки особистості. У рамках третього напрямку акцент робиться на розгляді характеристик цілісної ситуації (що включає як зовнішні фактори, так і внутрішні, суб'єктивні умови), в якій діє людина (С.К. Нартова-Бочавер, 1997).

Одна з дискусійних проблем у вивченні опановуючої поведінки пов'язана з визначенням самого цього терміну. Одні автори розділяють опанування (coping) та захист (defense) як специфічні (різні) форми поведінки. Інші дослідники під копінгом розуміють як опановуючі (спрямовані на перетворення ситуації), так і захисні стратегії подолання труднощів, об'єднуючи їх в єдине ціле. В зарубіжних джерелах по-

ряд з термінами активний копінг, продуктивний копінг, використовуються поняття регресивний копінг та копінг, спрямований на уникнення (Т.А. Ткачук, 2007). Щодо термінів «стратегія опановуючої поведінки» та «стиль опановуючої поведінки» в роботах зарубіжних авторів стиль характеризується як узагальнений спосіб копінга. Стратегії ж розглядаються як актуальні відповіді людини на сприйману загрозу. Копінг-стратегії виявляються в поведінці індивіда, що реагує на специфічні стресори в специфічних контекстах. В сучасній науковій літературі виділено загальні принципи, покладені в основу різних систематизацій. До них відносяться: модальність (сфера психічного, з якою співвідноситься стратегія; когнітивна сфера, емоційна або поведінкова); ступінь інтенсивності опанування (активність-пасивність); спрямованість зусиль людини (на ситуацію, на себе, на інший предмет); адаптивність-деадаптивність стратегій тощо (Є.В. Бітюцька, 2006).

## **ПРОФЕСІЙНА САМОРЕАЛІЗАЦІЯ ОФІЦЕРІВ ДСНС УКРАЇНИ З ТОЧКИ ЗОРУ ЦІННІСНИХ ОРІЕНТАЦІЙ ОСОБИСТОСТІ**

**Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту  
України*

Професійна самореалізація як процес розвитку своєї особистості містить у собі кілька аспектів, одним із яких є ціннісно-смилова сфера особистості. У контексті вибору професії можна говорити про ступінь диференціації життєвого простору як про якість, що визначає, якою мірою вибір професії буде реалістичним і, отже, досяжним у майбутньому. Усвідомлення й розвиток особистістю свого власного потенціалу дозволяє ефективно втілювати свої здатності в особистому й професійному житті, відчувати задоволення від власних досягнень.

Самореалізація є невід'ємною частиною розвитку особистості людини, вона притаманна людині на різних етапах життєвого шляху, має свою специфіку і характерні відмінні особливості. Зміна принципів організації життя і діяльності людей, їх соціальних і поведінкових норм і цінностей викликає необхідність пошуку нових механізмів, шляхів і засобів їх регулювання і управління ними.

Професійна самореалізація курсантів ДСНС досягається завдяки узгодженості вну-

трішньоособистісних та соціально-професійних норм і трактується як професійне самовизначення – процес формування в людині позитивного, зацікавленого, творчого ставлення до професійної діяльності в обраній ним сфері.

Таким чином, розуміння значущості проблеми вдосконалювання навчального та робочого процесу з метою підвищення рівня компетентності фахівців ДСНСУ порушує питання про першорядну важливість виявлення й вивчення системи ціннісних і значеннєвих орієнтацій фахівців залежно від їхньої особистісної спрямованості.

Мета нашого дослідження полягала в вивченні особливостей самореалізації офіцерів ДСНСУ в залежності від різного рівня ціннісних орієнтацій. Ми використовували наступні методики: «ціннісної орієнтації» М. Рокіча та Тест самоактуалізації – САТ (Е. Шострома в адаптації Ю. Альшиної, Л. Гозмана, М. Загіки і М. Кроза).

В дослідженні приймали участь офіцери 28-ДПРЧ ДСНС України. Загальна вибірка досліджуваних складала 60 осіб. Дослідження дало нам змогу визначити осіб з різним рівнем ціннісних орієнтацій і завдяки математичним методам (критерію Пірсона) виявити кореляцію між ціннісними орієнтаціями досліджуваних та самоактуалізацією особистості.

Офіцери ДСНС мають високий рівень самоактуалізації і вона досить успішна. Це проявляється в зацікавленості у власній роботі та бажанні вдосконалювати себе та свої навички як спеціаліста високого гатунку. Також слід відмітити те, що служба в ДСНС має під собою чітку ієрархію підпорядкування. Самоповага та самоприйняття грають не аби яку роль в житті кожного із офіцерів, тому що від того, як особистість сприймає себе та відноситься до себе, залежить не тільки клімат групи, виконання службових обов'язків, але й особисте життя.

Дослідження також показало, що офіцери структури ДСНСУ мають в більшості високий рівень самореалізації, що є гарною основою для подальшого вдосконалення ними власних навичок та вдосконалення самої служби ДСНС у цілому.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ДЦП**

**Спасібухова В.С.<sup>1</sup>, Міхановська Н.Г.<sup>2</sup>,  
Михайлов Б.В.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної  
освіти, кафедра психотерапії*

*<sup>2</sup>Харківський національний університет  
ім. В.Н. Каразіна,*

*кафедра психіатрії, наркології, неврології та  
медичної психології*

В теперішній час в Україні однією з пріоритетних задач є реалізація і адаптація дітей з органічними ураженнями ЦНС. Перше місце серед дітей-інвалідів займають хворі з ураженнями нервової системи, у яких переважає дитячий церебральний параліч (ДЦП). У складі саме цього контингенту міститься найбільший прошарок соціально дезадаптованих дітей-інвалідів.

Можливості відновлювального лікування дітей, в яких до 5-10 років життя сформувалися патологічні руховий, когнітивний та емоційно-поведінковий стереотипи, значно менші, ніж у дітей раннього віку. Вирішити цю проблему можна із застосуванням реабілітаційної психології, яка за допомогою психологічних методів та методик відновлює чи корегує роботу тих чи інших патологічно сформованих стереотипів.

Разом з цим, потребує уточнення обсяг можливостей психокорекційного впливу на особистісні характеристики дитини з ДЦП та її батьків. Враховуючи вищевикладене, метою нашого дослідження була розробка системи психотерапевтичної корекції неспсихотичних порушень психічної сфери у пацієнтів з різними формами ДЦП на основі вивчення когнітивних, емоційних та поведінкових розладів у них.

Було проведено комплексне обстеження 36 пацієнтів зі спастичними (спастична диплегія, спастична геміплегія) і дискінетичними (гіперкінетичний церебральний параліч, атетоїдний церебральний параліч) формами ДЦП в віці від 4 до 7 років.

Було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження з використанням психодіагностичних методик: тест Векслера, Дембо-Рубінштейн, кольорового тесту відношень, тестів ставлення батьків до захворювання своєї дитини. В результаті дослідження встановлено, що у всіх пацієнтів формувався астено-невротичний симптомокомплекс. У

переважної більшості спостерігалися клінічно значущі субдепресивні і тривожні компоненти з елементами агресивної поведінки.

За даними патопсихологічного дослідження встановлено, що стан когнітивної сфери оцінювався в межах граничної розумової відсталості і не доходив до меж олігофренії. У всіх пацієнтів виявлено підвищення рівнів особистісної тривоги і реактивної тривожності і депресії. На підставі отриманих даних були розроблені принципи побудови ступеневої диференційованої системи психотерапевтичної корекції. Апробація показала досить високу її ефективність у 72% хворих, помірну – у 19%, досить низьку – у 9%.

## **ЩОДО СТАНУ ПІДВИЩЕНОЇ САМОРЕФЛЕКСІЇ ТА ІНТРОСПЕКЦІЇ У ОСІБ ІЗ ОЗНАКАМИ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ ТА ГРАНИЧНИХ СТАНІВ**

**Столяренко А. М.**

*Запорізький державний медичний університет  
МОЗ України*

Збільшення кількості інтернет-споживачів, що відзначається протягом останніх десятиріч, закономірно призвела до підвищення захворюваності на інтернет-залежність, аддикцій, що пов'язані із мережею Інтернет та розвитку граничних станів.

Поширення інтернет-ресурсів, які реалізовані у вигляді «щоденників» та аналогічні їм функції у соціальних мережах користуються значною популярністю внаслідок того, що надають можливість користувачам представити широкій аудиторії продукцію власних психічних процесів, в тому числі власні судження, емоційні переживання тощо. Опубліковані матеріали користувачів, які носять характер «сповіді» та опису власного психічного стану заслуговують більш детального аналізу їх виникнення та психологічних наслідків для їх авторів.

Спонування до викладання таких матеріалів можуть мати різні мотиваційні засади.

По-перше, можливість викладання таких матеріалів дозволяє реалізовувати вищеозначені функції інтернет-ресурсів у якості засобу аутокурації, що може реалізовуватися за рахунок:

– самого факту ідентифікації та вербалізації наявного стану, його екстрапроєкції у письмову форму, досягнення катартичного стану;

– створення ілюзії розділення власних переживань з іншими за рахунок самого факту їх оприлюднення / публічності, навіть без наявності сторонніх відгуків на публікацію;

– отримання співчуття сторонніх осіб, відчуття власної важливості для інших, власної не усамітненості.

По-друге, бажання привернути до себе увагу, досягти популярності за рахунок публікації емоційно насиченої інформації. Тут слід зазначити, що зазвичай більшу увагу громадян привертають публікації, які містять опис саморефлексії та власного психологічно некомфортного стану, ніж опис благополуччя, що обумовлює спрямованість змісту «щоденникових» записів даної категорії користувачів.

З часом людина звикає до викладання у мережу Інтернет описів саморефлексії та результатів інтроспекції, особливо із змістовим наповненням, який висвітлює негативні емоційні відчуття чи думки, і все більше заглиблюється в аналіз власних психічних процесів із метою ідентифікації певних, особливо негативних та психологічно дискомфортних компонентів психічного стану, вербалізувати їх та викласти у письмовому вигляді у мережу Інтернет.

Постійна саморефлексія, інтроспекція та / або намагання привернути увагу читачів призводить до гіперболізації наявних переживань в вербальному вигляді, що згодом, за зворотнім механізмом, відбивається на наявному психічному стані – відбувається процес аутоіндукції: штучно гіперболізовані негативні емоційні переживання людина підсвідомо сприймає як дійсні, і, як наслідок, – психологічний стан таких осіб згодом дійсно погіршується із тим більшою негативною тенденцією, чим більше людина заглиблюється у власні негативні переживання та висвітлює їх у письмовій формі, засновуючись на вищевикладеній мотивації, яка також вже набуває патологічних форм.

У певній кількості користувачів мережі Інтернет даний поведінковий модус набуває аддиктивного характеру аж до формування специфічного варіанту інтернет-залежності або граничного стану.

Більше того, особи, які вже страждають на інтернет-залежність та граничні стани, знаходяться у групі ризику щодо формування вищеприписаного модусу поведінки та його наслідків.

Таким чином, притаманний деяким сучасним користувачам мережі Інтернет модус висвітлення на інтернет-сторінках власних негативних переживань, здобутих шляхом підвищеної саморефлексії та інтроспекції, з одного боку може виступати у якості аутокураційного, з іншого, – набувати патологічних деструктивних форм, що призводять до погіршення психічного самопочуття за рахунок аутоіндукції або приймати форму аддиктивного поведінки.

## **ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОГИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

**Стрельнікова І.М., Коцій В.О.**  
*Харківський національний медичний  
університет*

Актуальність: Враховуючи продовження бойових дій на сході України, складну та нестабільну соціально-економічну ситуацію в країні, все більше верств населення стикається з виникненням тривожної симптоматики, особливо це стосується військовослужбовців, що мають бойовий досвід. В структурі здорової особистості тривога може бути варіантом норми, вона спонукає особистість до дії, особливо в складних або нестандартних життєвих ситуаціях. В цих випадках тривога не перевищує нормальні показники і особистість здатна контролювати її рівень або прилаштуватись до неї. В ситуаціях, коли рівень тривоги перевищує здатність до контролю її розвитку та тривалості, виникнення неможливості релаксації під час відпочинку, мова йде про патологічні стани тривоги. Статистичні дані підтверджують підвищення показників тривоги у військовослужбовців в останні 3 роки. В багатьох випадках тривога є наскрізним симптомом при різноманітних захворюваннях, особливо в структурі психічної патології, може виникати як самостійний розлад, або розглядається як коморбідна патологія.

Метою дослідження була оцінка рівня тривоги у військовослужбовців, що знаходились на лікуванні в психіатричній клініці Військово-медичного центру північного регіону м. Харкова.

Матеріали і методи. В дослідженні взяли участь 58 хворих чоловічої статі з різними психічними розладами внаслідок травматичного ураження головного мозку. Використовувались такі методи: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичні методи



(госпітальна шкала тривоги, шкала реактивної особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна), статистичний.

Результати дослідження. Всім хворим проводилось психодіагностичне дослідження для визначення наявності і рівня тривоги за допомогою вищенаведених шкал. Отримані результати свідчать про наявність тривоги у 59,7% хворих. З них 19,9% обстежених мали високий рівень тривоги, який, у свою чергу, не мав конкретного змісту в 88,2% випадків. 47,6% хворих мали середній рівень тривоги (з них 74,4% обстежених не змогли назвати причину наявності тривоги, але постійно її відчували). Лише у 32,5% хворих зареєстровані легкі прояви тривоги (з них 81,6% не знали причини існування тривожного стану).

Висновки: тривога є одним із симптомів в структурі психічних розладів внаслідок травматичного ураження головного мозку, у більшості кількості хворих тривога не має конкретного змісту або хворі не могли пояснити, з чим пов'язано її виникнення. В усіх випадках тривога супроводжувалась неприємними емоційними переживаннями. Отримані дані є підставою для оптимізації надання допомоги цим хворим із обов'язковим наданням психотерапевтичної та психоосвітньої допомоги.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЗАСОБУ НА ОСНОВІ L-5-ГІДРОКСИТРИПТОФАНА (5-НТФ) ТА МЕЛАТОНІНУ В ТЕРАПІЇ ІНСОМНІЇ**

**Терьошина І. Ф., Кожина Г. М.**

*Харківський національний медичний університет*

Актуальність дослідження проблеми інсомнії обумовлена, в першу чергу, практичною необхідністю. Незважаючи на те, що симптоми інсомнії не здаються небезпечними, і багато пацієнтів звично живуть з ними на протязі багатьох років, цей стан, в першу чергу, значно знижує якість життя, а також істотно збільшує ризик дорожньо-транспортних пригод (у 2,5-4,5 рази) і виробничих травм (в 8 разів).

Одним із сучасних підходів до лікування інсомнії є використання засобів, які містять у своєму складі L-5-гідрокситриптофан (5-НТФ) та мелатонін. Відомо, що мелатонін є природним регулятором циклу «сон-неспання», при цьому серед переваг препаратів мелатоніну при корекції порушень сну можна відзначити відсут-

ність небажаних побічних поведінкових і когнітивних ефектів, низьку токсичність, фізіологічну виправданість замісної терапії. 5-НТФ є прекурсором нейротрансмітера серотоніну та виявляє позитивний вплив на тривалість і якість сну.

Метою нашого дослідження було вивчення клінічної ефективності та індивідуальної переносимості засобу на основі L-5-гідрокситриптофана (5-НТФ) та мелатоніну в терапії інсомнії.

Під наглядом перебувало 64 пацієнта з наявністю інсомнії. Тривалість порушень сну у даних пацієнтів варіювала від 1 місяця до 8 років (в середньому  $1,8 \pm 3,4$  роки). Згідно з демографічними показниками, середній вік пацієнтів склав  $39,4 \pm 12,8$  роки, при цьому 68,8% хворих, які приймали участь в клінічному дослідженні, були жіночої статі. Інсомнія у 30 (46,8%) обстежених пацієнтів поєднувалася з ішемічною хворобою серця, у 26 (40,6%) – з артеріальною гіпертензією, у 20 (31,3%) – з дисциркуляторною енцефалопатією, у 14 (21,9%) – з ожирінням, у 10 (15,6%) – з синдромом подразненого кишечника, у 5 (7,8%) – з цукровим діабетом, у 2 (3,1%) – виразковою хворобою шлунку і дванадцятипалої кишки.

Особи, що знаходилися під спостереженням, були розподілені на дві рандомізовані групи по 32 пацієнта в кожній. Хворі основної групи отримували стандартну терапію згідно локальних протоколів даних захворювань, а також в якості гіпнотика отримували препарат на основі L-5-гідрокситриптофана (5-НТФ) та мелатоніну по 1 капсулі на ніч протягом 20 діб поспіль. Особи групи зіставлення отримували гіпнотик іншої фармакологічної групи протягом того ж часу.

Проведене дослідження показало, що до початку терапії всі пацієнти надавали скарги на наявність пре-, інтра- та постсомнічних порушень. При аналізі результатів опитувальника проблем сну (Sleep Problems Questionnaire) всі пацієнти основної групи і групи зіставлення до лікування відзначили наявність проблем із засипанням, а також пробудження кілька разів за ніч, раннє пробудження з неможливістю більше заснути, відсутність бадьорості вранці, втому протягом дня. Середня бальна оцінка відповідно до опитувальника проблем сну, становила в основній групі  $18,3 \pm 1,4$  балів, в групі зіставлення –  $17,9 \pm 1,3$  балів. Якість сну згідно опитувальника якості сну Піттсбурзького

Університету (PSQI), до лікування сумарно оцінювалася як «погана». Щоденний час відходу до сну становив від 22 до 24 годин, при цьому пацієнти витрачали на засинання в середньому  $75,5 \pm 35,5$  хвилин в основній групі і в середньому  $74,8 \pm 33,6$  хвилин (від 15 хвилин до 4,0 годин); час підйому становив  $5,5 \pm 0,7$  годин в основній групі і  $5,4 \pm 0,9$  годин в групі зіставлення (від 3 до 7 ранку); кількість реального сну за ніч становило  $4,4 \pm 0,2$  години в основній групі і  $4,0 \pm 0,3$  години в групі зіставлення (від 2,4 до 7 годин за ніч). Крім того, 2-3 рази за тиждень протягом останнього місяця обстежені пацієнти обох груп відчували сонливість під час їжі, за кермом, або під час спілкування з іншими людьми. Пацієнти також відзначали той факт, що зберігати достатньо зацікавленості і енергії для того, щоб доводити справу до кінця, їм було «досить важко» і «дуже важко». До початку лікування індекс тяжкості інсомнії (Insomnia Severity Index) у осіб основної групи становив в середньому  $21,6 \pm 1,5$  балів, а у осіб групи порівняння –  $21,0 \pm 1,9$  балів, тобто пацієнти в цілому мали помірні прояви безсоння. Застосування шкали оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression) до лікування виявило на тлі порушень сну наявність астено-депресивних і тривожно-депресивних станів легкого та помірного ступеня вираженості. При цьому середній бал склав  $13,8 \pm 0,3$  в основній групі і  $13,3 \pm 0,5$  в групі зіставлення. Результати обстеження хворих за шкалою тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale) показали середній бал в основній групі  $11,2 \pm 2,1$ , середній бал в групі зіставлення –  $11,0 \pm 2,4$ . Результати в обох групах слід інтерпретувати в межах тривожних розладів середнього ступеня.

Результати дослідження свідчать про те, що препарат на основі L-5-гідрокситриптофана (5-НТФ) та мелатоніну є ефективним засобом в терапії розладів сну. Так, при застосуванні запропонованого засобу лікування відзначається купірування астено-депресивних і тривожно-депресивних проявів легкого та помірного ступеня вираженості. Проведена оцінка результатів шкал опитувальника проблем сну, опитувальника якості сну Піттсбурзького Університету, індексу тяжкості інсомнії, а також шкал депресії і тривоги Гамільтона свідчить про більш виражені гіпнотичні властивості з легким антидепресивним ефектом комбінованого за-

собу на основі L-5-гідрокситриптофана (5-НТФ) та мелатоніну в порівнянні з гіпнотиком, що використовували хворі групи зіставлення, а також спостерігається поліпшення загального самопочуття і в цілому стабілізація психосоматичного стану хворих.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про клінічну доцільність та перспективність застосування комбінованого препарату на основі L-5-гідрокситриптофана (5-НТФ) та мелатоніну в терапії інсомнії.

### **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

**Федак Б.С.**

*Харківська медична академія  
післядипломної освіти*

Відомо, що у зв'язку з різкими змінами звичного способу життя, відсутності достовірно повної суб'єктивної інформації про хворобу існує висока ймовірність формування неадекватної внутрішньої картини хвороби. З іншого боку, формування неадекватного страху перед захворюванням, за своє майбутнє, трансформується в захисні психологічні реакції, які не сприяють одужанню і знижують рівень якості життя, що зумовлює необхідність впровадження заходів психокорекції для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями.

Для вирішення задачі з покращення рівня комплаєнсу було вирішено визначити індивідуально-психологічні особливості хворих АГ та ІХС, як основи для розробки саногенетичнообґрунтованої програми особистісної психокорекції.

В обстеження було включено 75 хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), ускладненою гіпертонічними кризами і 90 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з нападами стенокардії. В роботі використовувалися клініко-психопатологічний метод із застосуванням структурованого діагностичного інтерв'ю.

Встановлено, що ефективність лікування АГ і ІХС залежить від ступеня комплаєнтності пацієнта і, відповідно, необхідно доцільно визначати рівень комплаєнсу на початку терапевтичного процесу.

Комплаєнс має динамічний характер і може змінюватися в процесі проведення тера-

пії, тому важливо здійснювати моніторинг рівня комплаєнсу в процесі амбулаторного спостереження. Комплаєнс визначається такими індивідуально-психологічними факторами пацієнтів, як особливості особистості, локус контролю, рівень тривожності і рівень відповідальності ставлення до здоров'я. Ці параметри повинні враховуватися при формуванні терапевтичного альянсу.

## **ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБІВ РЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТІВ У КУРСАНТІВ ТА СТУДЕНТІВ НУЦЗУ**

**Чиркова О.В., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного  
захисту України*

Наразі немає необхідності доводити, що проблематика, пов'язана з вивченням конфліктів, має право на існування. До проблем виникнення та ефективного вирішення конфліктів, проведення переговорів та пошуку згоди, виявляють величезний інтерес не тільки професійні психологи і соціологи, а й політики, керівники, педагоги, соціальні робітники – словом, всі ті, хто у своїй практичній діяльності пов'язаний з проблемами взаємодії людей.

Численні дані свідчать про вплив віку на характер конфліктів. Можна говорити про наявність різних вікових проблем і, відповідно, про структуру потенційних конфліктних ситуацій, пов'язаних з віком. Відомо, що в загальному життєвому циклі особистості виділяються окремі вікові стадії, зміна яких – перехідні періоди – може проходити досить бурхливо, супроводжуватися труднощами і емоційними переживаннями, супутніми виникненнями якісних змін у життєдіяльності особистості. Вікові періоди, крім особливостей психічного і особистісного розвитку, різняться і за характером проблем, що постають перед індивідом, по тому, які типові труднощі, критичні ситуації або кризи переживає людина в тому чи іншому віці.

Дослідження проводилось на базі Національного університету цивільного захисту України та виробничого підприємства м. Харкова.

Досліджувані були розподілені за віковою ознакою. В досліджуванні брали участь 2 групи досліджуваних: група №1 – студенти соціально-психологічного факультету віком від 16 до 20 років, у кількості 25 осіб, та група №2 – пра-

цівники виробничого підприємства віком від 35 до 40 років, також у кількості 25 осіб.

Для виявлення вікових особливостей поведінки, в конфліктних ситуаціях використовувалась методика К.Д. Томаса, яка призначена для виявлення домінуючого типу поведінки в конфліктних ситуаціях.

У ході вивчення вікових особливостей поведінки в конфліктних ситуаціях у юнаків та осіб зрілого віку ми прийшли до висновку, що в групі респондентів молодого віку переважає стиль поведінки в конфліктних ситуаціях за шкалою співпраця, а в групі досліджуваних середнього віку, переважає стратегія розв'язання конфліктних ситуацій – пристосування. Більш ефективним типом регулювання конфліктних ситуацій є співпраця, в якому суб'єкт прагне до задоволення інтересів обох сторін. В нашому дослідженні така поведінка більш властива респондентам юнацького віку (група студентів 16-20 років). З віком ця особливість може трансформуватись в пристосування, як небажання змінювати ситуацію, що склалася. В нашому дослідженні цей показник визначений підвищенням балів в групі працівників виробничого підприємства віком 35-40 років. Також треба визначити, що в осіб зрілого віку збільшується представленість таких типів регулювання конфліктними ситуаціями, як суперництво і уникнення. Ці зміни не завжди можуть сприяти ефективності професійної діяльності.

Дані, отримані в дослідженні, обґрунтовують необхідність більш ретельного аналізу виявлених особливостей зв'язку вирішення конфліктних ситуацій з віковими особливостями. Проте навіть наші дані переконують, що більша кількість прожитих років не може розглядатися достатньою умовою, яка забезпечує успішність вирішення конфліктних ситуацій.

## **ПСИХО- І ФАРМАКОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ**

**Чорна Т.С.**

*Вінницька обласна психоневрологічна лікарня  
ім. О.І. Ющенка*

Відомо, що проблема виявлення тривожних розладів не являється прерогативою тільки лікарів-психіатрів. Диференційована оцінка тривожних розладів має важливе значення, оскільки в рамках традиційних для нашої клінічної практики діагностичних детермінант від-

мінності між окремими варіантами тривожних розладів до останнього часу не були представлені.

Тому достатньо глибоко вивчивши існуючі, достовірно не вирішені питання зазначеної проблеми, нами було заплановано й виконано об'ємне, структуроване дослідження. Були обстежені 52 пацієнти з діагностичними категоріями: F41.0 – «Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)», F 41.1 – «Генералізований тривожний розлад», F 41.2 – «Змішаний тривожно-депресивний розлад», які знаходились на обстеженні та лікуванні у психіатрично-відділенні ВОПНЛ ім. О.І. Ющенка.

У нашій роботі використовували такі методи, як клініко-анамнестичний (на основі критеріїв МКХ-10), клініко-психопатологічний та статистичний методи.

В процесі обстеження виявлено основні чинники та умови формування, клініко-психопатологічну структуру та особливості емоційних порушень тривожних розладів невротичного регістру.

За результатами розроблений комплекс психотерапевтичних заходів, який включав раціональну психотерапію, емоційно-вольовий тренінг і особистісно-реконструктивну психотерапію, який показав високу ефективність.

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК САМООЦІНКИ ТА РІВНЯ ДОМАГАНЬ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЛОКАЛІЗАЦІЇ КОНТРОЛЮ**

**Шевцова К.С., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

Великий вплив на всі аспекти життєдіяльності та поведінки людини мають такі якості особистості, як самооцінка, рівень домагань та локус контролю. Самооцінка – оцінка себе, своєї діяльності, свого становища в певній групі чи організації та в колі друзів, а також ставлення до оточуючих, і не менш важливим є критичне ставлення до своїх здібностей і можливостей. Психологічні дослідження переконливо доводять, що особливості самооцінки впливають і на емоційний стан, і на ступінь задоволеності своєю роботою, навчанням, життям, і на відносини з оточуючими.

Особливе місце у вивченні емоційно-мотиваційних механізмів включеності людини в діяльність займають дослідження рівня дома-

гань, особливостей цілепокладання особистості. Від характеру рівня домагань людини залежить успішність її самореалізації у навчанні та праці, висота і реалістичність цілей, які вона ставить перед собою, стратегія досягнення цілей, ступінь стійкості в ситуаціях фрустрації, в які людина потрапляє при русі до наміченої мети. Комплекс подібних знань про характер рівня домагань людини дає інформаційно ємний матеріал, що дозволяє робити прогноз стосовно багатьох особливостей його діяльності у навчальній та професійній сферах.

Локус контролю є глибинним, стійким елементом структури саморегуляції особистості, що безпосередньо впливає на конструктивність її соціальної поведінки. Локус контролю є одним з найважливіших механізмів, які визначають здатність і вміння людини долати життєві труднощі, забезпечуючи тим самим можливість її саморозвитку та самореалізації.

В нашому дослідженні брали участь студенти та курсанти Національного університету цивільного захисту України. Загальна вибірка досліджуваних складала 80 респондентів.

В ході дослідження були зроблені наступні висновки: респондентам з інтернальним типом локусу контролю більш властивий середній рівень самооцінки, вони з легкістю беруть відповідальність за своє життя на себе, активні, впевнені в собі. Вважають, що бажані зміни, успіхи, досягнення залежать від їх власних зусиль, знань, праці.

Екстернали переважно сподіваються на природний хід подій, везіння. У невдачах звинувачують інших людей або обставини, тому мають неадекватну – надмірно завищену або занадто занижену самооцінку.

Самооцінка особистості, як і локус контролю, являються досить сталими характеристиками людини. Таким чином, ступінь інтернальності та екстернальності кожної людини пов'язаний з її ставленням до свого розвитку й особистісного зростання.

Рівень домагань – прагнення індивіда до мети такої складності, якою, на його думку, відповідають його здібності, а також досягнення в певному виді дій, сфері спілкування, на яку розраховує людина при оцінці своїх можливостей. На рівень домагань впливає динаміка удач і невдач на життєвому шляху, динаміка успіху в конкретній діяльності.

З результатів дослідження ми можемо стверджувати, що в групі екстерналів достовірно переважає нереально високий, нереально низький та низький рівні домагань. А в групі інтерналів – середній рівень домагань.

У зв'язку з недооцінюванням або переоцінюванням своїх можливостей, що в більшій мірі властиво екстерналам, починає проявлятися або комплекс неповноцінності, або комплекс переваги. За наявності комплексу неповноцінності особистість втрачає самоповагу і у неї починає проявлятися сором'язливість, невпевненість та інші негативні якості. За наявності комплексу переваги самоповага необґрунтовано перебільшена і особистість проявляє самовпевненість, зверхнє і зневажливе ставлення до оточуючих.

Помірний рівень домагань характерний для досліджуваних, що мають інтернальний тип локусу контролю, позначає те, що вони впевнені в собі, товариські, не шукають самоствердження, налаштовані на успіх. Тобто такі, що розраховують міру своїх зусиль та здатні зіставити міру своїх зусиль з цінністю досягнутого.

Таким чином, у осіб з інтернальним типом локусу контролю визначаються середні показники самооцінки й рівня домагань, а у досліджуваних з екстернальним типом визначаються завищені та занижені рівні самооцінки та домагань. Тому інтерналі більш впевнені, спокійні, позитивні, легше встановлюють міжособові відносини, незалежні. На відміну від екстерналів, в котрих підвищена тривожність, менша терпимість, і менша конформність.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧЕСКАЯ КОРРЕКЦІЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХІЧЕСКОЇ СФЕРИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**Шевченко Р.П.**

*Одеський національний морський університет,  
кафедра практичної психології*

В настоящее время огромное значение приобрела проблема психологической устойчивости военнослужащих ВС Украины. Выявление особенностей личности, характера, эмоциональной сферы больного выделенной клинической категории позволит разработку психотерапевтических методов своевременной психологической коррекции, восстановления профессионального статуса, социальной реабилитации военнослужащих и сотрудников

вооруженных сил Украины. В настоящее время проблема повышения психологической устойчивости военнослужащих и работников Вооруженных сил Украины (ВСУ) имеет первостепенное значение. Вследствие эмоциональных, личностных особенностей, пациент с невротическими и психосоматическими расстройствами часто теряет способность к адекватному пониманию тяжести собственного состояния здоровья, развиваются комплексы психосоциальной дезадаптации.

Необходимо изучение психосоматического отклонения с учётом личностных девиаций, а также с учетом показателей анамнеза больного. Выявление выделенного круга особенностей личности, влияющих на развитие, течение невротических и психосоматических расстройств послужит мотивом к проведению тактически важных изменений в работе медицинского персонала.

Комплексная характеристика больных с невротическими и психосоматическими расстройствами, проведения при помощи отмеченных методик, позволит нам выделить и изучить социально-психологические факторы predispositions развития невротических и психосоматических нарушений, особенности когнитивной сферы, патопсихологические механизмы формирования нарушений адаптации у военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины при невротических и психосоматических отклонениях.

На основании полученных данных разработана система психокоррекционных методов при невротических и психосоматических расстройствах у военнослужащих и сотрудников вооруженных сил Украины, также разработана система оценивания степени эффективности системы психокоррекционных методов. Апробация системы показала её значительную эффективность в 69%, умеренную – в 19%, незначительную – в 12% случаев.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПОСТСТРЕСОВОГО РЕАГУВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ У ЗОНІ АТО**

**Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А.,  
Бородавко О.О.**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та  
наркології НАМН України»*

Як відомо, переживання людиною життєвонебезпечних подій неминуче призводить

до різноманітних медико-психологічних та соціально-психологічних наслідків. Найбільш психотравмуючий вплив на психічне здоров'я людини, якість життя та психологічне благополуччя здійснюють бойові дії, терористичні акти та насилля проти особистості. У учасників бойових дій часто виникають різноманітні психічні порушення, в тому числі посттравматичні стресові розлади (ПТСР) як найбільш несприятлива їх форма, що завжди супроводжується вираженою соціально-психологічною дезадаптацією. Перенесений бойовий стрес може обтяжувати клінічну картину комодійно-контузійних станів, черепно-мозкових травм тощо. Значна кількість комбатантів не можуть повною мірою адаптуватися до мирного життя, в тому числі з причини наявних у них психічних порушень, явищ гетеро- та аутоагресії тощо.

Однак, не зважаючи на медико-соціальну значущість та велику кількість досліджень, на сьогодні не вивчено основні особливості проявів постстресової адаптації у учасників бойових дій; потребують уточнення та подальшого дослідження механізми формування різних форм сучасних постстресових розладів, а також найбільш значущі чинники ризику та антиризиків їх виникнення у різних контингентів постраждалих.

Метою дослідження було визначити особливості постстресової адаптації у військовослужбовців, які перебували в зоні АТО. Було обстежено 63 комбатанти у віці від 23 до 54 років (середній вік  $36,7 \pm 7,8$  років), що знаходились на лікуванні та реабілітації в різних лікувальних закладах міста Харкова.

У дослідженні застосовувались методи спостереження, бесіди, психодіагностичний (використовувалась Міссісіпська шкала (військовий варіант)) та математико-статистичний.

За даними дослідження, високий рівень дезадаптації мав місце у 15 (23,8%) комбатантів; помірний-низький – у 25 (39,7 %) військовослужбовців; у 23 (36,5%) осіб ознаки дезадаптації були відсутні.

Було визначено особливості постстресових реакцій у комбатантів в залежності від ступеню їх дезадаптації. Так, у осіб з високим рівнем дезадаптації домінували симптоми гіперактивації (модальне значення – 5,0 балів (максимально можливий показник)) та вторгнення (5,0 балів). Прояви уникання у них були вираже-

ні дещо менше (3,0 бали). Також були характерні значна алкоголізація (5,0 балів); порушення пам'яті (5,0 балів); виражена емоційна лабільність (4,0 бали); емоційна холодність, потреба у зменшенні діапазону та глибини соціальних контактів (3,3 бали); тривожно-фобічні переживання (3,0 бали); почуття провини (2,6 бали) та зниження самооцінки (2,5 бали). Слід зазначити, що для цієї категорії комбатантів характерні як наявність виражених суїцидальних переживань (4,0 бали), так і практично повна їх відсутність (1,0 бал).

У комбатантів з помірним-низьким рівнем дезадаптивних реакцій також превалювали симптоми гіперактивації (2,4 балів) та вторгнення (2,8 балів), проте ступінь їх вираженості був значно нижчий ( $p \leq 0,01$ ). У них також мали місце алкоголізація (3,0 бали); порушення пам'яті (3,0 бали); емоційна лабільність (2,5 балів); емоційна холодність (2,4 балів) та тривожно-фобічні прояви (2,5 балів).

У осіб без ознак дезадаптації (з нормативними показниками за Міссісіпською шкалою) також певною мірою проявлялись симптоми уникання (2,8 балів) та емоційна холодність, відстороненість від оточуючих (2,1 балів), що можна розцінити як дію психологічних захисних механізмів та копінг-стратегій, спрямованих на подолання стресу.

Отримані результати можуть бути використані при розробці реабілітаційних програм для військовослужбовців, що брали участь у бойових діях.

### **ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АТО**

**Шпильовий Я.В.**

*Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького*

Мета роботи – встановлення особливостей структури і вираженості депресії у жінок з невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу, для обґрунтування диференціації терапевтичних підходів.

Контингент обстежених і методи дослідження. За допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного (шкала Бека) методів було обстежено 200 жінок: 150 осіб з тривожно-депресивними розладами невротичного регістру (з них 78 – вимушено переміщені

(ВПЖ) та 72 – дружини військовослужбовців – учасників АТО (ДВС)), 25 хворих на ендогенну депресію (ГП-ЕД) та 25 психічно здорових жінок (ГП-3).

Результати дослідження. Виявлено, що у жінок ВПЖ серед симптомів когнітивно-афективного компоненту депресії за шкалою Бека у більш вираженому ступені прояву переважали: розлади настрою, відчуття неспроможності, роздратованість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість ( $p \leq 0,001$ ). Можна зазначити, що у ВПЖ ураження когнітивно-афективної сфери відбувалося за рахунок симптомів, які більш відображали «вітальність» переживань щодо «зруйнованого життя», «безповоротність минулого». Усі симптоми у жінок ВПЖ характеризувались відреагуванням особистості на «травму вимушеного переселення», їх наявність у жінок відображало боротьбу «прийняття-неприйняття» нового, іншого стану здоров'я та життєдіяльності із обмеженими функціональними можливостями. У жінок ВПЖ впливовими були симптоми втрати образу тіла, втрати працездатності, порушення сну, захопленість почуття власного тіла ( $p \leq 0,05$ ).

Стан без депресії (за шкалою Бека) виявлено у ВПЖ – 10,0%, ДВС – 5,0%, ГП-ЕД – не виявлено, ГП-3 – 90,0% жінок. Легка депресія діагностувалася у ВПЖ – 20,0%, ДВС – 50,0%, ГП-ЕД – не виявлено, ГП-3 – 10,0% ( $p \leq 0,05$ ). Помірна депресія діагностувалася у ВПЖ – 26,0%, ВСД – 30,0%, ГП-ЕД – 24,0%, ГП-3 – не виявлено ( $p \leq 0,05$ ). Виражена депресія діагностувалася у ВПЖ – 36,0%, ВСД – 13,0%, ГП-ЕД – 26,0%, ГП-3 – не виявлено ( $p \leq 0,05$ ). Тяжка депресія діагностувалася у ВПЖ – 14,0%, ВСД – 2,0%, ГП-ЕД – 50,0%, ГП-3 – не виявлено ( $p \leq 0,05$ ).

Виявлена чітка динаміка відсоткового збільшення рівня депресії з посиленням її ступеню вираженості у ВПЖ та ДВС з піком на рівні «виражений ступінь» – ВПЖ та «легкий ступінь» – ДВС. У ГП-ЕД – з піком, відповідно, на рівні «тяжкий ступінь», у ГП-3 виражених ступенів тяжкості не виявлено.

Виявлені відмінності між ВПЖ і ДВС можна пояснити різними мотиваційно-відповідальними механізмами. Так, при наявності соціальної підтримки у вигляді родичів або інших значущих людей жінки ДВС були схильні до більшої відповідальності та контролю проявів симптомів депресії. У свою чергу, при відсутності стримуючих чинників мобілізуюча поведінка жінок ВПЖ швидко руйнувалася. У більшості, такі жінки були емоційно нестримані та характеризувались пошуком «афективної мішені» – осіб, на яких вони могли безпричинно вимістити власні переживання.

Отримані дані були покладені нами в основу при розробці комплексної диференційованої системи спеціалізованої медичної допомоги жінкам з невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу.

### **РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА ГРУППЫ «РОДИННЕ КОЛО» С ДЕТЬМИ БОЙЦОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, ПОГИБШИХ В АТО**

**Штрыголь Д.В.<sup>1</sup>, Герасименко Е.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Харьковский национальный университет им.  
В.Н. Каразина,*

*кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и  
медицинской психологии;*

*<sup>2</sup>Детский лечебно-профилактический центр  
«Неболейка»*

Травма утраты родного человека – это одна из наиболее тяжелых психогений, которая может иметь крайне деструктивное влияние на психику ребенка. При отсутствии адекватной психологической поддержки со стороны родных и психологической / психотерапевтической помощи при осложненных формах течения реакции горя, есть опасность развития невротических и психосоматических нарушений. По данным военкомата, по состоянию на лето 2016 года в рядах ВСУ погибло более 100 жителей Харькова и области, не считая добровольцев и пограничников. Психологическое сопровождение семей погибших стало задачей, которую поставили перед собой харьковские психологи-волонтеры группы «Родинне коло» (авторы – члены этой группы). Инициировала формат «Родинного кола» психолог-волонтер «Кризисной службы Майдана» Виктория Кочубей, которая оказывала существенную помощь в организации работы группы. В настоящее время под опекой двадцати психологов группы находится 118 семей погибших.

Психологи «Родинного кола» столкнулись с тяжелейшими переживаниями семей, которые до встречи с психологами переживали свое горе в одиночестве, хотя были случаи социальной помощи от побратимов, знакомых,

волонтеров и позже государства. Это касалось и детей, и взрослых. Родные погибших отмечали непроговоренность горя, отсутствие открытой поддержки односельчан, соседей, одноклассников.

Работа психологов строилась исходя из понимания законов проживания утраты в виде последовательной смены этапов шока, отрицания, этапа принятия факта смерти. За каждой семьей закреплялся психолог-куратор, который сопровождает семью по телефону. В первые 6 месяцев после утраты первостепенной задачей было отреагирование тяжелых негативных переживаний, героизация погибших, работа над чувством уникальности пережитого горевания и психоэдукация. Важным и эффективным стал групповой формат работы с семьями: группы матерей, отцов, жен и детей погибших (дети делились на группы в зависимости от возраста). Проведено 3 встречи семей с группой психологов продолжительностью от 1 до 3 дней. На этих встречах работа с детьми проводилась в группах с использованием сказкотерапии и психогимнастики. Сказочные метафоры прорабатывались через диагностические сказочные рисунки, проигрывание лечебных авторских сказок Герасименко Е.В. с куклами. Главный лечебный эффект достигался через мягкое отреагирование посредством работы со сказочными персонажами в сочетании с двигательной «волшебной зарядкой». Считаю очень важным при работе с травмой утраты у детей включать в работу их тело для улучшения контейнирования эмоции. Мы обратили внимание на высокую потребность детей в отреагировании агрессии – дети с радостью сражались на мечах, играли в волка, драконов, зомби, боксировали подушки. Характерной была их потребность в телесном контакте – они часто обнимались, боролись, валялись в «кучу малу».

В течении последнего полугодия был изменен формат работы с семьями, имеющими детей. Встречи стали ежемесячными. А работа проводилась в двух группах: в группе детей и в группе родителей / опекунов.

Опрос родителей / опекунов (16 семей) выявил основные проблемы детей. Все родители сообщали о выраженных эмоциональных реакциях детей (повышенная плаксивость, раздражительность, обидчивость с грубостью, сочетающиеся с застыванием, оцепенением);

болях в голове, в животе, в сердце; страхе смерти оставшихся родных и собственной смерти, повышенной тревожности. 88% родителей жаловались на замыкание в себе, снижение общения с одноклассниками; навязчивые движения руками, ногами, повышенную двигательную активность, снижение успеваемости и мотивации, лень, апатию, а также снижение памяти, внимания. Агрессивное поведение с непослушанием встречалось в 50% случаев; энурез, скрип зубами – 31%; онихофагия – 38%. Обращало на себя внимание одновременное сочетание двигательной расторможенности с замкнутостью в общении.

Планируя работу, мы исходили из наблюдаемых особенностей психики детей, переживших потерю близких: незрелость, сложность рефлексии чувств, отсутствие собственных стратегий преодоления кризиса, эмоциональное заражение от значимых взрослых, а также ведущей симптоматики – тревожных, депрессивных и психосоматических расстройств. Родители/опекуны сами переживали «незавершенную работу горя», в отношении детей проявляли тревогу, а в ряде случаев – растерянность. Поэтому важнейшим моментом в работе с родителями стала их психоэдукация.

Коллектив психологов «Кризисной службы Майдана», в том числе Герасименко Е.В., подготовили книгу для психологического просвещения людей, проживающих тяжелые кризисные события, и для взрослых, сопровождающих детей погибших «Ми пережили. Техники відновлення». В процессе групповых консультаций родители / опекуны обучались навыкам пассивного и активного слушания, психофизиологической регуляции эмоций в виде специальных телесных упражнений. Обсуждались навыки стимуляции сниженной мотивации к учебе.

В основном использовались симптомоцентрированные методы психотерапии (бихевиоральный подход, внушение в бодрствующем состоянии, «материнское» внушение), а также метод психодрамы. В работе с детьми ведущими методами были арт-терапия, сказкотерапия и психогимнастические игры.

Родные отмечают улучшение своего состояния после встреч, оживление детей, повышение их жизнерадостности, включенности, снижение психосоматических жалоб. Психологи отметили повышение мотивации к встречам



---

у взрослых и детей. Наш опыт показывает необходимость и перспективность продолжения этой работы, и не только в ее волонтерском формате.

### **ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ МОЛОДИХ ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ**

**Юрценюк О. С.**

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний  
університет», Україна*

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини у зв'язку з широкою поширеністю захворювання, підвищеним ризиком серцево-судинних ускладнень і високою смертністю. Поширеність ГХ серед чоловіків складає 39,2%. Частота еректильної дисфункції (ЕД) серед хворих ГХ становить 46,7%. Розвиток ЕД в значній мірі спровоковано посиленням вільнорадикального процесу і перекисного окислення в тканинах статевого члена, розвиток ендотеліальної дисфункції у хворих ГХ. Крім того, 25% випадків ЕД так чи інакше пов'язані з прийомом лікарських засобів. Таким чином, ЕД є поширеною медичною, психологічною та соціальною проблемою.

В обстеженні взяли участь 34 хворих ГХ з ЕД у віці від 20 до 45 років (середній вік – 32,23 ± 6,11). Діагноз ЕД підтверджувався за допомогою Міжнародного індексу еректильної функції (інтегральний показник «еректильна функція»

– від 7 до 25 балів) і опитувальників СФМ (сексуальна формула чоловіча); пацієнти давали інформовану згоду на участь в дослідженні. Всім пацієнтам було проведено добове моніторування АТ. Психологічне тестування здійснювалося за опитувальником «Скорочений багатопроектний опитувальник особистості» (СБОО).

Аналіз результатів тестування за шкалою СБОО показав, що серед пацієнтів з ГХ і ЕД відзначаються високі показники за шкалою іпохондрії у 91,5%, депресії – у 67,9%, психастенії – у 48,5% хворих. Середні показники за шкалами іпохондрії склали 66 балів, психастенії – 59 балів, депресії – 54 бали і шизоїдності – 52 бали.

Комплексна терапія включала: – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, антагоністи кальцію, b-блокатори; – препарати, які покращують еректильну функцію у чоловіків, за рахунок підвищення активності ендотеліальної NO-синтетази; – психотерапію. На тлі лікування, через 3 місяці, було виявлено достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження показників СБОО за шкалами іпохондрії і депресії на 8 і 11,7% відповідно.

Таким чином, застосування комплексної терапії в обстеженій групі пацієнтів призвело до істотного покращення за всіма показниками еректильної функції, основними компонентами сексуальної функції в цілому, а також до нормалізації добового профілю АТ, поліпшення психологічного стану хворих, що виразилося в зниженні рівнів депресії та іпохондрії за шкалами СБОО.