



## ЦЕНТР ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБИЛІТАЦІЇ ДЕТЕЙ І ПОДРОСТКОВ «ФЕЛЬДМАН ЕКОПАРК»

**Михайлов Борис Владимирович**, научный руководитель Центра, главный эксперт МОЗ Украины по специальностям "Психотерапия" и "Медицинская психология", заслуженный деятель науки и техники Украины, д. мед.н., профессор.

**Алиева Татьяна Асифовна**, руководитель психологической службы Центра, к. псих.н., ассистент кафедры психотерапии ХМАПО.

**Вашките Инна Дариюсовна**, руководитель медицинской службы Центра, к. мед.н., ассистент кафедры психотерапии ХМАПО.



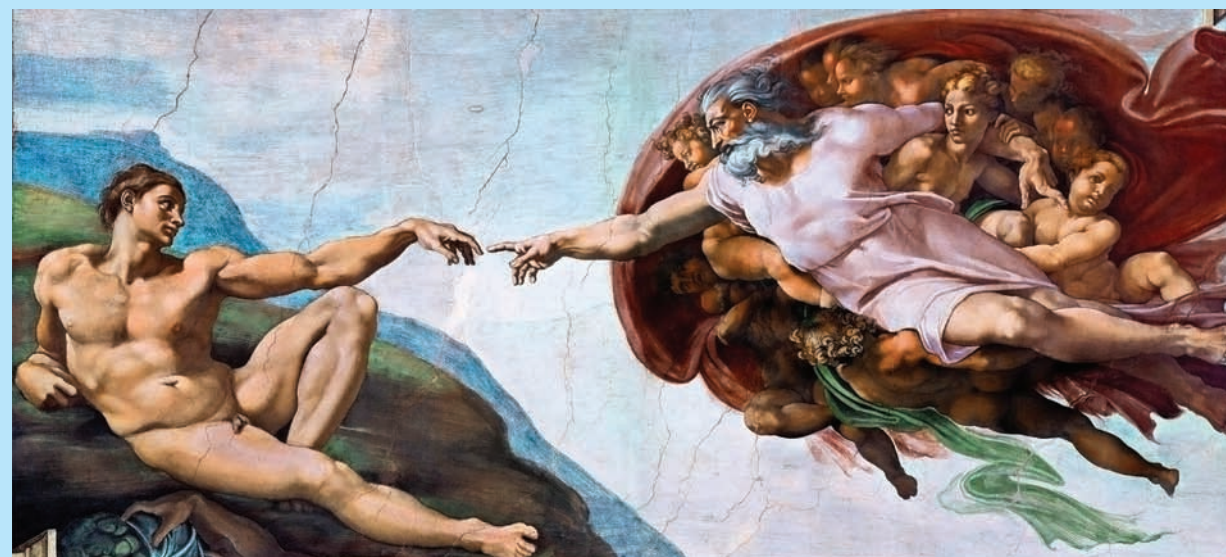
УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

# ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»  
MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№ 2 (04) 2016

Спеціальний випуск, присвячений II міжнародній конференції з психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених із зони АТО на базі Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків "ФЕЛЬДМАН ЕКОПАРК"»



«Створення Адама», Мікеланджело, 1511



Випущений за сприянням МБФ "Фонд Олександра Фельдмана"



WWW.UJMH.ORG

# УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ “ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ’Я, ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА”

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ

“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

“MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE” UKRAINIAN JOURNAL

№ 2 (04) 2016

**Спеціальний випуск, присвячений II міжнародній конференції з психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених із зони АТО на базі Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман Екопарк»»**

ISSN 2413-8843

---

Видання зареєстровано Державною  
реєстраційною службою України 29.08.2014 р.  
Св-во про реєстрацію: серія KB № 20924-10724ПП

**Вид видання:** журнал

**Статус видання:** вітчизняне

**Мови видання:** українська, російська, англійська  
(змішаними мовами)

**Вид видання за цільовим призначенням:** медичне,  
науково-практичне

**Співзасновники та видавці:**

Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО);  
Всеукраїнська громадська організація «Українське  
міждисциплінарне Товариство Чоловічого Здоров'я та Гендеру»;  
Всеукраїнська громадська організація «Національна ліга  
психотерапії, психосоматики та медичної психології України»

**Обсяг, періодичність:** до 20 ум. друк. арк., 2 рази на рік

**Тираж:** 1000 прим.

---

*Рекомендовано до друку вченою радою ХМАПО (протокол засідання № 7 від 16.09.2016 р.)*

Підписано до друку 29.12.2016 р.

Передрукування дозволяється лише за згодою редакції.

Відповідальність за добір і викладення фактів несуть автори.

Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій.

За зміст та достовірність реклами несе відповідальність рекламодавець.

**Адреса редакції:** бул. Дружби народів, 3-А, Київ, 01033, Україна;  
тел.: +380 (44) 254 49 86; сайт: [www.ujmh.org](http://www.ujmh.org); e-mail: [zasseda@gmail.com](mailto:zasseda@gmail.com)

Віддруковано ТОВ «ДКС-центр»: м. Київ, пров. Куренівський 17, тел.: +380 (44) 537 14 34.  
Св-во ДК № 3457 від 08.04.2009 р. Папір крейдований, друк офсетний, формат 64x80 1/16 ум.друк.арк.

Головний редактор: **Михайлов Борис Володимирович** д.м.н., проф.,  
Заслужений діяч науки і техніки України (ХМАПО)  
Заступник головного редактора: **Засєда Юрій Ігорович** к.м.н.  
Відповідальний секретар: **Безсмертний Олександр Володимирович** к.психол.н.

Редакційна колегія:

**Болотна Л.А.** д.м.н., проф. (ХМАПО)  
**Бондаренко В.О.** д.м.н.  
**Воронков Л.Г.** д.м.н.  
**Дарій В.І.** д.м.н., проф.  
**Зозуля І.С.** д.м.н., проф.  
**Котенко О.Г.** д.м.н.  
**Коваленко В.М.** д.м.н., проф.  
**Кришталь Є.В.** д.м.н., проф. (ХМАПО)  
**Лінський І.В.** д.м.н., проф.  
**Лучицький Е.В.** д.м.н., проф.  
**Лісовий В.М.** д.м.н., проф.  
**Маркова М.В.** д.м.н., проф. (ХМАПО)  
**Марута Н.О.** д.м.н., проф.

**Мішиєв В.Д.** д.м.н., проф.  
**Міщенко Т.С.** д.м.н., проф.  
**Напрєєнко О.К.** д.м.н., проф.  
**Підкоритов В.С.** д.м.н., проф.  
**Ревенко О.А.** д.м.н., проф.  
**Стаховський Е.О.** д.м.н., проф.  
**Сосін І.К.** д.м.н., проф.  
**Табачников С.І.** д.м.н., проф.  
**Федоренко О.Є.** д.м.н.  
**Хвисюк О.М.** д.м.н., проф. (ХМАПО)  
**Чабан О.С.** д.м.н., проф.  
**Шевченко Н.Ф.** д.психол.н., проф.

Голова редакційної ради: **Чугунов Вадим Віталійович** д.м.н., проф.  
Редакційна рада:

Аймедов К.В. д.м.н., проф. (Україна)  
Білобрівко Р.І. д.м.н., проф. (Україна)  
Більченко О.В. д.м.н., проф. (Україна)  
Бітенський В.С. д.м.н., проф.,  
чл.-корр. НАМН України (Україна)  
Волошин П.В. д.м.н., проф. (Україна)  
Кожина Г.М. д.м.н., проф. (Україна)  
Курило В.О. д.м.н., доц. (Україна)  
Марченко В.Г. д.м.н., проф. (Україна)  
Москаленко В.Ф. д.м.н.,  
проф. акад. НАМН України, (Україна)  
Поліщук М.Є. д.м.н.,  
проф. чл.-кор. НАМН України (Україна)  
Пшук Н.Г. д.м.н., проф. (Україна)  
Самохвалов В.П. д.м.н., проф. (Чехія)

Скрипніков А.Н. д.м.н., проф. (Україна)  
Тронько Н.Д. д.м.н., проф., акад. НАМН України,  
чл.-кор. НАН України (Україна)  
Федак Б.С. д.м.н., доц. (Україна)  
Федотов В.П. д.м.н., проф. (Україна)  
Фещенко Ю.І. д.м.н., проф.,  
акад. НАМН України (Україна)  
Хвисюк М.І. д.м.н., проф. (Україна)  
Шестопалова Л.Ф. д.психол.н, проф. (Україна)  
M. Bullinger PhD, Prof. (Germany)  
M. Dabkowski MD, PhD (Poland)  
G.J. Moller MD, Prof. (Germany)  
N. Sartorius MD, Prof. (Switzerland)  
A. Semihodskiy PhD (UK)  
D. Wasserman MD, Prof. (Netherland)

Рецензенти за спеціальностями:

Сексологія: Кришталь Є.В., Маркова М.В., Чугунов В.В.  
Психіатрія: Марута Н.О., Мішиєв В.Д., Михайлов Б.В., Підкоритов В.С., Ревенко О.А., Чугунов В.В.  
Психотерапія: Михайлов Б.В., Чабан О.С., Чугунов В.В.  
Загальна і медична психологія: Кришталь Є.В., Маркова М.В., Михайлов Б.В., Шевченко Н.Ф.  
Наркологія: Лінський І.В., Сосін І.К., Табачников С.І.  
Ендокринологія: Бондаренко В.А., Лучицький Е.В.  
Кардіологія: Воронков Л.Г., Коваленко В.Н.  
Урологія та андрологія: Лісовий В.Н., Лучицький Е.В., Стаховський Е.О.  
Дерматовенерологія: Болотна Л.А., Федоренко О.Є., Федотов В.П.  
Неврологія: Дарій В.І., Зозуля І.С., Міщенко Т.С.

Технічне забезпечення: Дідук Б.Б. Комп'ютерна верстка та дизайн: Кравець Ю.С.

# ЗМІСТ ЖУРНАЛУ

## СТАТТІ

- Б.В. Михайлов, О.І. Сердюк, М.Є. Водка, Т.А. Алієва, І.Д. Вашкіте**  
ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ,  
ЩО ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ . . . . 5
- Ю.В. Бовт, Ю.В. Кас, В.О. Коршняк, В.І. Сухоруков**  
КЛІНІЧНІ І ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ  
ТРАВМИ, ОТРИМАНОЇ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ХВИЛІ . . . . . 12
- М. А. Гавриленко**  
НЕВРОТИЧНА АНОРЕКСІЯ (ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ПОГЛЯД) . . . . . 18
- О. В. Гришняєва, І. Е. Тимошпольська**  
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ ДО РОБОТИ МОЛОДШОГО  
МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ . . . . . 24
- Я. В. Криворотько**  
СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ЖІНОК З ЗОНИ АТО, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ ПІД НАГЛЯДОМ  
У РЕГІОНАЛЬНОМУ ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ЦЕНТРІ . . . . . 30
- Б. В. Михайлов, Я. С. Живілова**  
ВИКОРИСТАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ В ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСІЙ . . . . . 35
- Б. В. Михайлов, Н. М. Колеснік**  
МОДИФІКАЦІЯ ТЕСТУ ТРИВОЖНОСТІ Р. ТЕММЛ, М. ДОРКІ, В. АМЕН (МЕТОДИКА  
«ОБЕРИ ПОТРІБНЕ ОБЛИЧЧЯ») ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ  
У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ . . . . . 41
- Б. В. Михайлов, Т. С. Чорна**  
КЛІНІКА ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ ТРИВОЖНОГО СПЕКТРУ . . . . . 49
- В.М. Рахманов, Р.В. Рахманов**  
ДОСВІД РОБОТИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ І ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ  
СІМ'ЯМ З ХВОРИМИ ДІТЬМИ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ І ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ  
З ЗОНИ АТО . . . . . 54
- І. В. Романова**  
ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ ОСІБ,  
ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ГЕНДЕРНО ОБУМОВЛЕНОГО НАСИЛЬНИЦТВА . . . . . 60
- А.П. Чуприков, В.Д. Мішиєв, М.М. Марканов, В.В. Старагін, О.Є. Кушницька, Н.Ю.  
Василевська, Т.В. Чорна**  
УКРАЇНСЬКІ ДЕЛЬФІНАРІЇ ТА ЇХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ФУНКЦІЯ . . . . . 65
- К. В. Аймедов, Д. А. Волощук**  
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ В СТРУКТУРІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З  
СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ . . . . . 70
- ТЕЗИ**  
**II міжнародній конференції з психосоціальної реабілітації дітей та підлітків**  
**«Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених із зони АТО на базі**  
**Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман Екопарк»» . . . . . 77**
- ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ, ЩО НАДАЮТЬСЯ АВТОРАМИ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ,  
ДИВИТЬСЯ НА САЙТІ ЖУРНАЛУ: WWW.UJMN.ORG

# ЗМІСТ ЖУРНАЛУ

## ARTICLES

- B.V. Mykhaylov, A.I. Serdiuk, M.E. Vodka, T.A. Alieva, I.D. Vashkite**  
RECONSTRUCTIVE THERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER,  
WHICH IS USED IN THE MILITARY AT THE SANATORIUM STAGE ..... 5
- Y.V. Bovt, Y.V. Kas, V.O. Korshniak, V.I. Suhorukov**  
CLINICAL AND PATHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF THE ACUTE CLOSED HEAD BRAIN  
INJURY IN RESULTING FROM THE BLAST WAVE ..... 12
- M. A. Gavrilenko**  
NEUROTIC ANOREXIA (PSYCHOANALYTIC VIEW) ..... 18
- E. Grishnyaeva, I. Timoshpolskaya**  
FEATURES OF ADAPTATION DISORDERS IN THE WORK OF NURSES  
IN THE ANTITERRORIST OPERATION ..... 24
- Y. Krivorotko**  
WOMEN HAVE THE STATE OF EMOTIONAL SPHERE FROM THE ZONE OF ATO,  
THAT ARE UNDER SURVEILLANCE IN THE REGIONAL PERINATAL CENTER ..... 30
- B. V. Mykhaylov, J. S. Jivilova**  
THE USE OF ANTIDEPRESSANTS IN THE TREATMENT OF DEPRESSION ..... 35
- B. V. Mykhaylov, N. M. Kolesnik**  
THE TEST OF ANXIETY R. TEMML, M. DORKI, V. UMEN (METHODOLOGY «CHOOSE A NECESSARY  
PERSON») MODIFICATION FOR DEEP RESEARCH OF PRESCHOOL-AGE THE CHILDREN ..... 41
- B. Mykhaylov, T. Chornaya**  
CLINIC AND PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY ANXIETY SPECTRUM DISORDERS ..... 49
- V. M. Rahmanov, R. V. Rahmanov**  
EXPERIENCE IN PROVIDING MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION ASSISTANCE  
TO FAMILIES WITH SICK CHILDREN WITH DISABILITIES AND FUNCTIONALITY FROM ATO ZONE ..... 54
- I. V. Romanova**  
PSYCHOSOCIAL REHABILITATION, PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND PSYCHOTHERAPY  
PERSONS AFFECTED FROM GENDER-BASED VIOLENCE ..... 60
- A. Chuprikov, V. Mishiev, N. Markanov, V. Staragin, E. Kushnirskaya, N. Vasilevskaya, T. Chorna**  
UKRAINIAN DOLPHINARIUMS AND THEIR SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FUNCTIONS ..... 65
- C. V. Aymedov, D. A. Voloshchuk**  
PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN COMPLEX STRUCTURE OF PATIENTS WITH VASCULAR  
DEMENTIA ..... 70
- THESES**  
Of Second international conference on psychosocial rehabilitation of children and adolescents  
«Psychosocial rehabilitation of victims and displaced from the area at the Ato Psychosocial  
rehabilitation center for children and Adolescents «Feldman ecopark» ..... 77

REQUIREMENTS FOR SCIENTIFIC ARTICLES, PROVIDED BY THE AUTHORS FOR PUBLICATION,  
LOOKING AT THE MAGAZINE'S WEBSITE: **WWW.UJMH.ORG**

© B.V. Khaylov<sup>1</sup>, A.I. Serdiuk<sup>2</sup>, M.E. Vodka<sup>3</sup>, T.A. Alieva<sup>1</sup>, I.D. Vashkite<sup>1</sup>

УДК 616.891.6-092: 616.8-085.851

**B.V. Khaylov<sup>1</sup>, A.I. Serdiuk<sup>2</sup>, M.E. Vodka<sup>3</sup>, T.A. Alieva<sup>1</sup>, I.D. Vashkite<sup>1</sup>,**

## RECONSTRUCTIVE THERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, WHICH IS USED IN THE MILITARY AT THE SANATORIUM STAGE

**Б.В. Михайлов<sup>1</sup>, О.І. Сердюк<sup>2</sup>, М.Є. Водка<sup>3</sup>, Т.А. Алієва<sup>1</sup>, І.Д. Вашикіте<sup>1</sup>**

**ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ, ЩО ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЕТАПІ**

**Б.В. Михайлов<sup>1</sup>, О.І. Сердюк<sup>2</sup>, М.Є. Водка<sup>3</sup>, Т.А. Алієва<sup>1</sup>, І.Д. Вашикіте<sup>1</sup>**

**ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, ПРИМЕНЯЕМАЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ**

<sup>1</sup> Kharkov Medical academy of Postgraduate education;

<sup>2</sup> clinical sanatorium «berezovskije vody Resort»;

<sup>3</sup> international charity fund «alexander feldman fund»

<sup>1</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти;

<sup>2</sup> Клінічний санаторій «Березівські мінеральні води»;

<sup>3</sup> Міжнародний благодійний фонд «Фонд Олександра Фельдмана»

Статья поступила в редакцию 30.09.2016.

### Resume

**The aim of the study** is to apply restorative psychotherapy to post-traumatic stress disorders, among military personnel at the sanatorium stage.

**Materials and methods.** Comprehensive psychosocial rehabilitation of 375 combatants was exercised during the joined program of Feldman Ecopark Center of psychosocial rehabilitation for children and adolescents, Department of Psychotherapy of the Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education (KMAPE) and clinical sanatorium «Berezovskije Vody Resort» during years 2015 – 2016.

**Results.** Attention is paid to historical background of various mental disorders and behavior of psychogenic origin, particularly to post-traumatic stress disorder. The paper approaches problems of definition, etiology and pathogenesis, primary diagnosis of PTSD among the demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium rehabilitation. The emphasis is placed on the basic groups (clusters) of neurotic, pathological personality and psychopathological symptoms of this group of patients. Attention is paid to medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation in sanatorium conditions, especially to new and innovative approaches to the problem and new forms of intervention including EAP at the premises of Feldman Ecopark Center of psychosocial rehabilitation for children and adolescents.

**Conclusions.** PTSD is a growing concern among combat veterans. We recognize the need for new and innovative approaches to the problem and try to turn to new forms of intervention including EAP.

### Keywords

posttraumatic stress disorder, maladaptation, demobilized members of the antiterrorist operation, the program of medico-psychological rehabilitation, sanatorium resort conditions, Equine Assisted psychotherapy.

### Резюме

**Мета дослідження** - застосування відновної психотерапії посттравматичних стресових розладів, у військовослужбовців на санаторно-курортному етапі.

**Матеріали та методи.** Всебічна психосоціальна реабілітація 375 військовослужбовців була проведена під час спільної програми Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків Фельдман Екопарк (Feldman Ecopark), факультету психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти (КМАПО) та клінічного санаторію «Березовські води» протягом 2015 – 2016 рр.

**Результати.** Приділяється увага історичному екскурсу в питання виникнення різних розладів психіки та поведінки психогенного походження, зокрема посттравматичного стресового розладу. Розглядаються визначення, етіологія і патогенез, первинна діагностика посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, що знаходяться на реабілітації в санаторно-курортних умовах. Виділено основні групи (кластери) невротичних, патоперсоналогічних і психопатологічних проявів у цього контингенту хворих. Приділено увагу медико-психологічній реабілітації демобілізованих учасників АТО в санаторно-курортних умовах, особливо новаторським підходам до проблеми і до нових форм втручання, включаючи іпотерапію, на базі Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман Екопарк».

**Висновки.** ПТСР викликає все більше занепокоєння у ветеранів бойових дій. Ми визнаємо необхідність нових і новаторських підходів до проблеми і намагаємося звернутися до нових форм втручання, включаючи EAP.

**Ключові слова**

посттравматичний стресовий розлад, дезадаптація, демобілізовані учасники АТО, програма медико-психологічної реабілітації, санаторно-курортні умови, іпотерапія.

**Резюме**

**Цель исследования** – применение восстановительной психотерапии посттравматических стрессовых расстройств, у военнослужащих на санаторно-курортном этапе.

**Материалы и методы.** Всесторонняя психосоциальная реабилитация 375 военнослужащих была проведена во время совместной программы Центра психосоциальной реабилитации детей и подростков Фельдман Экопарк (Feldman Ecopark), факультета психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования (КМАПО) и клинического санатория «Березовские воды» в течение 2015 – 2016 гг.

**Результаты.** Уделяется внимание историческому экскурсу в вопрос возникновения различных расстройств психики и поведения психогенного происхождения, в частности, посттравматического стрессового расстройства. Рассматриваются определение, этиология и патогенез, первичная диагностика посттравматического стрессового расстройства у демобилизованных участников АТО, находящихся на реабилитации в санаторно-курортных условиях. Выделены основные группы (кластеры) невротических, патоперсоналогических и психопатологических проявлений у данного контингента больных. Уделено внимание медико-психологической реабилитации демобилизованных участников АТО в санаторно-курортных условиях, особенно новаторским подходам к проблеме и к новым формам вмешательства, включая ипотерапию, на базе Центра психосоциальной реабилитации детей и подростков «Фельдман Экопарк».

**Выводы.** ПТСР вызывает все большую озабоченность у ветеранов боевых действий. Мы признаем необходимость новых и новаторских подходов к проблеме и пытаемся обратиться к новым формам вмешательства, включая EAP.

**Ключевые слова**

посттравматическое стрессовое расстройство, дезадаптация, демобилизованные участники АТО, программа медико-психологической реабилитации, санаторно-курортные условия, ипотерапия.

---

Global civilization processes that occur in the late twentieth century and at the beginning of the third millennium are controversial. Significant role in these processes is played by urbanization factors. In addition, social progress accompanied by increased social tensions and, consequently, the level of conflict. This negative social potential has accumulated due to catastrophic events – social upheaval, wars and anthropogenic disasters [1 – 3].

Today, when military operations and forced migration still take place in Ukraine, every day there appear new groups of people exposed to stress factors. These are risk groups exposed to mental and behavioral disorders of psychogenic origin. The most common of them is the post-traumatic stress disorder (ptsd).

Modern ideas about ptsd as a diagnostic classification unit developed in 70 – 80 years of the latest century, but the disorders that develop as a result of a catastrophe (unlike conventional psychogenic states) have been described and diagnosed before [4]. Many works on this problem appear after major military conflicts. Thus, important studies were conducted after the first world war (1914 – 1918). E. Kraepelin (1916) described traumatic neurosis and indicated for the first time that permanent disorders may increase with time after severe traumata intensified with time [5, 6]. Subsequently, the impact of post-traumatic stress on combatants' subsequent mental state is deeper than the study of the vietnam war has indicated. Because the symptoms described post vietnamese syndrome did not meet any of the general entities that M. Horowitz (horowitz, 1980) proposed to distinguish as a separate syndrome, they were defined as post-traumatic stress disorder.

Systematic studies of stresses, caused by natural and industrial disasters date from the 50 – 60-ies. The prevalence of ptsd in the population depends on the frequency of traumatic events [5, 6]. The purpose of the article.

Comprehensive psychosocial rehabilitation of 375 combatants was exercised during the joined program of feldman ecopark center of psychosocial rehabilitation for children and adolescents (further – the center), Department of Psychotherapy of the Kharkov Medical academy of Postgraduate education (kmape) and clinical sanatorium «berezovskije vody Resort» during years 2015 – 2016.

The study of those suffering from ptsd has revealed that during their childhood the testees experienced psychotrauma more often than the testees who do not suffer from the aforementioned disorder, and were deprived of coordinated support from their parents. There are also higher rates of divorce among the parents of those suffering from ptsd.

The study also showed that the testees experienced childhood sexual abuse (or forcing entry into sexual relations with someone from the immediate environment of the child) correlated with higher levels of both depressive and anxiety symptoms later in adulthood [7 – 9].

Premorbid personality characteristics of patients with posttraumatic stress disorder are heterogeneous. Although people in natural conditions that provoke anxiety are especially likely to develop post-traumatic stress disorder, these disorders often arise in obsessive, dependent and even schizoid personality type. However, it would be logical to expect that those individuals assessed via the question-naire with higher level of neuroticism (or «big anxiety») are more likely to develop symptoms of post-traumatic stress disorder than those of phlegmatic temperament.

The risk of post-traumatic stress disorder increased significantly in those constantly exposed to harmful negative social factors, such as intractable interpersonal problems or adverse conditions [10, 11]. It should be noted that all of the testees had problems in microcommunity such as, for example, conflicts in the parents' or children's family, divorce, conflicts with friends, colleagues etc.

In the etiology of posttraumatic stress disorder there are three groups of factors that play the leading role.

I. Hereditary-organic.

Constitutional and typological features of the central nervous system and features of the accentuated personality should be referred to this group.

II. Psychoemotional or psychogenic.

These are acute or chronic factors of external action mediated through mental health, which had both cognitive and emotional significance, and consequently caused psychological diseases.

III. Psychoorganic.



---

Different premorbid organic (traumata, infections, toxic poisoning, hypoxemia etc.) Compromising of the integration cerebral systems of suprasegmental level, primarily of limbic-reticular complex.

For men, the most common factors involved military events car accidents, local man-made disasters and emergencies.

From a clinical point of view, post-traumatic stress disorder are related to personal and reactive states developing as a result of a previous emergency, which was of the pathogenic-psychogenic nature for the individual (e.g. The situation represented a direct threat to the biologically or socially valuable human existence, ownership of or relatives, family, friends catastrophic situation of global or individual nature – such as natural disasters, war or man-made disasters, etc.).

That is why medical and psychological rehabilitation should be a mandatory part of complex rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation, which led to its active and gradually rebuild the mandatory involvement of the comprehensive rehabilitation of persons affected by participation in the antiterrorist operation [12 – 14].

The rehabilitation program was implemented in three stages.

1. The initial stage (setting therapeutic contact compliance) – 2 – 3 days. Carrying out doctor structured diagnostic interviews, psycho-diagnostic sessions – by expert psychologists; assigning individual therapy and rehabilitation programs in multidisciplinary discussion; coordinating individual treatment and rehabilitation program with the patient; starting individual treatment and rehabilitation program.

2. Main (rehabilitation) stage – 14 – 18 days. Carrying out individual psychotherapy, group psychotherapy, relaxation techniques with the assimilation of elements of autogenous training (constantly), physiotherapy, exercise therapy, aromatherapy, reflexology and other non-drug methods of influence (constantly), drug therapy (if indicated).

3. Supporting (completing) stage – 2 – 3 days. Carrying out individual psychotherapy, relaxation techniques with the assimilation of elements of autogenous training (constantly), completion of all other medical measures.

**Methods used during research.** Basically psychocorrection of the experienced trauma was carried out by experts at the premises of clinical sanatorium «berezovskije vody Resort», supporting and resting stage – at the premises of the center through equine assisted psychotherapy (eap). One of the main aspects of the rehabilitation of the combatants is to restore their social functioning in peacetime. Psychocorrectional important aspect is the establishment of human interaction with nature.

Animal-assisted therapy provides a holistic and experiential approach to healing in which the relationship between the combatant and the registered therapy animal is the agent of change. Equine assisted psychotherapy is an emerging form of therapeutic intervention in which horses are used as tools for combatants to gain self-understanding and emotional growth. Eap is a type of animal assisted therapy, a field of mental health that recognizes the bond between animals and humans and the potential for emotional healing that can occur when a relationship is formed between the two species. Eap has been applied to address a wide range of mental health and basic human development issues including mood disorders, attention deficit disorders, relationship and communication issues, behavioral disorders, substance abuse and chemical dependency, eating disorders, childhood abuse issues, and post-traumatic stress disorder. The purpose of animal assisted therapy is to provide interventions that would not be possible with only a human provider. Animals interact with humans in a variety of therapeutic forms, but the basis of the interaction is lessening of human stress and increase in mutual trust [15].

These activities are most often performed on the ground (rather than riding), and include such things as grooming, feeding, haltering, and leading the horse. During the process of working with the horse, the therapist and combatant engage in talk therapy, processing feelings, behaviors, and patterns. The ultimate goal for the client is to build skills such as personal responsibility, assertiveness, non-verbal communication, self-confidence, and self-control. Eap focuses on living in the now. The movement of a horse and the physical environment of nature helped calm the patient. Individual sessions are structured so that all parties are equally involved. Eap supports using the ground work technique that gives the patient opportunities to make solutions with the horse. In eap, a patient must remain in control and pay attention to details. By letting the individual ride in a saddle, the horse allows the individual to acquire

---

and display dominance, an important aspect, but not the driving goal of eap. These activities help build assertiveness, responsibility, and confidence.

Horses provide an additional aspect of the therapeutic process that many other animals cannot. They are prey animals and, therefore, they do not trust easily, demand respect to provide respect, and due to their size are not easily bullied or manipulated. Horses also live by a set of rules that is based on the family system. They are herd animals and their survival depends upon communication and their relationship with the other herd members. Horses read subtle changes in human body language, emotion, positive and negative energy, and basic intentions of others. Equine assisted psychotherapy utilizes the horse's responsive nature as a therapy tool and part of the therapy team's options for treatment. They are naturally curious, have individual personalities, and mirror human behavior.

The structure of eap provides a unique atmosphere for the client to work through personal challenges. Eap provides clients with in-the-moment experiences to learn how to manage current situations and future challenges with a focus on personal strengths and resources. Therapy sessions are generally on the ground as opposed to in the saddle. Eap supports the approach that «ground work» provides the client with opportunities to generate solutions as the horse is a component of the process rather than the primary focus. This approach also allows for greater transparency of issues related to communication and relationship between the horse and veteran. An eap practitioner and a horse handler are part of the team, but the basis of therapy occurs between horse and veteran. Observing, debriefing, and processing are the main roles of the practitioner while the horse handler assures safety and assists the practitioner to interpret the body language of the horse.

In this experiential based therapy it is by interacting with the horse that the combatant gains greater insight into themselves through experiencing natural consequences, successes, and mistakes. There is something to be learned at every step of the process even including the combatant's selection of the horse. A typical eap session involves the combatant receiving a task to complete with a horse while they are in an enclosed space such as an arena and are free to move around. This facilitates safety and freer interaction as horses, being prey animals, have a basic instinct for flight rather than fight. The lack of restraint on the horse creates a challenge that requires most humans to approach the created situation from a new angle. The horse handler sees to the safety of horse and combatant, and the practitioner observes but does not intervene during this portion of the interaction, which generally lasts about one hour. There are various rules related to the equine activities, which often include no touching or bribing the horse. Typical coping mechanisms such as bullying or manipulating are not effective and new solutions and forms of communication must be developed to create successful outcomes.

Insight is often developed through feelings and emotions generated through working with the horses; these interactions often mirror experiences that clients acquire in society and can be useful during therapy.

A common therapeutic activity is to have a horse move through an obstacle course to a desired endpoint. The objective does not have to be met to reach a successful outcome. The manner in which the individual or group functions is a significant piece of any eap activity and focus for discussion with the practitioner. Debriefing a therapeutic activity provides structure for discussing feelings related to the exercise and issues or concerns that may have arisen during the process, and is conducted immediately post equine intervention. Practitioners facilitate the therapeutic process by allowing and encouraging questions and by asking questions that are specifically related to the activity and the needs of the combatant involved. During this process connections are often made between interaction with the horses and daily life outside of the arena. Combatants are encouraged to examine their interactions with the horses and reflect upon their feelings related to the horses' responses and the effectiveness of the overall activity. Through this perspective, they are then provided the opportunity to explore solutions and new approaches with the ultimate goal being the development of new skills that may be applied to everyday life. Issues and concerns are also commonly revealed during the equine intervention that may later be explored in greater depth during a session that is arranged between combatant and practitioner. Metaphorical learning is a core concept of eap; combatants are given simple tasks to complete with a horse which are later debriefed with the practitioner. It is in relating these metaphors to personal situations that the practitioner may assist combatants in acknowledging and approaching their challenges and working toward positive change. As eap is experiential in its nature, it is the process of interacting

---

with the horses that aid the combatants in gaining insight into themselves. The actual activities and the completion or lack of completion of the stated goals are far less important than the process and the exploration of results.

A basic eap activity is the seemingly simple act of placing a halter on a horse. The horses are free in an arena, and the first step in the process is to select a horse. All of the horses have unique personalities and therefore provide unique challenges to the combatant. The obstacles and challenges faced in the arena with the horse often mirror those that are presented in daily life for a combatant with ptsd. The metaphors reveal themselves in how the combatant perceives and approaches the challenge, and are later discussed during the debriefing process and in therapy. The practitioner and experienced horse handler observe each piece of the process including: how the combatant approaches the horse, how the combatant reacts if the horse does not cooperate, if the combatant chooses a different horse if presented with resistance from an initially selected horse, how the team works together in case of a group activity, if an individual takes over in a team, if the combatant gives up, if anger or another strong emotion is involved, and more. It is also of note if the combatant did or did not accomplish the task and what their reaction was to this, but only for the purpose of therapy and insight and not in relation to deeming the task a success or failure.

**Results and discussion.** It has been hypothesized that the basis for ptsd symptoms is chronic hyperstimulation of the autonomic Nervous System which leads to a classic fight or flight response and subsequently many of the previously mentioned symptoms experienced by a combatant suffering from the condition. Being prey animals, horses experience this state most all of their existence and depend on it for survival, but as they are herd animals, they must also manage to learn effective communication and develop the means to cohabitate in their community or they will be isolated from the group, which leaves them highly vulnerable to a variety of threats. This similarity between the combatant and the horse is a basic metaphor of the therapy. Horses are of great assistance in helping combatants with ptsd observe community structured interaction, and are considered by many practitioners to be more of a partner than a tool in this therapy with trust being a major component. Additional areas of benefit are anxiety reduction, decreased isolation, communication, perspective, impulse modification, social skills, assertiveness, self-concept, boundaries, confidence, self-efficacy, creative freedom, and social skills. It is not only the combatant's responses and reactions that are of value in this form of therapy. The horse is an integral part of the process in which they provide valuable feedback not only in the response that the combatant perceives, but also in their responses to the combatant due to their innate ability to read emotion and intent of others. This feedback comes in the form of ear movements, allowed proximity to the client, and general

Body posturing that relays significant feedback to the horse professional, who then passes this information onto the practitioner for integration into therapy.

**Conclusions.** Ptsd is a growing concern among combat veterans. It is the responsibility of the practitioner to aid the combatant in managing ptsd in a manner that helps them adapt to current living situations. It is not known which treatment approach is most effective, and likely there is not one generic approach that is right for all combatants. It is known that medications alone have not been consistently successful and even combined with classic psychotherapy results have been marginal. We recognize the need for new and innovative approaches to the problem and try to turn to new forms of intervention including eap.

---

## REFESECENCES

1. Briggs C. A. Counseling addicted veterans: What to know and how to help / Briggs C. A., Reneson S. – 2010. Available at: [http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article\\_88.pdf](http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_88.pdf).
2. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype / R. A. Lanius, E. Vermetten, R. J. Loewenstein [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2010. – Vol. 167. – P. 640 – 647.
3. A multidimensional wellness group therapy program for veterans with comorbid psychiatric and medical conditions / L. M. Perlman, M. J. Altieri, S. R. Brown [et al.] // Professional Psychology: Research and Practice. – 2010. – №41. – P. 120 – 127.

4. Litvintsev S. V. Boevaya psikhicheskaya travma [Rukovodstvo dlya vrachey] [Combat stress reaction [A guide for physicians]] / S. V. Litvintsev, E. V. Snedkov, A. M. Reznik. – Moscow: Medicine Publ., 2005. – 432 p. (In Russ.)
5. Korostij V. I. Psihofarmakoterapija v kompleksnomu likuvanni ta rehabilitacii posttravmatichnogo stresovogo rozladu [Psychopharmacotherapy in treatment and rehabilitation of post-traumatic stress disorder] / V. I. Korostij, V. T. Polishchuk, V. I. Zavorotnij // Mizhnarodnij nevrologichnij zhurnal [International Neurology Journal]. – 2015. – №6 (76). – P. 59 – 71. (In Ukr.)
6. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / D. E. Jonah, K. Cusack, C. A. Fomeris [et al.] // Comparative Effectiveness Reviews. – 2013. – vol. 92.
7. Malkina-Pykh I. G. Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh [Spravochnik prakticheskogo psikhologa [Psychological help in crisis situations] Handbook of Practical Psychology]. Moscow, Eksmo Publ., 2005. – 960 p. (In Russ.)
8. Ekstrena mediko-psihologichna dopomoga osobam z gostrimi rozladami psihiki i povedinki psihogenogo pohodzhennja : metodichni rekomendacii [Emergency medical and psychological assistance to people with severe mental disorders and behavior psychogenic origin: guide-lines]. MOZ Ukraïni, HMAPO MOZ Ukraïni, Oblasna klinichna likarnja – Centr ekstrenoi medichnoi dopomogi ta medicini katastrof m. Harkova [Ministry of Health of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine khmape, Regional Hospital – Center for emergency medical care and disaster medicine m. Kharkiv] / B. V. Mykhaylov, O. M. Zinchenko [et al.]. – Kharkiv, 2014. – 18 p. (In Ukr.)
9. Posttravmatichni stresovi rozladi [Navchal'nij posibnik] [Pid zagal'noju red. Prof. B. V. Mihajlova] [Posttraumatic stress disorder [Tutorial] [Under the general editorship of Professor V. V. Mikhailov]]. – 2nd-ed., revised and updated, Kharkiv, Publ. House of khmape, 2014. – 285 p. (In Ukr.)
10. Mykhaylov B. V. Mediko-psihologichna rehabilitacija uchaznikov ATO v sanatorno-kurortnij merezhi [Klinichna nastanova] [Medical and psychological rehabilitation of participants ATO in sanatorium network [Clinical guidelines]]. – Kiev – Kharkiv, 2015. – 72 p. (In Ukr.)
11. Mykhaylov B. V., Zinchenko O. M. [et al.] Mediko-psihologichnij suprovid osib z gostrimi rozladami psihiki i povedinki psihogenogo pohodzhennja [metodichni rekomendacii] [Medical and psychological support for people with severe mental disorders and behavior psychogenic origin [Guidelines]]. MOZ Ukraïni, HMAPO MOZ Ukraïni, Oblasna klinichna likarnja – Centr ekstrenoi medichnoi dopomogi ta medicini katastrof M. Harkova. – Kharkiv, 2014. – 30 p. (In Ukr.)
12. Dereli E. Examining the permanence of the effect of a social skills training program for the acquisition of social problem-solving skills. Social Behavior and Personality, 2009, no. 37. – P 1419 – 1428.
13. Nakaz Ministerstva ohoroni zdorov'ja Ukraïni vid 23.02.2016 №121 «Unifikovanij klinichnij protokol pervinnoi, vtorinnoi (specializovanoi) ta tretinnoi (visokospecializovanoi) medichnoi dopomogi. Reakcija na vazhkij stres ta rozladi adaptacii. Posttravmatichnij stresovij rozlad» [Order of the Ministry of Health of Ukraine of 23.02.2016 №121 «Unified clinical protocols of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care. Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder»]. – 2016. (In Ukr.)
14. Siropjatov O. G., Napreenko O. K., Dzeruzhins'ka N. O. [et al.] Likuvannja ta rehabilitacija kombatantiv – mirotvorciv iz posttravmatichnim stresovim rozladom [Treatment and rehabilitation of combatants – peacekeepers from posttraumatic stress disorder]. – Kiev, O.T. Rostunov's Publ., 2012. – 76 p. (In Ukr.)
15. Chandler C. Animal assisted therapy in counseling / C. Chandler. – New York, Routledge, 2005.

## КЛІНІЧНІ І ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ, ОТРИМАНОЇ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ХВИЛІ

**Ю.В. Бовт<sup>2</sup>, Ю.В. Кас<sup>1</sup>, В.О. Коршняк<sup>2</sup>, В.І. Сухоруков<sup>2</sup>,**

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ПОЛУЧЕННОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ВЗРЫВНОЙ ВОЛНЫ**

**Y.V. Bovt<sup>2</sup>, Y.V. Kas<sup>1</sup>, V.o. Korshniak<sup>2</sup>, V.i. Suhorukov<sup>2</sup>,**

**CLINICAL AND PATHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF THE ACUTE CLOSED HEAD BRAIN INJURY IN RESULTING FROM THE BLAST WAVE**

<sup>1</sup> Військово-медичний клінічний центр північного регіону (м. Харків);

<sup>2</sup> ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України».

<sup>1</sup> Military-medical clinical center of the northern region (Kharkov);

<sup>2</sup> SU «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of nams of Ukraine».

Статья поступила в редакцию 04.10.2016.

### Резюме

**Мета дослідження** – вивчити клінічні і патофізіологічні особливості гострої закритої черепно-мозгової травми отриманої внаслідок вибухової хвилі.

**Матеріали і методи.** Обстежено 72 хворих в гострому періоді закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ), що знаходилися на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні військово-медичного госпіталю північного регіону.

**Результати.** Виявлено особливості в неврологічному статусі цієї групи хворих на відміну від побутових травм. Серед яких найбільш поширені ознаки стовбурової симптоматики – порушення акту конвергенції, зниження корнеальних рефлексів, ністагм. Одержані показники дозволяють судити про недостатнє вегетативне забезпечення життєдіяльності та свідчать про значне напруження симпатичних відділів вегетативної нервової системи, які мають відношення до адаптивно-приспосувальних функцій організму, а також про зниження ВР та дезадаптації в сторону недостатнього ВЗД під впливом вибухової хвилі

**Висновки.** ЗЧМТ, що одержана в період ведення бойових дій, є комплексом структурно-функціональних змін нервової системи адаптивного плану, які являють собою динамічний, багаторівневий процес. Ступінь вираження та динаміка клінічних проявів, структурних та функціональних порушень, основних патогенетичних процесів прямо залежать від важкості травми, характеру пошкодження й тривалості перебування в районі бойових дій.

### Ключові слова

гостра черепно-мозкова травма, вибухова хвиля, вегетативна нервова система.

### Резюме

**Цель исследования** - изучить клинические и патофизиологические особенности острой закрытой черепно-мозговой травмы полученной в результате взрывной волны.

**Материалы и методы.** Обследовано 72 больных в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ), находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении военно-медицинского госпиталя северного региона.

**Результаты.** Выявлены особенности в неврологическом статусе этой группы больных в отличие от бытовых травм. Среди которых наиболее распространенные признаки стволовой симптоматики - нарушение акта конвергенции, снижение корнеальных рефлексов, нистагм. Полученные показатели позволяют судить о недостаточном вегетативном обеспечении жизнедеятельности и свидетельствуют о значительном напряжении симпатического отдела вегетативной нервной системы, которые имеют отношение к адаптивно-приспособительных функций организма, а также о снижении ВР и дезадаптации в сторону недостаточного ОПД под влиянием взрывной волны

**Выводы.** ЗЧМТ, полученной в период ведения боевых действий, представляет собой комплекс структурно-функциональных изменений нервной системы адаптивного плана, которые представляют собой динамичный, многоуровневый процесс. Степень выраженности и динамика клинических проявлений, структурных и функциональных нарушений, основных патогенетических процессов напрямую зависят от тяжести травмы, характера повреждения и длительности пребывания в районе боевых действий.

**Ключевые слова**

*Острая черепно-мозговая травма, взрывная волна, вегетативная нервная система.*

**Resume**

**Aim of the article is to study** clinical and pathophysiological features of an acute closed head brain injury resulting from a blast wave.

**Materials and methods.** 72 patients with the acute closed head brain injury were examined. These patients were undergoing in-patient treatment at the neurological department of the military-medical hospital of the northern region.

**Results.** In comparison with domestic injuries, this group of patients possessed special features in the neurological status, the most common of which were trunk symptomatology - violation of the act of convergence, decrease in the corneal reflexes, nystagmus. The obtained results allow to conclude insufficient vegetative support of life activity and prove significant tension of the sympathetic section of the vegetative nervous system that are related to the adaptive functions of the body, as well as the reduction in BP and maladaptation in the direction of insufficient DPD under the influence of the blast wave

**Conclusions.** Closed head brain injury, which is a result of combat operations, is a complex of structural and functional changes in the nervous system of the adaptive character, which changes are a dynamic, multilevel process. The degree of severity and clinical dynamics, structural and functional disorders, main pathogenetic processes, directly depend on the severity of the injury, the nature of damage and duration of stay in the combat area.

**Keywords**

*acute brain injury, blast wave, the vegetative nervous system.*

Пошкодження центральної нервової системи (цнс) в учасників бойових дій на сході України займають друге місце після кульових та осколочних поранень тулуба та кінцівок. Тільки за період 2014 – 2016 рр. в неврологічний стаціонар Військово-медичного клінічного центру північного регіону надійшло більше 800 військовослужбовців із закритою черепно-мозковою травмою (ЗЧМТ) зумовленою вибуховою хвилею [1].

У сучасних війнах частота травми черепа досягає 34,4% від загальної кількості поранених, а пошкодження черепу – 76% від кількості постраждалих неврологічного профілю. Все це свідчить про те, що в сучасних військових конфліктах черепно-мозкова травма (ЧМТ) справляє значний вплив на боєздатність військовослужбовців [2].

Однією із форм закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) в період бойових дій є травма обумовлена вибуховою хвилею від снаряду, що близько розірвався. Дані травми являють собою складні, комбіновані ушкодження, які включають в себе струс мозку, акустичні травми та вібротравми. Проте невід'ємною частиною всіх баротравм є істинний струс мозку в результаті дії повітряної хвилі, що нагадує короткий масивний удар широкою щільною поверхнею. При цих травмах виникають значні зміщення ліквору, генералізовані ушкодження вегетативних та неспецифічних структур, що розміщені у стінках і на дні III та IV шлуночків великого мозку, забій медіобазальних відділів мозку у виступи кісток основи черепа і, що дуже важливо, порушення функції мовнослухового апарату, що в значній мірі пов'язаний з механізмами скроневої доли [1].

I. С. Раздольський вказує, що потужний потік звукових імпульсів можна розглядати як над-сильне адекватне подразнення слухової та функціонально пов'язане із нею мовної кори мозку. В результаті в цих зонах виникає позамежне гальмування з тимчасовим виключенням функцій. При цьому в окремих випадках функціонально-динамічний патогенез глухоти поєднується з анатомічним пошкодженням слухової зони кори мозку [3].

**Матеріали та методи.** Було обстежено 72 чоловіка в гострому періоді ЗЧМТ, яка обумовлена вибуховою хвилею, що знаходилися на лікуванні в неврологічному відділенні військово-медичного клінічного центру північного регіону. Давність травми на момент огляду була від 2 до 5 днів. При одержанні черепно-мозкової травми свідомість втрачали (від 5 до 30 хвилин) 47 (65 + 6%) пацієнтів. Більшість хворих відмічали дальність вибуху снаряду чи міни на відстані від 4 – 5 до 10 – 12 метрів від свого місцеперебування. Вік хворих складав 22 – 36 років.

**Результати дослідження.** Всім хворим було проведено детальний клініко-неврологічний огляд (табл. 1), вивчення вегетативних показників вегетативної нервової системи (вегетативний тонус, вегетативна реактивність, вегетативне забезпечення діяльності). Як видно з таблиці 1, провідною скарою хворих була головна біль, вона мала місце у всіх обстежених ( $p < 0,001$ ).

**Таб. 1.** Частота основних суб'єктивних скарг у хворих в гострому періоді ЗЧМТ обумовлених вибуховою хвилею

скарги	кількість хворих	P
Головний біль	72 (100-1)	$p < 0,001$
постійний	44 (61 ± 6)	$p < 0,001$
періодичний	28 (39 ± 6)	$p < 0,01$
Запаморочення	56 (75 ± 5)	
постійне	26 (36 ± 6)	$p < 0,001$
періодичне	30 (42 ± 6)	$p < 0,01$
Нудота	39 (54 ± 6)	$P < 0,01$
Біль в очах	37 (52 ± 6)	$p < 0,01$
Шум в голові та вухах	29 (40 ± 6)	$p < 0,01$
Астенічні прояви	48 (67 ± 6)	$p < 0,001$
Неврастенічні прояви	46 (64 ± 6)	$p < 0,01$
Зниження пам'яті	41 (57 ± 6)	$p < 0,01$
Страхи	22 (30 + 5)	$p < 0,001$
Підвищена пітливість	51 (71 ± 5)	$p < 0,001$
Сонливість протягом дня	55 (76 ± 5)	$p < 0,001$
Поганий сон	59 (82 ± 4)	$p < 0,001$
Тремор рук	22 (30 ± 5)	$p < 0,001$

В подальшому у ранговій послідовності йдуть: порушення сну, запаморочення та сонливість протягом дня, різке зниження пам'яті, нудота, астеничні прояви ( $p < 0,05$ ). Головний біль у 44 (61 + 6%) хворих локалізувалася в лобно-скроневій області, у 12 (17 + 4%) біль відмічалася в половині голови, в потиличній ділянці – 8 (11 + 4%), у 1 (1 + 1%) – біль локалізувався в тім'яній області, «боліла вся голова» – 7 (10 + 4%). Тут потрібно вказати, що на відміну від решти хворих, ці 7 пацієнтів одержали травму вибуховою хвилею в обличчя. У них на відміну від інших пацієнтів, мало місце різке сповільнення рухових функцій, обличчя було амімічним, гіпосмія, парез рухів очних яблук, відсутність реакції зіниць на світло – мідріаз, зниження слуху з обох сторін, виражена набряклість обличчя та передніх 2/3 язика, тотальна больова анестезія, різке зниження сухожильних рефлексів, виражена атаксія при статичних пробах та виражена загальна слабкість, рясний гіпергідроз, сиюшність та набряклість дистальних відділів кінцівок, порушення циклу сон-неспанья. Це свідчить про позамежне гальмування всіх важливих центрів центральної нервової системи під час вибухової хвилі безпосередньо в обличчя.

На зниження слуху скаржилися 37 (52 + 6%) хворих на момент огляду. Фобії відмічали 31 (43 + 6%) пацієнтів, тремор рук – 22 (30 + 5%) чоловік.

В 59 (82 + 4%) обстежених відмічалася порушення сну. Неглибокий поверхневий сон, а також передчасне пробудження, як правило, змінювались в'ялістю, розбитістю, вираженою сонливістю протягом дня. Незалежно від структури порушення сну хворі скаржилися на відсутність відчуття відпочинку, часто на нічний та ранковий головний біль. Все це свідчить про дисфункцію в неспецифічних системах мозку, яка спричинена порушенням взаємовідносин між активуючими та синхронізуючими системами мозку, що специфічно порушує цикл сон – неспанья.

Підсумовуючи все вище вказане можна відмітити, що сучасна бойова черепно-мозкова травма з струсом та забоєм головного мозку легкого ступеня важкості характеризується більш важким протіканням в гострому періоді в порівнянні з черепно-мозковою травмою мирного часу.

Згідно з даними табл. 2 у неврологічному статусі обстежених, найбільш поширені ознаки стовбурової симптоматики – порушення акту конвергенції, зниження корнеальних рефлексів, ністагм.

**Таб. 2.** Частота об'єктивних клінічних ознак у хворих в гострому періоді ЗЧМТ обумовлених вибуховою хвилею

ознаки	кількість хворих	P
Ністагм	54 (75 ± 5)	$p < 0,001$
Порушення конвергенції	59 (82 ± 4)	$p < 0,001$
Зниження корнеальних рефлексів	42 (58 ± 6)	$p < 0,01$
Асиметрія обличчя	26 (36 ± 6)	$p < 0,05$
Девіація язика	38 (53 ± 6)	$p < 0,05$
Набряклість язика	47 (65 ± 6)	$p < 0,01$
Сух. анізорефлексія	49 (68 ± 6)	$p < 0,01$
Порушення чутливості по гемітипу	38 (53 ± 6)	$p < 0,05$
Тремор повік, пальців рук	22 (30 + 5)	$p < 0,05$
Атаксія	62 (86 ± 4)	$p < 0,001$
Патологічні симптоми	53 (74 ± 5)	$p < 0,05$
Вегетативні порушення	68 (95 ± 3)	$p < 0,001$
Гіпергідроз	45 (63 ± 6)	$p < 0,01$



У більшості хворих в гострому періоді ЗЧМТ мала місце атаксія при ходьбі, нестійкість при виконанні статичних проб, хиткість в сторони при ходінні.

Поряд з тим, слід відмітити яскраво визначені стовбурові симптоми, до яких перш за все відносяться розлади загальної чутливості: больова гіпестезія на обличчі в зонах Зельдера.

Варіант гіпестезії: своєрідний сенсомоторний гемісиндром, який відображає недостатність екстралемніскових сенсорних систем. Цей синдром наглядно спостерігався у хворих, які одержали ЗЧМТ вибуховою хвилею з однієї із сторін (правою чи лівою) голови. Він характеризувався у цих хворих зниженням больової чутливості на стороні травми (по гемітипу), на слизових порожнини рота та язика, зниженням м'язової сили в кінцівках на цій же стороні. Це так званий неспецифічний сенсомоторний гемісиндром екстралемніскового типу, описаний свого часу проф. І.й. Шогомом. Теорія екстралемніскового генезу порушення чутливості передбачає певне значення гальмівних процесів у корі головного мозку, яке виникає при баротравмі, але тут мається на увазі не первинні, а вторинно-кортикальні розлади, генералізовані або регіонарні, пов'язані з порушенням лімбіко-неокортикальних співвідношень, зміною висхідних, тонізуючих кору великого мозку неспецифічних впливів [4].

Окрім того, ми вивчали у хворих вегетативний тонус (ВТ), вегетативну реактивність (ВР) та вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД) за загальноприйнятою методикою [5]. При дослідженні ВР ми враховували закон початкового рівня, відповідно до якого чим вище початковий рівень вегетативних показників, тим більш в активному та напруженому стані знаходиться система, тим менша можлива при дії збуджуючих стимулів. Якщо вихідний рівень різко змінений, то збуджуючий агент може викликати парадоксальну, або антагоністичну реакцію, тобто величина активації, вірогідно, пов'язана з престимульним рівнем [6].

Дослідження вегетативного індексу Кердо (В.І. Кердо) нами трактувалося як нормотонія – (ВІ дорівнював нулю), симпатикотонія – (ВІ мав позитивне значення), парасимпатикотонія – (ВІ мав від'ємне значення).

Вегетативну реактивність трактували як нормальну (сповільнення пульсу на 6 – 12 ударів на 1 хвилину), надлишкову – сповільнення частоти пульсу на 12 ударів / 1 хвилину, спотворену – відсутність сповільнення пульсу. ВЗД інтерпретувалося нами як нормальне (частота пульсу до 20 ударів на 1 хвилину та підйом артеріального тиску на 15 – 20 мм.рт.ст.), надлишкове (частота пульсу більше 20 ударів на 1 хвилину при переході з горизонтального у вертикальне положення та підйом артеріального тиску) та недостатнє (прискорення пульсу менше 6 ударів за 1 хвилину та зниження артеріального тиску на 10 – 15 мм.рт.ст.).

Вивчення ВТ показало, що він був різко знижений (тобто переважала дія парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи).

Як видно з табл. 3, у хворих з гострою ЗЧМТ, що обумовлена вибуховою хвилею, ВР була як спотвореною так і недостатньою у переважної більшості обстежених.

Порушення зі сторони вегетативної нервової системи виявлено у 68 (95 + 3)%, ( $p < 0,001$ ) хворих при обстеженні. Для виявлення вегетативних змін ми використали «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» – сума балів не повинна перевищувати 15. Кількість хворих, у яких сума балів перевищувала 15 склала 68 (95+3) % чоловік ( $p < 0,001$ ). Таким чином, гострий період ЗЧМТ, що обумовлена вибуховою хвилею, характеризувався значними вегетативними порушеннями: це схильність до почервоніння (поблідніння) обличчя, зміна кольору пальців рук, підвищена пітливість (в деяких випадках і під час нічного сну), відчуття нестачі повітря, порушення функції шлунково-кишкового тракту, часті головні болі, швидка втомленість та порушення нічного сну.

Одержані показники дозволяють судити про недостатнє вегетативне забезпечення життєдіяльності та свідчать про значне напруження симпатичних відділів вегетативної нервової системи, які мають відношення до адаптивно-приспосувальних функцій організму, а також про зниження ВР та дезадаптації в сторону недостатнього ВЗД під впливом вибухової хвилі.

Аналізуючи дані одержані нами, важкою клінічною формою ЗЧМТ є направлення вибухової хвилі в обличчя. Зацікавленість і, ііі та іііі пар черепних нервів при цьому характеризується аносмією або гіпосмією, симптомокомплексом зовнішньої офтальмоплегії та вираженою атаксією. Тісний анатомічний зв'язок ядер медіального переддвер'я частини іііі пари з ядрами окоорухового, блокового та відповідного нервів дає можливість пояснити частково механізм дії вибухової хвилі та

неврологічні симптоми, які виникають при цьому [7]. Окрім того, потрібно враховувати не тільки дію вибухової хвилі на головний мозок, але й її складові – дія сильного звуку, сильні спалахи. Все це в комплексі визиває пошкодження не тільки ядер в підкіркових центрах, стовбурі мозку та середньому мозку, але в усій центральній нервовій системі.

**Таб. 3.** *Вегетативні показники у хворих в гострому періоді ЗЧМТ обумовленої вибуховою хвилею*

Вегетативні показники	основна група (n = 72)	P
<b>вегетативний індекс Кердо</b>		
нормотонія	18(25 ±5)	p > 0,05
симпатикотонія	7(10 ±4)	p > 0,05
парасимпатикотонія	47(65 ± 6)	p < 0,001
<b>вегетативна реактивність</b>		
нормальна	4(6 ± 3)	p > 0,05
недостатня	29(40 ± 6)	p < 0,05
надлишкова	8(11 ±4)	p > 0,05
спотворена	31(43 ±6)	p < 0,05
<b>вегетативне забезпечення діяльності</b>		
нормальне	6 (8 ± 3)	p > 0,05
недостатнє	53 (74 ±5)	p < 0,001
надлишкове	13 (22 ±5)	p > 0,05

Гостра закрита черепно-мозкова травма, що обумовлена вибуховою хвилею є стресом, який опосередкується через головний мозок і призводить до напруження вегетативних механізмів та чітко супроводжується вегетативними порушеннями, що носять перманентний характер. Структурно-функціональна недостатність надсегментарних структур, яка має місце в гострому періоді ЗЧМТ, може розвинутися в подальшому житті хворих, коли від них знадобиться напруження адаптивних механізмів, що в свою чергу може в подальшому призвести до їх зриву.

ЗЧМТ, що одержана в період ведення бойових дій, є комплексом структурно-функціональних змін нервової системи адаптивного плану, які являють собою динамічний, багаторівневий процес. Ступінь вираження та динаміка клінічних проявів, структурних та функціональних порушень, основних патогенетичних процесів прямо залежать від важкості травми, характеру пошкодження й тривалості перебування в районі бойових дій.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кас Ю. В. Особливості гострої закритої черепно-мозкової травми, зумовленої вибуховою хвилею, у учасників бойових дій на сході України / Ю. В. Кас, В. О. Коршняк, В. Т. Поліщук // Вісник наукових досліджень. – 2015. – №2. – С. 41 – 44.
2. Бодруг В. П. Патогенез, клініка, діагностика, лечение последствий черепно-мозговой травмы полученных в военное время: Автореф. Дис. ... Канд. Мед. Наук / В. П. Бодруг. – спб.: Воен.-мед. Акад., 2007. – 19с.
3. Раздольский И. Я. Неврологические изменения у пораженных взрывной волной / И. Я. Раздольский // В кн.: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг. – М., 1951. – Т. 29. – С. 275 – 286.
4. Шогам И. Й. Экстралемнисковые расстройства чувствительности в клинической неврологии / И. Й. Шогам. – К.: «Здоровья», 1988. – 168с.
5. Назаров В. В. Динамика вегетативных нарушений и астенических расстройств у военнослужащих в остром периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы: Автореф. Дис. ... Канд. Мед. Наук / В. В. Назаров. – спб.: 2004. – 18 с.
6. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. – М.: МИА, 2000. – 752 с.
7. Алиферова В. Ф. Патология черепных нервов / В. Ф. Алиферова. – К.: Здоровья, 1990. – 192 с.

# НЕВРОТИЧЕСКАЯ АНОРЕКСИЯ (ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД)

**М. А. Гавриленко,**

**НЕВРОТИЧНА АНОРЕКСІЯ (ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ПОГЛЯД)**

**М. А. Gavrilenko,**

**NEUROTIC ANOREXIA (PSYCHOANALYTIC VIEW)**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии.

*Kharkov Medical academy of Postgraduate education, Department of psychotherapy*

Статья поступила в редакцию 03.10.2016.

## **Резюме**

*Статья посвящена клиническим и психодинамическим проблемам нервной анорексии (f50.0). Автор поднимает вопрос о диагностике и психодинамической этиологии нервной анорексии, а также о динамическом формировании симптомов. В статье рассматриваются необходимые шаги фармако- и психотерапии данного заболевания. Высказано предположение, что структурирование лечебного процесса, в частности мультитерапевтический подход, позволит повысить эффективность терапии нервной анорексии.*

## **Ключевые слова**

*Нервная анорексия, диагностика, психодинамический подход, фармако- и психотерапия.*

## **Резюме**

*Стаття присвячена клінічним і психодинамічним проблемам нервової анорексії (f50.0). Автор піднімає питання про діагностику і психодинамічну етіологію нервової анорексії, а також про динамічне формування симптомів. У статті розглядаються необхідні кроки фармако- і психотерапії даного захворювання. Висловлено припущення, що структурування лікувального процесу, зокрема мультитерапевтичний підхід, дозволить підвищити ефективність терапії нервової анорексії.*

## **Ключові слова**

*Нервова анорексія, діагностика, психодинамічний підхід, фармако- і психотерапія.*

## **Resume**

*The article is devoted to clinical and psychodynamic issues of anorexia nervosa (f50.0). The author raises the question of diagnosis and psychodynamic etiology of anorexia nervosa, as well as the dynamic formation of symptoms. This article discusses the steps necessary pharmacotherapy and psychotherapy of this disease. It is suggested that the structuring of the treatment process, in particular multitherapeutic approach will improve the efficiency of treatment of anorexia nervosa.*

## **Keywords**

*Anorexia nervosa, diagnostics, psychodynamic approach, pharmacotherapy and psychotherapy.*

Невротическая анорексия и булимия стали болезнями нашего времени. В мире наблюдается рост количества этих заболеваний. Основной рост заболеваемости отмечается в Шотландии, Швейцарии, США, но и в Украине также отмечается увеличение числа этих ранее довольно нечасто встречающихся заболеваний. Начало расстройств питания отмечается в позднем пубертатном возрасте, в 15 – 19 лет и это явно связано с сепарацией от дома, началом взрослости [1, 2].

Факторы, влияющие на начало заболевания:

1. Экономически развитые страны;
2. Социальный идеал – стройные, активные, берущие на себя много обязательств;
3. Наследственность – монозиготные близнецы;
4. Психотравма (насилие, сексуальное злоупотребление у булимиков, эмоциональная депривация у аноректиков);
5. Скромность, нерешительность, социальное аутсайдерство, семейные проблемы и психологические проблемы в детстве;
6. Диета в раннем возрасте;
7. Голодание в детстве (приводит к тому, что пациент все больше и больше думает о еде, развивается булимия) [3 – 5].

**Анорексия.** Средства массовой информации бомбардируют нас образами худощавых женщин. Невротическая анорексия неизвестна в странах, где худощавость не считается добродетелью. Хотя интрапсихические и биологические факторы не должны недооцениваться в этиологии и патогенезе расстройств питания, именно социокультурные факторы часто запускают этот синдром. По частоте случаев невротическая анорексия более чем удвоилась с 60-х годов.

Ярлык невротической анорексии может вводить в заблуждение, поскольку подразумевается, что центральной проблемой является потеря аппетита. В действительности диагноз невротической анорексии отмечает фанатичное стремление к стройности, соотносящееся с подавляющим страхом стать толстым. Для установки диагноза часто применяется измерение веса: менее чем 85% минимально возможного для данного возраста и роста. Речь идет о специальном снижении веса. Рвота, употребление препаратов, уменьшающих аппетит, диуретиков, слабительных, навязчивое переутомление – все относится к симптомам анорексии. Явным признаком невротической анорексии у женщин является аменорея. Если заболевание наступает до пубертатного возраста – замедленный рост. Болеют в основном молодые женщины, вес которых меньше 50 или даже менее 40 килограмм. У больных отсутствует чувство голода [1, 6, 7].

Психические сопровождающие анорексию: депрессия, тревога, тоска, изоляция, социальное избегание, амбициозность, обсессивно-компульсивные черты, высокий интеллектуальный уровень, агрессивное поведение в семье. Аноректические пациенты боятся своих влечений (агрессивных, сексуальных, к еде). Они ненавидят свое тело. Для них типичны графические рисунки. Эгоистонно для них не хотеть лечиться.

1% женщин от 16 до 20 лет – аноректичны. 95% при анорексии – женщины. Клинические черты и психодинамика болеющих мужчин удивительно похожи на женские [8, 9].

**Психодинамическое понимание.** Занятость проблемами еды и веса является относительно более поздним признаком глубоких фундаментальных нарушений концепции самости. Большинство пациенток с невротической анорексией имеют непреходящее убеждение, что они совершенно беспомощны и неэффективны. Болезнь часто наступает у «хороших девочек», которые пытались всю жизнь ублажать родителей, но неожиданно стали упрямыми и негативистскими в подростковом возрасте. Тело часто ощущалось как нечто отдельное от себя, как будто оно принадлежит родителям. Изображение себя в преморбиде как прекрасной маленькой девочки обычно служит защитой против глубоко лежащего чувства своей ничтожности. Корни анорексии можно проследить в нарушенных взаимоотношениях между младенцем и матерью. В частности, мать заботиться о ребенке в соответствии с ее собственными потребностями, а не с потребностями ребенка. Когда намеки ребенка не получают подтверждающих и действенных откликов, ребенок не может вырабатывать здоровое ощущение самости. Вместо этого ребенок переживает себя как продолжение матери, а не как полноправный автономный центр. Поведение аноректической пациентки можно понять, как попытку получить подтверждение и восхищение в качестве особой и уникальной личности с необыкновенными способностями. Некоторые исследователи отмечают сходство между динамикой аноректических пациенток и пациенток с пограничными расстройствами личности. При недостатке чувства идентичности ребенок вырабатывает фальшивую самость для удовлетворения матери. Маленькая девочка старается быть превосходным ребенком, чтобы увериться, что мать не бросит её. Эта навязанная роль, однако, вызывает длящееся годами чувство обиды, и

аноректический синдром является полномасштабным бунтом, при котором пациентка пытается утвердить свою истинную самость, долгое время оставшуюся недоразвитой и бездействующей [3, 5, 7, 10].

Семьи таких пациенток отличаются отсутствием личностных границ и границ между поколениями. Каждый член семьи вовлечен в жизнь любого другого члена семьи до такой степени, что никто не чувствует своей идентичности отдельно от семейной матрицы.

Пациентки с невротической анорексией не способны к психологической сепарации от матерей, что приводит к неудаче попыток достигнуть стабильного ощущения собственного тела. Тело, таким образом, часто воспринимается как нечто, населенное плохими материнскими интроектами и голодание может быть попыткой остановить рост этого враждебного вторгающегося интернализованного объекта.

Объектно-ориентированные аналитики полагают, что ядро невротической анорексии формирует интенсивная жадность. Оральные желания, однако, настолько неприемлемы, что с ними приходится обращаться путем проекций. Через проективную идентификацию жадное требовательное самопредставление переносится на родителей. Когда пациент отказывается есть, у родителей эта проблема превращается в навязчивость: ел пациент или нет, и тогда они становятся желающими. Кляйнианцы формулируют это как неспособность принимать от других хорошее из-за чрезвычайного желания обладать. Получение пищи или любви конфронтрует этих пациентов с тем, что они не могут обладать всем, что желают. Их решением является ни от кого ничего не принимать. Зависть и жадность тесно связаны в бессознательном. Пациент завидует всему хорошему, чем обладает мать – любви, сочувствию, заботе, но получение этого лишь усиливает зависть. Отвержение поддерживает бессознательную фантазию испорченности того, чему завидуешь, подобно лисе из Эзоповской басни, решившей, что недостижимый виноград слишком зелен. Пациент отправляет следующее послание: «Нет ничего хорошего, что доступно моему обладанию, следовательно, я просто откажусь от всех желаний». Такой отказ делает аноректического пациента объектом желания других и, в его фантазиях, объектом их зависти, восхищения, поскольку они «впечатлены» его самоконтролем. Пища символизирует позитивные качества объекта, которые пациент желал бы иметь в себе и от которых отказывается из-за зависти [2, 4, 5].

Большинство формулировок причин развития невротической анорексии фокусируются на диаде мать – дочь. Однако наблюдается и характерный паттерн отцовского вовлечения в проблемы анорексических дочерей. На поверхности такой отец выглядит заботящимся и поддерживающим, но он эмоционально избегает дочери, когда она действительно в нем нуждается. В дополнение к этому, многие отцы анорексических пациенток не столько предлагают эмоциональную заботу дочерям, сколько сами нуждаются в получении эмоциональной заботы. Часто оба родителя переживают серьезное разочарование в браке, что приводит каждого из них к поиску эмоциональной поддержки у дочери.

Итак, чтобы обобщить психодинамическое понимание невротической анорексии, можно сказать, что явное самоистощение является симптомом, определяемым следующими факторами:

1. Отчаянная попытка быть особой и уникальной;
2. Атака на фальшивое ощущение самости, установленное родительскими ожиданиями;
3. Попытка утвердить истинную самость;
4. Атака на враждебный материнский интроект, который рассматривается как эквивалент тела;
5. Защита против жадности и желания;
6. Попытка заставить других чувствовать себя жадными и беспомощными.

Терапия (основные направления):

1. Редукция симптома – увеличить вес и настроить регулярное питание;
2. Остановить мысли об ограничении в еде;
3. Повышение самооценки (80% самооценки зависит от низкого веса);
4. Работа с интрапсихическими конфликтами;
5. Реалистичное принятие своего тела, любовь к нему, а не ненависть [1 – 3, 7].

Клиницисты, работающие с невротической анорексией, согласны в том, что цели лечения не должны быть узко сфокусированы на набирании веса. Существует так называемый «двухшаговый»

---

метод. В качестве первой ступени он включает в себя возобновление питания и набор веса. Когда эта ступень достигнута, следующим шагом может быть психотерапевтическая интервенция. Лучшие результаты получаются при комбинации семейной и динамической индивидуальной терапий с контролем веса.

Перечислим четыре основных принципа техники при динамической индивидуальной терапии анорексических пациентов [5 – 7, 10].

1) *Избегайте чрезмерных попыток изменить пищевое поведение.*

Нужно помнить, что то, что мы называем симптомом, они называют своим спасением. Пациентка считает невротическую анорексию решением своих внутренних проблем. Психотерапевты, которые немедленно определяют это как проблему, должны подвергнуться изменению, снижают свои шансы на формирование терапевтического альянса. Поведение, связанное с невротической анорексией, вызывает у родителей пациентки требование и ожидание изменений. Через проективную идентификацию терапевт может ощутить мощное давление в направлении идентификации с проецируемыми пациенткой внутренними объектами, ассоциирующимися с родителями. Вместо того, чтобы отыгрывать это и становиться родительской фигурой, терапевт должен попытаться понять внутренний мир пациентки. У них существует так называемое равенство еды и разговора. Как пациентка провоцировала родителей отказом есть, так же она попытается спровоцировать терапевта отказом говорить. В начале терапии, поэтому, полезно будет прояснить, что изначальная цель лечения – скорее понимание эмоциональных нарушений, чем проблема еды. Однако необходимо объяснить, что способность пациентки думать и общаться улучшится, если она наберет вес хотя бы до нижней границы нормы.

2) *Избегайте интерпретаций в начале терапии.*

Интерпретации бессознательных желаний или страхов будут переживаться анорексической пациенткой как повторение ее жизненной истории. Снова кто-то другой говорит ей, что она действительно чувствует, тогда как её опыт минимизируется и становится недействительным. Вместо этого задача терапевта заключается в том, чтобы эмпатически подтверждать внутренние переживания пациентки. Терапевт должен проявлять активный интерес к тому, что пациентка чувствует и думает, как бы передавая сообщение, что она является автономной личностью, обладающей собственными идеями о своей болезни. Особо важной становится помощь пациентке в определении ее чувств. Вытекающие из этих чувств решения и действия должны быть легитимными и уважаемыми. Терапевт может помочь пациентке исследовать различные показатели, но должен воздержаться от сообщения ей, что необходимо делать. Этот эмпатический, поддерживающий, укрепляющий Эго подход на ранних фазах терапии поддержит интроекцию терапевта как хорошего объекта. Интерпретацию не рекомендуется давать до тех пор, пока пациентка не дойдет до нее сама. Даже после этого рекомендуется говорить «в воздух» вместо прямого обращения к пациентке, обеспечивая, таким образом, некоторое расстояние в отношениях и уважая границы пациентки. Такие интерпретации должны предлагаться как гипотезы, как если бы шел разговор с воображаемым коллегой, вместо того, чтобы делать некие окончательные заявления непосредственно пациентке.

3) *Осторожно контролируйте контрперенос.*

Анорексические пациентки обычно считают, что их родители хотят, чтобы они набирали вес для того, чтобы другие люди не считали родителей неудачниками. Терапевт также может начать проявлять беспокойство в связи с этим вопросом, в частности, может чувствовать, что другие негативно оценивают его работу, если пациентка не набирает вес. Эти контрпереносные чувства могут привести к тому, что терапевт попадет в ловушку идентификации с родителями пациентки. Идеальная ситуация для индивидуальной психотерапии – это предоставить возможность кому-то другому следить за набором веса, пока терапевт занимается психологическими проблемами пациентки.

4) *Исследуйте когнитивные искажения.*

Неверные восприятия размера тела и нелогичные когнитивные взгляды должны быть неосуждающим образом исследованы вместе с пациенткой. Терапевт, таким образом, служит вспомогательным Эго, которое способствует усилению возможностей пациентки к наблюдению и улучшению ее критического мышления.

*Госпитализация при:*

1. Угрожающем физическом состоянии, нарушении жизненно важных функций;
2. Полностью нарушенное поведение с едой;
3. Процент снижения веса больше 30% от нормы;
4. Неудачная амбулаторная терапия;
5. Суицидальные импульсы, самоповреждение;
6. Другие зависимости.

*В стационаре:*

1. Комплексное лечение;
2. Вербальные индивидуальные и групповые методы;
3. Психодинамическая, поведенческая и телесно-ориентированная терапия;
4. ЛФК, гимнастика;
5. Терапия творчеством (музыкотерапия, арт-терапия);
6. К лечению привлекается вся семья или партнеры;
7. Фармакотерапия. Это хуже, чем психотерапия, поэтому иногда используется как дополнение к ней – нейрорептики в небольших дозах, чтобы произошла редукция симптома и пациент стал более спокойный; антидепрессанты полезны для тех пациенток, которые соответствуют общим критериям депрессивности;
8. Заключается контракт с пациентом (до какой массы тела должен быть восстановлен вес, например, 500-700 г в неделю или выше, обозначается, что делает пациент, что врач);
9. Обеспечение удовольствия пациенту;
10. Высококалорийная еда и особенно питье;
11. Поддержка всего персонала при употреблении еды;
12. Иногда зондирование, когда ничто не помогает или когда, по контракту, врач отвечает за прибавку веса;
13. Изоляция в палате в виде наказания в некоторых странах;
14. Группа пациентов, которая или поддерживает его или давит на него (например, вставать из-за стола, только когда доели все пациенты) [8 – 10].

Приблизительно 80% всех аноректических пациенток набирают вес при лечении в стационаре, поскольку персонал создает специфическую атмосферу. Персонал стационара должен осторожно относиться к бессознательным усилиям пациентки разыграть заново в стационаре сцены семейной борьбы. Они должны заинтересованно помогать пациентке в наборе веса без чрезмерной озабоченности этим вопросом и без выдвигания требований, которые предъявляли пациентке ее родители. Пациентке нужно помогать справиться со страхом потери контроля и организовывать вместе с членами терапевтической команды план питания, состоящий из небольших, но частных приемов пищи, обсуждая при этом тревожность пациентки. О повышении веса нужно сообщать пациентке с позитивной поддержкой. Необходимо контролировать и конфронтировать повторяющиеся эпизоды очистки желудка структурными мерами, такими как запираание ванной. Члены терапевтической команды могут уверить пациентку, что они не позволяют чрезмерного увеличения ее веса: это поможет пациентке доверять им.

Краткие госпитализации редко бывают эффективными, а как минимум 50% пациенток, которые успешно контролировали свою невротическую анорексию при лечении в стационаре, в течение года переживают рецидив.

---

---

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders'5th edition / American Psychiatric Publishing, 2013. – 5-edition. – P.991.
2. Lloyd S. Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence / S. Lloyd, J. Yiend, U. Schmidt, K. Tchanturia // *plos One*. – 2014. – №31; 9 (10). – 111 – 697.
3. Hunt D. Diagnosing and managing anorexia nervosa in UK primary care: a focus group study / D. Hunt, R. Churchill // *Fam. Pract.* – 2013. – №30 (4). – P.459 – 465.
4. Hay P. J. A qualitative exploration of influences on the process of recovery from personal written accounts of people with anorexia nervosa / P. J. Hay, K. Cho // *Women Health*. – 2013. – №53 (7). – P.730 – 740.
5. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment / E. Marzola, J. A. Nasser, S. A. Hashim [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2013. – №13. – P. 290.
6. Effect of Nutritional Rehabilitation on Gastric Motility and Somatization in Adolescents with Anorexia / M. E. Perez, B. Coley, W. Crandall, C. Lorenzo, T. Bravender // *J. Pediatr.* – 2013. – 163 (3). – P. 867 – 872.
7. Цель нутритивной поддержки больных нервной анорексией / В. Н. Сергеев, В. И. Михайлов, Л. В. Тарасова [и др.] // *Вестник неврологам, психиатрии и нейрохирургии*. – 2013. – №7. – С. 25 - 41.
8. Николаева Н. О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) / Н. О. Николаева // *Клиническая и специальная психология*. – 2012. – № 1. – С. 23 - 27.
9. Балакирева Е. Е. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков / Е. Е. Балакирева, Н. В. Зверева, Л. П. Якупова // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2014. – №1. – С. 30 - 34.
10. Ротенберг В. С. Образ «Я» и поведение / В. С. Ротенберг. – М.: Издательские решения, 2015. – 228 с.



## ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ ДО РОБОТИ МОЛОДШОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В ПЕРІОД ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ

**Е. В. Гришняєва<sup>1</sup>, И. Э. Тимошпольская<sup>2</sup>**

**ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ К РАБОТЕ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА  
В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ**

**E. Grishnyaeva<sup>1</sup>, I. Timoshpolskaya<sup>2</sup>**

**FEATURES OF ADAPTATION DISORDERS IN THE WORK OF NURSES IN THE ANTITERRORIST  
OPERATION**

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

<sup>2</sup> Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3.

<sup>1</sup> Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy;

<sup>2</sup> Kharkov Regional clinical Psychiatric hospital №3.

Статья поступила в редакцию 06.10.2016.

### **Резюме**

**Мета дослідження** – визначити особливості порушень адаптації до роботи молодшого медичного персоналу в період проведення антитерористичної операції.

**Матеріали і методи.** Об'єкт дослідження – процес адаптації молодших медичних спеціалістів до роботи в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ). Основні методи дослідження були спостереження та бесіда.

**Результати.** Всього за період 2014 – 2016 років психодіагностичне обстеження пройшло 800 учасників бойових дій в Афганістані. Більш ніж у 70% визначалися порушення адаптації, депресивні розлади, більш ніж 80% відчували приступи агресії та тривожний стан. Окрему проблемну групу пацієнтів становлять безпосередні учасники АТО. Психологічна специфіка стресу, який в даному випадку безпосередньо отримує медичний персонал, залежить як від зовнішніх дій, хоча вони і повинні бути достатньо сильними для людини, так і від особистісного смислу мети діяльності, оцінки ситуації, в якій вона знаходиться. Як що слідувати рівню потреб за пірамідою А. Маслоу медичний персонал знаходиться у більшості на першому рівні не задоволених потреб людини. Інші працівники – на рівні, де не мають перспектив визнання їх здібностей, професійного зростання, поваги та ін. Тому говорити про якісну адаптацію та відданості ідеям та вимогам професії медичного працівника не є реальним в існуючому періоді розвитку суспільства.

**Висновки.** Проблема медико-психологічного супроводу процесу адаптації медичного персоналу до роботи в державних структурах лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) є зовсім мало вивчена. Однією з гострих проблем охорони здоров'я є недостатність сестринського персоналу в медичних організаціях. Залучення молодих кваліфікованих спеціалістів в професію та їх швидка адаптація в трудових колективах - це реальний спосіб вирішення проблеми кадрового дефіциту в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ).

---

**Ключові слова**

адаптація, стрес, професійне вигорання, психосоматична патологія, ретравматизація, агресія, особистісні якості.

**Резюме**

**Цель исследования** - определить особенности нарушения адаптации к работе младшего медицинского персонала в период проведения антитеррористической операции.

**Материалы и методы.** Объект исследования - процесс адаптации младших медицинских специалистов к работе в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Основные методы исследования были наблюдения и беседа. **Результаты.** Всего за период 2014 - 2016 лет психодиагностическое обследование прошло 800 участников боевых действий в Афганистане. Более чем в 70% определялись нарушения адаптации, депрессивные расстройства, более 80% испытывали приступы агрессии и тревожное состояние. Отдельное проблемную группу пациентов составляют непосредственные участники АТО. Психологическая специфика стресса, который в данном случае непосредственно получает медицинский персонал, зависит как от внешних воздействий, хотя они и должны быть достаточно сильными для человека, так и от личностного смысла цели деятельности, оценки ситуации. Как что следовать уровню потребностей пирамидой Маслоу медицинский персонал находится в большинстве на первом уровне не удовлетворенных потребностей человека. Другие работники - на уровне, где нет перспектив признания их способностей, профессионального роста, уважения и др. Поэтому говорить о качественной адаптации и преданности идеям и требованиям профессии медицинского работника не является реальным в существующем периоде развития общества.

**Выводы.** Проблема медико-психологического сопровождения процесса адаптации медицинского персонала к работе в государственных структурах лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) очень мало изучена. Одной из острых проблем здравоохранения является недостаточность сестринского персонала в медицинских организациях. Привлечение молодых квалифицированных специалистов в профессию и их быстрая адаптация в трудовых коллективах - это реальный способ решения проблемы кадрового дефицита в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ).

**Ключевые слова**

адаптація, стрес, професійне вигорання, психосоматическа патологія, ретравматизація, агресія, личностні якості.

**Resume**

**The purpose of the study** - to determine peculiarities of disorders in work adaptation of junior medical personnel during the period of the antiterrorist operation.

**Materiali and methods.** The object of the study is the process of adaption of junior medical specialists to work in health care facilities. The main methods of the study were observation and conversation.

**Results.** Overall, from 2014 till 2016, 800 combatants in Afghanistan underwent psychodiagnostic tests. More than 70% featured adaptation disorders, depressive disorders, more than 80% experienced attacks of aggression and anxiety. A separate problematic group of patients consisted of direct ATO participants. Psychological specifics of stress, which in this case influences medical personnel directly, depends both on external impacts (although they must be strong enough as individuals) and on the individual meaning of the purpose of the activity and assessment of the situation. According to Maslow pyramid of needs, medical personnel, in its majority, is at the first level of unsatisfied human needs. Other employees are at a level where there is no prospect for recognition of their abilities, professional growth, respect, etc. Therefore, it is unrealistic to talk about qualitative adaptation and devotion to the ideas and requirements of the profession of a medical worker at the current stage of society development.

**Conclusions.** The problem of medical and psychological support of the adaptation process of medical personnel who work at state medical and preventive institutions is very little studied. One of the acute health care problems is inadequacy of nursing staff in medical organizations. Bringing young qualified specialists into the

---

*profession and their quick adaptation to work environment is a true way to solve the problem of staff shortages in medical and preventive institutions.*

**Keywords**

*adaptation, stress, burnout, psychosomatic pathology, retraumatization, aggression, personality.*

---

Однією із гострих проблем охорони здоров'я є недостатність сестринського персоналу в медичних організаціях. Залучення молодих кваліфікованих спеціалістів в професію та їх швидка адаптація в трудових колективах – це реальний спосіб вирішення проблеми кадрового дефіциту в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ).

Сьогоденний політичний та економічний період в Україні є дуже складним для здійснення планової, поступової та емоційно комфортної адаптації випускників навчальних медичних закладів до роботи в державних лікувально-профілактичних установах.

На прикладі досліджень стану психологічних змін у одного з контингенту пацієнтів – колишніх воїнів-афганців ми пропонуємо розглянути психологічні проблеми, які виникають у молодшого медичного персоналу в період адаптації до трудової діяльності.

**Мета** – визначити особливості порушень адаптації до роботи молодшого медичного персоналу в період проведення антитерористичної операції.

**Об'єкт дослідження** – процес адаптації молодших медичних спеціалістів до роботи в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ). Основними методами дослідження були спостереження та бесіда. Для вивчення афективно-особистісної та емоційно-вольової сфер пацієнтів були використані наступні методики:

1. Місіссіпський опитувальник для бойового ПТСР (посттравматичного стресового розладу);
2. Діагностика стану агресії (опитувальник Басса – Даркі);
3. Тест руки Вагнера (hand test);
4. Визначення інтегральних форм комунікативної агресивності (В.В. Бойко);
5. Шкала депресії Е. Бека (Е. Бек);
6. Експрес-діагностика особистісної схильності до зниженому настрою (В.В. Бойко);
7. Тест Люшера;
8. Особистісна шкала проявів тривоги (Дж. Тейлор, адаптація Т.А. Немчин) [1, 2].

Однією з проблем роботи з персоналом є трудова адаптація нових співробітників. Особливо гостро ця проблема постає в медичних організаціях бюджетної сфери. В сучасних умовах, коли все активніше розвивається комерційна медицина, в державні медичні заклади молоді спеціалісти приходять для того щоб отримати стаж роботи за спеціальністю. Але й для спеціалістів зі стажем роботи період адаптації є визначальним. Від успішної адаптації залежить тривалість та ефективність діяльності нового співробітника не залежно від його професійного стажу. Характер адаптації молодих спеціалістів в організації відрізняється значними особливостями, оскільки в цей же час відбувається їх перше включення в їх трудову діяльність. Як категорія трудових ресурсів молоді характеризується тим, що її представники знаходяться на стадії трудового самовизначення [3, 4].

**Адаптація** – це складний психологічний процес, незалежний від того, до чого та хто повинен адаптуватися. Це стосується як різних сторін життя, так і, в даному випадку, професійної діяльності. Якщо подивитися на сучасний стан проблем, з якими зіткнулися керівники ЛПЗ України – це надвисока емоційна та фізична напруга медичного персоналу у зв'язку з проведенням антитерористичної операції (АТО).

Загострення політичної ситуації в Україні, початок АТО та бойові дії на Сході України, трагічна загибель великої кількості людей спровокували хвилю проблем психосоціальної адаптації учасників бойових дій в Афганістані. За період 2014 – 2016 років серед воїнів-афганців, які звернулися в стаціонар за медичною і психологічною допомогою значно актуалізувалися симптоматика посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Пацієнти пред'являли скарги на надмірне збудження, дратівливість, нервозність, тривогу, напади страху, вегетативні розлади: пітливість, відчуття слабкості, відчуття тиску в горлі та ін. Порушення сну (зокрема частішають кошмарні сновидіння), нав'язливі спогади, пов'язані з пере-

буванням в ДРА, немотивовану пильність. Багато з них стали більше дивитися фільмів про війну, переглядати свої фотографії та «дебельські альбоми». Більшість пацієнтів були вкрай збуджені, агресивні, висловлювали подив, злість і гнів у зв'язку зі складними політичними обставинами в Україні, висловлювали ідеї державної цілісності України, намагалися провести паралелі між війною в Афганістані та подіями в зоні АТО.

Були виявлені такі синдроми як «солдатське серце», «флеш-беки», симптом відчуття «оживання» досвіду (за типом «дежавю»). Домінувала астено-невротична симптоматика з тривожно-дистимними, тривожно-фобічними включеннями, нестійкість афекту, утрудненням концентрації уваги; симптоми підвищення психологічної чутливості та збудженості.

У 2015 – 2016 роках серед деяких обстежених воїнів-афганців симптоматика ПТСР редукувалася, хоча для більшості вона залишалася як і раніше актуальною. У багатьох почастішали напади депресивного настрою. На перший план виступали астено-депресивна симптоматика з тривожно-іпохондричним, апатичним та тужливим компонентом. Відзначався песимізм, пасивність, відчай, відчуття розчарування, безсилля та безпорадності, почуття відсутності перспективи в майбутньому, стан постійного очікування загрози; незадоволеність життєвою ситуацією, соціально-побутовими та матеріальними умовами.

Всього за період 2014 – 2016 років психодіагностичне обстеження пройшло 800 учасників бойових дій в Афганістані. Більш ніж у 70% визначалися порушення адаптації, депресивні розлади, більш ніж 80% відчували приступи агресії та тривожний стан (табл. 1).

**Табл. 1.** Психодіагностичні обстеження воїнів за останні два роки

Виявлені прояви	2014-2015	2015-2016
Високий рівень стресу. ПТСР	43%	32%
Порушення адаптації	37%	42%
Хороший рівень адаптації	18%	12%
Дуже високий рівень депресії	28%	34%
Високий рівень депресії	27%	37%
Середній рівень депресії	33%	19%
Дистимії	44%	43%
Ворожість	57%	52%
Дуже високий рівень агресії	37%	22%
Високий рівень агресії	41%	28%
Середній рівень агресії	14%	31%
Дуже високий тривоги	19%	29%
Високий рівень тривоги	52%	49%
Середній рівень тривоги	23%	17%
Пасивність	22%	34%
Схильність до страхів	49%	52%

На підставі даних, які наведено в табл. 1, можна зробити передбачення, що означена група пацієнтів штучно витісняє травматичні події у внутрішній світ себе. Про це говорять зростання показників рівня «порушення адаптації», «високий рівень депресії», «дуже високий рівень тривоги».

Зростання показників за шкалою «пасивність» говорить про те, що люди в розпачі, дезадаптовані. Все це призводить до зростання соматичної патології, але мало хто із медичних спеціалістів

замислюється та збирає анамнез з думкою про те, що причиною патологічного стану є психологічна напруга.

В даних табл. 1 є ще декілька цікавих показників, які, на нашу думку, викликають тривогу – це результати за шкалами «агресії» та «тривоги». Якщо порівняти данні 2014 – 2015 та 2015 – 2016 років рівень тривоги у пацієнтів у 2015 – 2016 знижується, але рівень за шкалою «агресія» зростає. Тобто, люди вже знають, що немає сенсу на когось розраховувати та «тривожитись» – ми маємо щось зробити самі. А саме – це проявити агресію. Але куди буде спрямованим цей вектор агресії та в кого і в яку мить, та за якими обставинами, ми не можемо вгадати.

Ми не враховуємо, що всі ці пацієнти проживають та працюють, або просто спілкуються (знаходяться в соціумі) з рідними, друзями співробітниками та звичайними людьми, які теж отримують в той чи іншій формі певну дозу стресу. До цих людей відносяться і медичні працівники різного рівня освіти та обов'язків, які мають особистісні психологічні якості (вродженні та надбані), певні соціальні настанови та погляди.

У зв'язку з проведенням АТО відбулась міграція населення Сходу України в різні кутки держави та за кордон. Новини, які населення отримує з різних джерел інформації про події в державі, не можуть не викликати той чи інший відгук в емоційному стані населення.

В багатьох родин є рідні, знайомі, друзі які були або є учасниками АТО, що теж є джерелом інформації та хвилювань. Певна частка населення проживає у прикордонній зоні. В них є хвилювання різного характеру, але це теж спричиняє зростання тривоги, розпачу або агресії.

Окрему проблемну групу пацієнтів становлять безпосередні учасники АТО. Зокрема, за наявності симптомів ППРС, контузій та черепно-мозкової травми (ЧМТ), у них дуже часто є вираженою образа на медичний персонал та людей взагалі за недбалість з їх погляду, неввічливість та ін. Вони можуть проявити агресивну поведінку як до медичного персоналу, так і до пацієнтів. Скаржитися без усякого поводу.

Іноді виникають агресивні конфліктні ситуації з пацієнтами, які воювали в ДРА або інших містах для «здобуття правди хто з них є дійсним героєм та патріотом».

Хотілося би в подальших медико-психологічних дослідженнях приділити окрему, більш деталізовану увагу групі пацієнтів, які пройшли вже службу в гарячих точках до проведення АТО і повторно брали або беруть участь в нинішніх військових подіях.

Усі ці процеси, які відбуваються в суспільстві, ускладнюють роботу медичного персоналу, призводять іноді до прискорення професійного вигорання і спонукають їх змінювати місце роботи. Лікувальні заклади втрачають кваліфікованих працівників та витрачають багато зусиль на навчання іншого медичного персоналу[2].

Тому, спираючись на вище сказане, можна сказати, що майже все населення України знаходиться в стресовій ситуації тій чи іншій сили. Зростання психосоматичної патології в даному випадку є майже прогнозованим серед населення.

В таких умовах працювати медичному персоналу стає дуже важко. Економічна нестабільність в країні, неповага з боку суспільства до важкої праці медичного персоналу та низька заробітна плата призводять до бажання зміни місця професії, або пошуку іншого місця праці. Особливо це стосується молодшого медичного персоналу, який в більше спілкується із пацієнтами та їх родичами.

Психологічна специфіка стресу, який в даному випадку безпосередньо отримує медичний персонал, залежить як від зовнішніх дій, хоча вони і повинні бути достатньо сильними для людини, так і від особистісного смислу мети діяльності, оцінки ситуації, в якій вона знаходиться.

Т. Кокс, розглядаючи стрес-фактори професійної діяльності, виділяє чотири види вимог:

- Вимоги до індивіду;
- Індивідуальні особливості, навички та загальні здібності адаптуватися до вимог (особистісні ресурси);
- Ситуаційні обмеження, які впливають на процес адаптації;
- Зовнішня підтримка.

Абсолютний рівень вимог не слід вважати визначальним у виникненні стресу. Більш важливим є неузгодженість між рівнем вимог і особистісними ресурсами [1].

Якщо слідувати рівню потреб за пірамідою А. Маслоу, медичний персонал знаходиться у біль-

---

шості на першому рівні незадоволених потреб людини. Інші працівники – на рівні, де не мають перспектив визнання їх здібностей, професійного зростання, поваги та ін. Тому говорити про якісну адаптацію та відданості ідеям та вимогам професії медичного працівника не є реальним в існуючому періоді розвитку суспільства [4].

Проаналізувавши вище сказане можливо стверджувати, що проблема медико-психологічного супроводу процесу адаптації медичного персоналу до роботи в державних структурах лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) є зовсім мало вивчена. Цьому питанню не приділяється певної уваги. Керівники ЛПЗ намагаються працювати за старими схемами командно-адміністративного напрямку, тому ми майже своїми руками руйнуємо державну систему охорони здоров'я.

Зовсім не приділяється увага до особистісного підходу мотиву вибору професії медичного спеціаліста, яка вимагає від людини прояву великої якості не тільки технічності у виконанні практичних навичок, застосування якісних знань, але й не меншому прояву емпатійних якостей.

Існує багато мотивів, за якими людина обирає цю складну в емоційному плані професію. Для науковців та керівників ЛПЗ важливо скласти якісну, структурну, планову систему мотивації (це не тільки матеріальна) людини до продуктивної та легкої адаптації в професії медичного працівника, особливо в цей непростий період проведення АТО.

---

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
2. Клиническая психология: учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2010. – 864с.
3. Меган М. Работа с персоналом: введение в должность / М. Меган. – СПб.: Питер, 2002. – 160 с.
4. Новикова Е. А. Адаптация сестринского персонала на рабочем месте / Е. А. Новикова, И. В. Островская // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – С. 132 – 138.

**Я. В. Криворотько,**

# СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ИЗ ЗОНЫ АТО, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

**Я. В. Криворотько**

**СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ЖІНОК З ЗОНИ АТО, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ ПІД НАГЛЯДОМ У РЕГІОНАЛЬНОМУ ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ЦЕНТРІ**

**Y. Krivorotko,**

**WOMEN HAVE THE STATE OF EMOTIONAL SPHERE FROM THE ZONE OF ATO, THAT ARE UNDER SURVEILLANCE IN THE REGIONAL PERINATAL CENTER**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии.  
*Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy.*

Статья поступила в редакцию 11.10.2016.

## **Резюме**

**Цель исследования** – определить частоту встречаемости непсихотических психических расстройств у беременных и рожениц, временно переселенных или проживающих в зоне АТО, имеющих недоношенных новорожденных, либо новорожденных требующих постинтенсивного ухода.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 78 беременных и родивших женщин (100%), с различными непсихотическими психическими расстройствами. Обследовались женщины, временно переселенные и проживающие в зоне АТО за период 2014 – 2015 года, на базе Регионального перинатального центра Областной клинической больницы Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф. Все беременные и роженицы имели тяжёлую соматическую либо акушерскую патологию, а так же у них были выявлены различные непсихотические психические расстройства.

**Результаты.** У женщин, временно переселенных из Луганской и Донецкой областей, а так же проживающих в зоне АТО, ведущими клиническими проявлениями были: у беременных – астенический и невротический синдромы (49,1%), что по всей вероятности было следствием длительного психоэмоционального перенапряжения и тяжёлой соматической, акушерской ситуации; у родивших преобладал тревожно-депрессивный синдром (32%), который формировался в связи с неожиданными для них преждевременными родами, либо тяжёлой патологией новорожденного, предшествующей астенической и невротической симптоматикой, отсутствием поддержки со стороны близких, в связи с их далеким нахождением, тяжёлыми социальными условиями. Так же можно отметить состояние психологической адаптации женщин за время проведения АТО. Полученные данные послужат основанием для разработки дифференцированных психокоррекционных мероприятий.

**Выводы.** С момента начала проведения АТО в Украине наблюдается существенное изменение общественного сознания и связанное с этим психоэмоциональное перенапряжение. Хронический стресс, вынужденное переселение из зоны АТО, и другие факторы приводят к отрицательному влиянию на течение беременности, увеличению процента осложнённых родов и ухудшению психоэмоционального состояния женщин, особенно имеющих в тяжёлом состоянии новорожденных: недоношенных и новорожденных с па-

тологией. Особое место в связи с этим занимают беременные и родившие женщины, временно переселенные из Луганской и Донецкой областей, проживающие в зоне АТО.

**Ключевые слова**

перинатальный центр, материнство, беременность, психоэмоциональная сфера, АТО, психология беременных, стресс.

**Резюме**

**Мета дослідження** – визначити частоту зустрічей непсихотичних психічних розладів у вагітних і породіль, тимчасово переселених або проживаючих в зоні АТО, що мають недоношених новонароджених, або новонароджених, які потребують постінтенсивного догляду.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 78 вагітних і жінок, що народили (100%), з різними непсихотическими психічними розладами. Обстежувалися жінки, тимчасово переселені і проживаючі в зоні АТО за період 2014 – 2015 років, на базі регіонального перинатального центру обласної клінічної лікарні Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Всі вагітні та породилі мали важку соматичну або акушерську патологію, а також у них були виявлені різні непсихотичні психічні розлади.

**Результати.** У жінок, тимчасово переселених з Луганської та Донецької областей, а також тих, які проживають в зоні АТО, провідними клінічними проявами були: у вагітних – астеничний і невротичний синдроми (49,1%), що цілком ймовірно було наслідком тривалого психоемоційного перенапруження і важкої соматичної, акушерської ситуації; у породіль переважав тривожно-депресивний синдром (32%), який формувався у зв'язку з несподіваними для них передчасними пологами, або тяжкою хворобою новонародженого, що передували астеничною і невротичною симптоматикою, відсутністю підтримки з боку близьких, в зв'язку з їх далеким знаходженням, важкими соціальними умовами. Так само можна відзначити стан психологічної адаптації жінок за час проведення АТО. Отримані дані служать підставою для розробки диференційованих психокорекційних заходів.

**Висновки.** З початку проведення АТО в Україні спостерігається суттєва зміна суспільної свідомості і пов'язані з цим психоемоційне перенапруження і психологічна дезадаптація людей. Хронічний стрес, вимушене переселення із зони АТО, та інші фактори призводять до негативного впливу на перебіг вагітності і збільшення відсотка ускладнень у пологах, погіршення психоемоційного стану жінок, особливо, які мають недоношених, новонароджених з патологією і дітей, які знаходяться у важкому стані після пологів. Особливе місце в зв'язку з цим займають вагітні і жінки, які народили, переселенці з Луганської та Донецької областей, а також проживають в зоні АТО.

**Ключові слова**

перинатальний центр, материнство, вагітність, психоемоційна сфера, АТО, психология вагітних, стресс.

**Resume**

**The aim of the study** is to determine frequency of cases of non-psychotic mental disorders among pregnant and parturient women, who were temporarily relocated or still residing in the ATO area, having premature newborns, or newborns, who require post-intensive care.

**Materials and methods.** We examined 78 pregnant and parturient women (100%), with various nonpsychotic psychiatric disorders. Women were temporarily relocated or still residing in the ATO area for the period from 2014 to 2015, at the premises of regional perinatal center of the regional clinical hospital of the Center for Emergency Medical Care and Catastrophe Medicine. All pregnant and parturient women had severe somatic or obstetric pathology, and were also diagnosed with various nonpsychotic psychiatric disorders.

**Results.** Women who were temporarily relocated from the Lugansk and Donetsk regions, as well as those residing in the ATO area, had the following clinical manifestations: pregnant women – asthenic and neurotic syndromes (49.1%), which was probably due to prolonged psychoemotional overstrain and difficult somatic, midwifery situation; parturient women experienced maternal anxiety-depressive



*syndrome (32%), which was formed due to unexpected premature going into labor, or severe illness of the newborn, preceding the asthenic and neurotic symptoms, lack of support from relatives, due to long distance, severe social conditions. Similarly, one can also note the state of psychological adaptation of women during the ATO. The obtained data serve as the basis for development of differentiated psycho-corrective measures.*

**Conclusions.** *Since the beginning of the ATO in Ukraine, there has been a significant change in public consciousness and the associated psychoemotional stress. Chronic stress, forced relocation from the ATO area, and other factors lead to a negative impact on the course of pregnancy and increase in the percentage of obstructed labor, worsening psychoemotional state of women, especially those with preterm neonates with disease and are in critical condition after giving birth. A special place in this regard take pregnant and parturient women relocated from the Donetsk and Lugansk regions, as well as those still living in the ATO area.*

**Keywords**

*perinatal center, maternity, pregnancy, psychoemotional sphere, ATO, psychology pregnant, stress.*

С момента начала проведения АТО в Украине наблюдается существенное изменение общественного сознания и связанные с этим психоэмоциональное перенапряжение и психологическая дезадаптация людей [1 – 3]. Жизнь в условиях вынужденного переселения и другие факторы возникновения хронического стресса приводят к отрицательному влиянию на течение беременности и увеличению процента осложнённых родов, а также к патологическому психоэмоциональному состоянию у женщин, имеющих новорожденных с различными отклонениями: недоношенных, с патологией, находящихся в тяжелом состоянии после родов [4 – 6]. Особое место в связи с этим занимают беременные и родившие женщины, временно переселенные из Луганской и Донецкой областей или проживающие в зоне АТО. Основными проявлениями социально-стрессовых расстройств у них являются нарушения психической сферы непсихотического характера. В их ряду значительное место занимают различные нарушения эмоциональной сферы, как легкой степени, так и с выраженной клинической картиной.

Цель исследования – определить частоту встречаемости непсихотических психических расстройств у беременных и рожениц, временно переселенных или проживающих в зоне АТО, имеющих недоношенных новорожденных, либо новорожденных требующих постинтенсивного ухода. Нами было обследовано 78 беременных и родивших женщин (100%), с различными непсихотическими психическими расстройствами. Обследовались женщины, временно переселенные и проживающие в зоне АТО за период 2014 – 2015 года, на базе Регионального перинатального центра Областной клинической больницы центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф. Все беременные и роженицы имели тяжёлую соматическую либо акушерскую патологию, а так же у них были выявлены различные непсихотические психические расстройства.

Исследовались беременные женщины от 18 до 45 лет, из них: беременных 53 (67,9%), рожениц 25 (32,1%). Первородящих – 36 женщин (46,2%), имели детей – 42 женщины (53,9%) (из них одного ребенка имели 21 женщина (50,0%), 2 ребенка 5 человек (11,9%), 3 ребенка 4 человека (9,5%). Имели отягощенный акушерский анамнез 32 пациентки (41,0%), из них мертворождение 5 человек (6,4%), патология у ребенка у 2 (2,6%), беременность наступила в результате экстракорпорально-оплодотворения у 2-ух женщин (2,6%). Состояло в браке – 53 женщины (67,9%): в гражданском браке состояло 16 женщин (20,5%), в гостевом браке – 2 женщины (2,6%), не состояло в браке (матери-одиночки) 9 женщин (11,5%). Имели выраженный семейный конфликт 3 человека (3,9%). Имели отягощенный соматический анамнез – 36 беременных (46,2%). Преждевременные роды наступили у 10 женщин (12,8%). Работали 43 человека (55,1%), не работали 33 женщины (42,3%), студенты – 2 человека (2,6%). Высшее образование – 22 человека (28,2%).

При обследовании применялись клиничко-анамнестические, клиничко-психопатологические методы, которые дали следующие результаты.

У беременных, основными причинами, приводящими к нарушениям со стороны психоэмоциональной сферы являются: семейные отношения и наличие психологической поддержки и без-

---

опасности близких, проблемы на работе, материальные проблемы, жилищные проблемы, отягощенный соматических анамнез, отягощенный акушерский анамнез [4, 5].

У 53 женщин со стороны психоэмоциональной сферы наблюдались такие синдромы: астенический и невротический, преобладавшие у 26 женщин (49,1%). Тревожно-фобический синдром наблюдался у 12 женщин (22,6%). Тревожный синдром у 7 человек (13,2%). Тревожно-депрессивная симптоматика выявлялась у 6 (11,3%) женщин. Диссомнии наблюдались у 9 женщин, что составило 17%. У некоторых беременных можно выделить одновременно несколько синдромов. Из характерологических особенностей страхов можно выделить: в 2014 году, когда начинались военные действия, страх был сконцентрирован на военных действиях (страх громких резких звуков, взрывов). Для выехавших из зоны АТО были выражены тревоги и страхи о здоровье и жизни близких, которые остались в зоне военных действий. Также присутствовали материнские страхи о состоянии ребенка и будущем. В последнее время характер жалоб несколько изменился: доминировали страхи о состоянии плода, ребенка и будущего. Можно сказать, что психика женщин со временем адаптировалась к состоянию военных действий, и стало преобладать чувство материнства.

Всем беременным даны психопрофилактические рекомендации. Женщины имели возможность пройти курс индивидуальной и семейной психотерапии. В индивидуальной психотерапии использовались методы КБТ, арт-терапии, аутогенной тренировки.

У родивших женщин, которые имели недоношенных детей или детей, требующих лечения в условиях реанимации, основными причинами, приводящими к нарушениям со стороны психоэмоциональной сферы являются: 1) кризис, связанный со схватками и родами; 2) уход от взаимоотношений с ребенком, установленных во время беременности, в связи с нахождением новорожденного в отделении реанимации; 3) сознательное и бессознательное чувство вины за свою неполноценную беременность и трудности, которые испытывает ребенок; 4) адаптация к новым условиям в отделении патологии новорожденных на втором этапе выхаживания [7].

Также у матерей недоношенных новорожденных и новорожденных с тяжелой патологией наблюдаются фиксация на переживаниях горя по поводу потери ценного объекта – здорового ребенка, потери мечты о роли матери; страх перед неизвестным, страх потерять ребенка, страх из-за возможных нарушений в развитии ребенка, страх не справиться с обнаруженными заболеваниями, опоздать с лечением, тревога перед выпиской по причине отсутствия постоянного контроля со стороны медперсонала, а также чувство вины, агрессивные и депрессивные чувства. Выражены трудности, связанные с восприятием недоношенного ребенка и установления контакта с ним.

Причинами такого рода трудностей может быть:

- Ранняя госпитальная депривация, по данным З. Луковцевой [4], продолжающая от тяжести перинатальных проблем от одной недели до 4 месяцев.
- Специфические черты поведения недоношенных детей в ранние этапы жизни, характеризующиеся как синдром «дефицитарности ключевых сигналов»: напряжение при взятии на руки, тенденция к отстранению от взрослого, к избеганию зрительного контакта, отсутствие постуальной адаптации [8].
- Психологические особенности женщин с патологией беременности: с медицинскими диагнозами – гестоз, невынашивание беременности: эмоциональная неустойчивость, раздражительность, зависимость от окружения, утомляемость, ранимость, впечатлительность [9].

И.В. Добряков [10] отмечает, что прерывание беременности относится к психологической утрате и является психической травмой, т.к. Вызывает переживания, имеющие длительное воздействие на психику человека. Исследование Padovani и соавт.(2005) и bracht и соавт. (1998) подтвердили, что влияние преждевременных родов может быть травматичным для матери, и что, в общем, они не готовы противостоять стрессу, связанному с преждевременными родами [11]. Дополнительным фактором психологического стресса для матерей является тяжелое состояние ребенка и неопределенность его исхода. Несмотря на то, что было проведено достаточно много исследований и знания о недоношенных детях значительно расширились, трудно сказать, что будет происходить с ребенком в отдаленный период. Данные литературы об отдаленном нервно-психическом развитии недоношенных детей крайне противоречивы [12].

Из 25 родивших женщин у 10 были преждевременные роды, что составило 40% от общего количества родивших. У 8 женщин выявлялся тревожно-депрессивный синдром (32%), астенический, невротический и тревожно-фобический выявлялись по 24% (6 человек). Астено-тревожный у 16%, наркотическая зависимость у 12%, СВД у 8% женщин.

Страхи родивших женщин в основном касались здоровья и жизни новорожденных, не зависимо от начала боевых действий. Жалобы, которые предъявляли женщины в основном касались снижения настроения в связи с:

- Преждевременными родами, так как женщины не ожидали появления недоношенного ребенка и появившихся проблем в связи с этим,
- 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.

Так же значительное место занимали социальные проблемы (нехватка денег на лечение ребенка). Учитывая сложность проведения полного курса психотерапии в условиях акушерского стационара, применялась краткосрочная психотерапия.

Таким образом, мы получили следующие результаты:

У женщин, временно переселенных из Луганской и Донецкой областей, а так же проживающих в зоне АТО, ведущими клиническими проявлениями были такие. У беременных – астенический и невротический синдромы (49,1%), что по всей вероятности было следствием длительного психоэмоционального перенапряжения и тяжелой соматической, акушерской ситуации. У родивших преобладал тревожно-депрессивный синдром (32%), который формировался в связи с неожиданными для них преждевременными родами, либо тяжелой патологией новорожденного, предшествующей астенической и невротической симптоматикой, отсутствием поддержки со стороны близких, в связи с их далеким нахождением, тяжелыми социальными условиями. Так же можно отметить состояние психологической адаптации женщин за время проведения АТО.

Полученные данные послужат основанием для разработки дифференцированных психокоррекционных мероприятий.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Під заг. Ред. Проф. Б.В. Михайлова. – Х.: ХМАПО, 2013. – 224с.
2. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак, І. М. Сарвір. – Х., 2014. – 23 с.
3. Матяш М. Н. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому / М. Н. Матяш, Л. І. Худенко // Український медичний часопис. – 2016. – №3 (113). – С. 118 – 121.
4. Криворотько Я. В. Динаміка формування неспихотичних психічних розладів у вагітних по триместрам вагітності / Я. В. Криворотько // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, Вип.1 (66). – С. 54 – 60.
5. Криворотько Я. В. Основні причини та клініка неспихотичних психічних розладів у вагітних / Я. В. Криворотько // Медична психологія. – 2011. – Т.6, №1. – С. 86 – 90.
6. Сорокина Т. Т. Роды и психика. Практическое руководство / Т. Т. Сорокина. – Мн.: ООО «Новое знание», 2003. – 238 с.
7. Перинатальная психология и психиатрия. 1 том / Под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. – М.: Академия, 2009 – 304 с.
8. Ворошнина О. Р. Психологическая коррекция депривированного материнства / О. Р. Ворошнина. – Дис. ... канд. Психол. Наук. – М., 1998. – 202 с.
9. Филиппова Г. Г. Психология материнства / Г. Г. Филиппова. – М: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 240 с.
10. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – спб.: Питер, 2011. – 272 с.
11. Anxiety and Depression in Mothers of Preterm Infants and Psychological Intervention During Hospitalization in Neonatal ICU / A. E. Vita Carvalho, M. B. Martins Linhares, F. N. Pereira Padovani [et. al.] // The Spanish Journal of Psychology. – 2009. – N1. – P. 161 - 170.
12. Волгина С. Я. Нервно-психическое развитие недоношенных детей в отдаленные периоды жизни / С. Я. Волгина, В. Д. Менделевич // Неврологический вестник. – 2001. – №3 – 4. – С. 84 - 88.
13. Луковцева З. В. Особенности психического развития глубоко недоношенных детей первого года жизни / З. В. Луковцева // Дис. ... канд. психол. наук. – М., 2002. – 132 с.

© Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, Я. С. Живилова<sup>2</sup>

УДК 616.895.4

Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, Я. С. Живилова<sup>2</sup>

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, Я. С. Живилова<sup>2</sup>

ВИКОРИСТАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ В ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСІЙ

B. V. Mykhaylov<sup>1</sup>, J. S. Jivilova<sup>2</sup>

THE USE OF ANTIDEPRESSANTS IN THE TREATMENT OF DEPRESSION

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

<sup>2</sup> ГУ «Украинская психиатрическая больница с строгим наблюдением МЗ Украины»  
(г. Днепропетровск).

<sup>1</sup> Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy;

<sup>2</sup> Dz «Ukrainian psychiatric hospital with strict supervision of the Ministry of health of Ukraine»  
(Dnepropetrovsk).

Статья поступила в редакцию 30.09.2016.

### Резюме

*В статье рассматриваются определения, механизмы патогенеза, диагностические критерии депрессивных расстройств. Освещены основные фармакодинамические механизмы действия антидепрессантов, основанные на их аффинности к основным нейротрансмиссерным звеньям. Рассмотрены их терапевтические эффекты и возможные осложнения.*

### Ключевые слова

*Депрессия, лечение, фармакодинамика, терапевтическое действие, побочные эффекты.*

### Резюме

*В статті розглянуто визначення, механізми патогенезу, діагностичні критерії депресивних розладів. Висвітлено основні фармакодинамічні механізми дії антидепресантів, які ґрунтуються на афінності до основних нейротрансмітерних ланок. Розглянуті їх терапевтичні ефекти і можливі ускладнення.*

### Ключові слова

*Депресія, лікування, фармакодинаміка, терапевтична дія, побічні ефекти.*

### Resume

*The article discussed the definition, pathogenesis mechanisms, diagnostic criteria of depressive disorders. Highlighted the main pharmacodynamic mechanisms of action antidepressants based on their affinity to their main neurotransmitter link. Considered their therapeutic effects and possible complications.*

### Keywords

*Depression, treatment, pharmacodynamic, therapeutic effect, side effects.*

В настоящее время депрессивные расстройства занимают ведущее место в структуре заболеваемости в мире. По данным ВОЗ, в развитых странах около 40% популяции обнаруживает депрессивные расстройства [1 – 8]. Депрессивные расстройства по данным различных авторов занимают от 40 до 60 % от общего количества установленных расстройств психики и поведения [9 – 14]. До настоящего времени актуальной остается проблема выбора терапевтической тактики при лечении депрессивных состояний различного генеза [4, 8, 9, 15 – 20]. Характерной особенностью клинической картины современных депрессивных расстройств в том числе и в украинской популяции является преобладание жалоб психосенсорного и соматовегетативного характера [1, 4, 21 – 23]. Это накладывает определенные требования к выбору антидепрессантов с учетом их воз-

можных побочных эффектов [7, 12, 15, 18, 19, 24, 25]. Кроме того значительно увеличилось количество депрессивных расстройств в общей структуре психической заболеваемости и коморбидных состояний, в том числе и органического генеза [3, 5, 8, 9, 13, 18, 22, 26]. Усложняется также и клиническая феноменология депрессивных расстройств как таковых. Кроме того многочисленные авторы отмечают в качестве одного из ведущих факторов в повышении эффективности лечения депрессивных состояний, формирования устойчивых комплаентных отношений с пациентами и повышения уровня их психосоциальной реабилитации [7, 14, 17, 22]. Все это обуславливает необходимость выработки оптимальной терапевтической тактики с учетом клинических проявлений депрессивных состояний личностно характерологических особенностей пациента, строгого учета фармакодинамических, фармакокинетических характеристик антидепрессантов и учета их побочных действий.

### **Терапевтическая тактика при депрессивных расстройствах**

Несмотря на существование различных теорий патогенеза депрессий основными задачами их лечения являются:

- Уменьшение и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики;
- Восстановление психического, личностного и социального функционирования больного на доболезненном уровне;
- Сведение к минимуму риска вероятного обострения и повторного рецидива.

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления: психофармакологическое и психотерапевтическое [1, 3, 4, 13, 15, 19, 20, 24, 27].

Первое представлено специфической группой препаратов психотропного действия – антидепрессантами. При этом появление антидепрессантов новых поколений до настоящего времени не решает проблему эффективности терапии и переносимости препаратов. А. Cipriani et al. [24] указывают, что в последние 20 лет появились новые антидепрессанты, многие из которых имеют сходную структуру и механизм действия.

В то же время неясными являются различия в их эффективности и переносимости, которые представлены в многочисленных исследованиях.

Авторы также указывают на опасность влияния фармакологических компаний на результаты исследований, особенно новейших антидепрессантов.

Louisa G. Sylvia et al. [28] указывают, что даже при успешном лечении 54 – 68% пациентов продолжает испытывать различные симптомы. От 20 до 60% пациентов испытывают субъективно авersive побочные эффекты, затрудняющие продолжение терапии. Поэтому очень важным, наряду с оценкой данных по эффективности антидепрессантов является учёт возможности их побочных эффектов.

### **Механизмы действия антидепрессантов**

В настоящее время установлены основные механизмы антидепрессантов, основанные на процессах синаптической передачи.

Ингибция обратного захвата моноаминов (процесс реаптейка) не связавшегося с постсинаптическими рецепторами медиатора (серотонина, норадреналина, дофамина). При помощи транспортных белков осуществляется обратный перенос в пресинаптическую терминаль. Обратный захват моноаминов обеспечивается так называемыми «имипраминами рецепторами», функциональная активность которых снижается при депрессиях. Так как при депрессивных расстройствах содержание моноаминов снижено, то ингибция обратного захвата обуславливает повышение концентрации нейромедиаторов в синаптической щели. Такой механизм действия присущ трициклическим (ТЦА) и гетероциклическим антидепрессантам (ГЦА), селективным ингибиторам обратного захвата серотонина(СИОЗС) и обратного захвата норадреналина(СИОЗН).

Ингибция моноаминоксидазы (ИМАО). Избыточное количество моноаминов, находящихся в синаптической щели подвергается ферментативному расщеплению с помощью моноаминоксидазы (МАО). Ингибция МАО приводит к повышению в синаптической щели концентрации моноаминов. Существует два типа МАО – А и Б. МАО типа А дезаминирует норадреналин и серотонин, а МАО типа Б – дофамин. Этот механизм действия свойственен необратимым и обратимым ИМАО.

### **Блокада постсинаптических и пресинаптических моноаминергических рецепторов**

Этот эффект наиболее характерен для новых поколений антидепрессантов (тразодон, мirtазапин, нефазодон, ритансерин, минаприн). Механизм действия заключается в том, что они частично блокируют постсинаптический рецептор. Это вызывает выброс медиатора в синаптическую щель. Антидепрессанты блокирующие пресинаптические рецепторы вызывают повышение концентрации медиатора в синаптической щели. Антидепрессивный и анксиолитический эффект в основном связан с воздействием этих препаратов на 5-HT<sub>2</sub> и 5-HT<sub>3</sub> рецепторы.

### **Стимуляция постсинаптических моноаминергических рецепторов**

При депрессивных расстройствах обнаруживается снижение чувствительности постсинаптических рецепторов, при этом антидепрессанты – стимуляторы постсинаптических рецепторов – выступают в роли агонистов. Терапевтическое действие антидепрессантов с таким эффектом обусловлено стимуляцией постсинаптических α-адренергических и 5-HT<sub>1</sub>-серотонинергических рецепторов.

### **Немоноаминовые механизмы**

К ним относятся: гиперпродукция норадреналина в пресинаптической мембране, гиперпродукция серотонина в пресинаптическом звене, усиление деятельности ГАМК-ергического звена, общее увеличение проницаемости нейрональных мембран и усиление обмена цамф.

### **Клинические фармакодинамические эффекты антидепрессантов**

В специальной литературе большинство публикаций содержит описание терапевтического действия антидепрессантов и их механизмов, преимуществ одних препаратов по отношению к другим и практически нет описаний побочных эффектов и механизмов, лежащих в их основе. А ведь это должно быть определяющим при выборе тактики коррекции побочных эффектов.

### **Блокада обратного захвата норадреналина**

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксефин, дезипрамин, тримипрамин, нортриптилин, азафен, досулепин, дибензепин, мелитрацен, мапротилин, миансерин, мirtазапин, венлафаксин, виллоксазин.

Терапевтический эффект: тимоаналептический, активирующий (уменьшение психомоторной заторможенности без ажитации), противотревожный. Побочные действия: тремор, тахикардия, эректильная дисфункция у мужчин, аноргазмия у женщин.

### **Блокада обратного захвата серотонина**

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, азафен, тримипрамин, нортриптилин, досулепин, опипрамол, мелитрацен, мапротилин, миансерин, тразодон, венлафаксин, виллоксазин, милнаципран, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, сертралин, пароксетин, аминептин, инказан, пиразидол.

Терапевтический эффект: тимоаналептический, нормализация цикла сон-бодрствование, антитревожный, антифобический, антиобсессивный, антикомпульсивный, аналгезирующий, подавление агрессивного и суицидального поведения, редукция влечения к психоактивным веществам. Побочные действия: «серотониновый» синдром: экстрапирамидные симптомы (акатизия, тремор, дизартрия, гипертонус), миоклонические подергивания, гиперрефлексия, головные боли, эректильная дисфункция у мужчин, аноргазмия у женщин, диспептические жалобы, снижение аппетита, потенцирование действия I-триптофана, ингибиторов MAO.

### **Блокада обратного захвата дофамина**

Препараты: имипрамин, тримипрамин, виллоксазин, сертралин, аминептин, бупропион. Терапевтический эффект: активирующий эффект, антипаркинсонический эффект.

Побочные действия: ажитация, усиление галлюцинаторно-бредовой симптоматики и снижение эффективности нейролептиков.

### **Блокада гистаминовых H<sub>1</sub>-рецепторов**

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, тримипрамин, доксефин, досулепин, дибензепин, опипрамол, мелитрацен, миансерин, мirtазапин, тразодон, нефазодон.

Терапевтический эффект: седативный, гипногенный, антиаллергический.

Побочные действия: усиление эффекта психоактивных веществ (алкоголь, барбитураты, нейролептики, бензодиазепины), спутанность сознания, увеличение аппетита и массы тела, артериальная гипотензия.

### **Блокада мускариновых М1 холинергических рецепторов**

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксепин, тримипрамин, дезипрамин, нортриптилин, досулепин, дибензепин, опипрамол, мелитрацен, мапротилин, тразодон.

Терапевтический эффект: ослабление ангедонии и ослабление экстрапирамидной симптоматики. Побочные действия: холинолитический эффект, диплопия, нечеткость зрения, сухость во рту, синусовая тахикардия, задержка мочи, запоры, нарушение памяти, спутанность сознания или холинолитический делирий (у больных старших возрастных групп), повышение внутриглазного давления, дисфункция предстательной железы, экстрапирамидная симптоматика, потенцирование эффектов антихолинергических средств.

### **Блокада $\alpha$ 1-адренорецепторов**

Препараты: амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, доксепин, дезипрамин, нортриптилин, тримипрамин, мапротилин, миансерин, тразодон, нефазодон, пиразидол, флувоксамин.

Терапевтический эффект: седативный, гипнотический эффект.

Побочные действия: адренолитический эффект, ортостатическая гипотензия, головокружение, тахикардия, усиление антигипертензивного действия адреноблокаторов.

### **Блокада пресинаптических $\alpha$ 2-адренорецепторов**

Препараты: амитриптилин, тримипрамин, миансерин, мirtазапин, тразодон. Терапевтический эффект: тимоаналептический и анксиолитический.

Побочные действия: приапизм, снижение антигипертензивного действия клофелина и мепидофы.

### **Блокада B2-дофаминовых рецепторов**

Препараты: тримипрамин, дезипрамин, мапротилин.

Терапевтический эффект: антипсихотический, седативный, анальгезирующий, противорвотный (антиэметический) эффекты.

Побочные действия: экстрапирамидные двигательные расстройства, эриктильная дисфункция, гипоталамическая галакторея, дисменорея, аногразмия, дискинезии и психотические эпизоды.

### **Блокада B3-, B4-дофаминовых рецепторов**

Препараты: тримипрамин, дезипрамин, мапротилин. Клинические эффекты изучены недостаточно.

Стимуляция постсинаптических 5-HT1-серотониновых рецепторов

Препараты: тианептин, буспирон, мirtазапин.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антиобсессивный, тимоаналептический, антимигренозный, антипсихотический эффекты, улучшение когнитивных функций.

Побочные действия изучены недостаточно.

### **Блокада 5-HT2-серотониновых рецепторов**

Препараты: амитриптилин, доксепин, тримипрамин, дезипрамин, нортриптилин, мапротилин, миансерин, мirtазапин, иефазодон, тразодон, пиразидол, ритансерин.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антидефицитарное и частично антипсихотическое действие, тимоаналептический, антиагрессивный эффект, повышают аппетит, улучшают сон (без собственно гипнотического эффекта) за счет увеличения фазы медленного сна (ФМС), антимигренозный, антипаркинсонический эффект, уменьшают гиперпролактинемия.

Побочные действия: повышение аппетита; нарушение эрекции и эякуляции у мужчин.

### **Блокада 5-HT3-серотониновых рецепторов**

Препараты: амитриптилин, миансерин, мirtазапин, флуоксетин, сертралин, пароксетин. Терапевтический эффект: анксиолитический, антипсихотический эффект, улучшение когнитивных функций, в т.ч. При деменции, антиэметический (противорвотный) эффект.

Побочные действия: гиперсомния, серотониновый синдром, повышение веса. Стимуляция постсинаптических  $\alpha$ -адренергических рецепторов

Препараты: мirtазапин, венлафаксин, виллоксазин, бупропион. Терапевтический эффект: тимоаналептический и анксиолитический.

Побочные действия: ортостатическая гипотензия, тахикардия, нарушение сердечного ритма и сократительной способности миокарда, гиперседация.

### **Стимуляция постсинаптических ГАМК-рецепторов**

Препараты: пиразидол, алпразолам.

Терапевтический эффект: анксиолитический эффект, уменьшение выраженности когнитивных расстройств.

Побочные действия: гиперсомния.

### **Блокада опиатных $\sigma$ -рецепторов**

Препараты: флуоксетин, флувоксамин, сертралин.

Терапевтический эффект: анальгезирующий (антиноцицептивный) и модулирующий эффект на дофаминергическую систему.

Побочные действия: изучены недостаточно.

### **Стимуляция бензодиазепиновых BZ1, BZ2-рецепторов**

Препараты: алпразолам.

Терапевтический эффект: анксиолитический, антистрессорный, антиагрессивный, гипнотический, противосудорожный.

Побочные действия: миорелаксирующее действие.

### **Ингибирование MAO типа А (дезаминирование серотонина и норадреналина)**

Препараты: ниаламид, инказан, пиразидол, тетриндол, бефол, моклобемид, толоксатон. Терапевтический эффект: тимоаналептический и активизирующий эффект с ажитацией.

Побочные действия: «серотониновый» синдром, усиление тревоги, бессонница, головные боли, нейротоксические расстройства, усиление прессорных эффектов симпатомиметических аминов (адреналин, мезатон), взаимодействие с тца(гипертонические кризы), тираминовые «сырные реакции» (тирамин, фенилэтиламин; продукты их содержащие: сыр, копчености, кофе, пиво, вино) вызывают артериальную гипертензию.

### **Ингибирование MAO типа Б (дезаминирование фенилэтиламина, бензиламина и дофамина)**

Препараты: ниаламид, инказан.

Терапевтический эффект: тимоаналептический, усиление эффекта леводопы, т.е. Антипаркинсонический эффект.

Побочные действия: антигипертензивное, лабильность сосудистого тонуса, нарушение функции печени.

**Выводы:** Таким образом, при проведении фармакотерапии депрессивных расстройств, в том числе и органического генеза, необходимо учитывать возможные побочные действия антидепрессантов. Это необходимо для поддержания комплайентных отношений с пациентами, предотвращения самостоятельной отмены терапии, повышения уровня психосоциальной реабилитации и целенаправленной коррекции побочных эффектов с учётом основных нейрохимических звеньев.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Maruta N.A., Moroz V.V. (2002) Nevroticheskie depressii (klinika, patogenez, diagnostika i lechenie): Monografija [Neurotic depression (clinical features, pathogenesis, diagnosis and treatment): Monograph]. Kharkov: Aris. (in Ukraine).
2. Maruta N.A., Chaban O.S., Kuznecova S.M. (2013) Osobennosti terapii depressivnyh rasstrojstv v nevrologicheskoy praktike [Features of treatment of depressive disorders in neurological practice]. Zdorov'ya Ukrainy, №3 (26). – P. 36 – 38.
3. Myhaylov B.V., Jakovcova T.E. (2006) Sovremennoe sostojanie problemy depressivnyh rasstrojstv. [Current status of depressive disorders] Problemy` medy` chnoyi nauky` ta osvity, №2. – P. 65 – 69.
4. Podkorytov V.S., Chajka Ju.Ju. (2003) Depressii. Sovremennaja terpija: rukovodstvo dlja vrachej / Hudozh.-oformitel' I.V. [Depression. Modern tolerant: guidance for doctors / Hudozh.-IV oformytel]. Osipov. – Har'kov: Tornado (in Ukraine).
5. Jenkius R. (1992) Depression and anxiety: an overview of preventive strategies. In: Jenkius R.ct al., ed. The prevention of depression and anxiety. London, HM Stationary Office (in England).
6. Maruta N.O. (2010) Stan psy`xichnogo zdorov'ya naseleennya ta psy`xiatry` chnoyi dopomogy` v Ukrainy [Stan psihichnogo Health Protection of the population that psychiatric Relief in Ukraine]. Nejro News, №5 (24). – P. 83 – 90.



7. Maruta N.O., Zhupanova D.O. (2016) Kliniko-psy`xologichni osoby`x na deperesiyu z rizny`m rivnem medy`kamentoznogo komplajensu (diagnosty`ka i korekciya) [Kliniko-psihologichni osoblivosti ailments on deperesiyu s riznim rivnem medical komplajensu (i diagnostika korektsiya)]. *Ukrayins`ky`j visny`k psy`xonevrologiyi*, vol. 1 (86). – P. 5 – 11.
8. Oros M.M., Luc V.V., Adamcho N.N. (2015) Trazodone u likuvanni depresiyi pislya insul`tu` [Trazodone in stroce depression treatment]. *Mizhnarodny`j nevrologichny`j zhurnal*, №6 (76). – P. 123 – 129.
9. Napreenko O. K. (1999) Depresija ta trivoga. Profilaktika v pervinnih strukturah ohoroni zdorov`ja: Posibnik dlja polipshennja jakosti roboti / Pid nauk. Red. Prof. I. P. Smirnovoy [Depression and anxiety. Prevention in primary health care structures: A guide for better work / Under sciences. Ed. Prof. I.P. Smirnova]. – K.: Zdorov`ja (in Ukraine).
10. Sajkov D.V., Sosin I.K. (2004) Alkogol`naja depressija: Monografija [Alkohol depression: monograph]. Har`kov: Kollegium (in Ukraine).
11. Hobzej M.K., Voloshin P.V., Maruta N.O. (2010) Social`no-orijentovana psy`xiatry`chna dopomoga v Ukraini: problemy` ta rishennja [Socially-oriented psychiatric care in Ukraine: problems and solutions]. *Ukrayins`ky`j visny`k psy`xonevrologiyi*, vol. 3(64). – P. 10 – 14.
12. Culver J.L., Arnow B.A., Ketter T.A. (2007) Bipolar disorder: Improving diagnosis and optimizing integrated care. *J. Clin Psychol*, vol. 63.– P. 73 – 92.
13. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. (1993) Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care: Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline. AHCPR Publication (in USA) 93 – 0550, vol. 1, №5.
14. Dawson A., Tylle A. (2001) Depression: social and economic timebomb: Strategies for quality care: Proc. Of an intern. Meet. Bristol: BMJ Books.
15. Maljarov S.A., Demchenko V.A., Vitebskaja T.V. (2003) Problema vybora bazovoj terapii bipolarnogo rasstrojstva I tipa [The problem of choosing a basic treatment of bipolar disorder]. *Arhiv psihiatrii*, №1 (32). – P. 31 – 38.
16. Mosolov S.N. (2011) Biologicheskie mehanizmy razvitija rekurrentnoj depressii i dejstvija antidepressantov: novye dannje [Biological mechanisms of recurrent depression and action of antidepressants: new evidence]. *Psihofarmakoterapija depressij*, vol. 15. – P. 1 – 14.
17. Moon-Soo L., Jae-Won Y., Hyongjin A., Seung-Hyun K. (2009) Evaluation of factors influencing antidepressant medication compliance in outpatient treatment of depressive disorders in Korea [Electronic Resource]. *Proceedings of the Lisbon: 17th European Congress of Psychiatry*. – P. 1 – 122.
18. Burchinskij S.G. (2011) Depressii v nevrologicheskoj praktike: problema vybora antidepressanta [Depression in neurological practice: the problem of choosing an antidepressant]. *Nejronews (electronic journal)*, №4 (31).
19. Sajatovic M., Valenstein M., Blow F., Ganoczy D., Ignacio R. (2007) Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv*, vol. 58. – P. 855 – 863.
20. Lingam R., Scott J. (2002) Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, vol. 105. – P. 164 – 172.
21. Beradze T.I. (2008) Psihicheskoe zdorov`e: izmenit` otnoshenie [Mental health: change attitudes]. *Nejronews: psihonevrologija i nejropsihiatrija*, №3 (8). – P. 5 – 8.
22. Maruta N.O., Zhupanova D.O. (2015) Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti rekurrentnoj depressii u bol`nyh s razlichnoj stepen`ju medikamentoznogo komplajensa [Clinical and psychopathological features of recurrent depression in patients with varying degrees of compliance drug]. *Ukrayins`y`j visnyk psyxonevrologiyi*, vol. 2 (83). – P. 65 – 70.
23. Mishiev V.D. (2004) Suchasni depresivni rozladi: Kerivnictvo dlja likariv [Contemporary depressive disorder: Guideline for doctors]. L`viv: Vid. Ms. (in Ukraine).

## МОДИФІКАЦІЯ ТЕСТУ ТРИВОЖНОСТІ Р. ТЕММЛ, М. ДОРКИ, В. АМЕН (МЕТОДИКА «ОБЕРИ ПОТРІБНЕ ОБЛИЧЧЯ») ДЛЯ ПОГЛИБЛЕНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

**Б. В. Михайлов, Н. М. Колеснік,**

МОДИФИКАЦИЯ ТЕСТА ТРЕВОЖНОСТИ Р. ТЕММЛ, М. ДОРКИ, В. АМЕН (МЕТОДИКА  
«ВЫБЕРИ НУЖНОЕ ЛИЦО») ДЛЯ УГЛУБЛЁННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**B. V. Mykhaylov, N. M. Kolesnik,**

THE TEST OF ANXIETY R. TEMML, M. DORKI, V. UMEN (METHODOLOGY «CHOOSE AN NECESSARY PERS  
ON») MODIFICATION FOR DEEP RESEARCH OF PRESCHOOL-AGE THE CHILDREN

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії.

*Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy.*

Статья поступила в редакцию 10.10.2016.

### **Резюме**

*Запропонована модифікація тесту тривожності Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен (методика «Обери потрібне обличчя») для поглибленого дослідження тривожності у дітей дошкільного віку. Необхідність даної модифікації зумовлена відсутністю психодіагностичної методики прямого виміру рівня тривожності у дітей дошкільного віку. Запропоновано модифікувати експериментальний матеріал, змінивши кількість рисунків з 14 на 15; ввести зміни до кількісного та якісного аналізу та додати розділ*

*«Рекомендації учасникам виховного процесу». Модифікація тесту дозволить аналізувати процеси первинної та вторинної соціалізації, формування самооцінки дитини, їх динаміку змін та виявляти мішені психокорекційної роботи практичних психологів, аналізувати якість батьківсько-виховательських методів та надати рекомендації учасникам виховного процесу.*

### **Ключові слова**

*модифікація тесту тривожності, тривожність у дітей, адаптація дошкільника, дошкільний вік, самооцінка дошкільника, рекомендації учасникам виховного процесу, мішені психокорекційної роботи.*

### **Резюме**

*Предложена модификация теста тревожности Р. Теммл, М. Дорки, В. Амен (методика «Выбери нужное лицо») для углубленного исследования тревожности у детей дошкольного возраста. Необходимость данной модификации обусловлена отсутствием психодиагностических методик прямого измерения уровня тревожности у детей дошкольного возраста. Предложено модифицировать экспериментальный материал, изменив количество рисунков с 14 на 15; внести изменения в количественный и качественный анализ и добавить раздел «Рекомендации участникам воспитательного процесса». Модификация теста позволит анализировать процессы первичной и вторичной социализации, формирования самооценки ребенка, их динамику изменений и выявить мишени психокоррекционной работы практических психологов, анализировать качество родительско-воспитательских методов и предоставить рекомендации участникам воспитательного процесса.*

---

**Ключевые слова** *модифікація теста тривожності, тривожність у дітей, адаптація дошкільника, дошкільний вік, самооцінка дошкільника, рекомендації учасникам виховного процесу, мішені психокоррекційної роботи.*

**Resume** *In this article the offered modification of test of anxiety R. Temml, M. Dorki, v. Umen (methodology «choose a necessary person») for deep re- search of anxiety of preschool-age the children. The necessity of this modification is conditioned by absence of psychodiagnostic methodologies directed measuring of level of anxiety for the children of preschool-age. It is suggested to modify experimental material, changing the number of figures from 14 to 15; changing the quantitative and quality analyses and to add the division of «Recommending the participants of educator process». Modification of test allows to analyses processes of primary and secondary socialization, forming of self-appraisal of child, their dynamics of changes and to educe the targets of psychodiagnostic work of practical psychologists, to analyses quality of paternal-educator methods and to give to recommending the participants of educator process.*

**Keywords** *Modification of test of anxiety, anxiety for the children of preschool age, adaptation of preschool child, preschool age, self-appraisal of preschool child, recommending the participants of educator process, target of psychocorrection.*

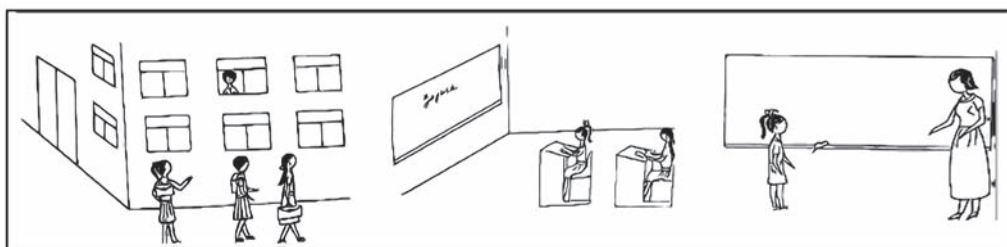
---

Дані чисельних досліджень свідчать про те, що тривожність дітей дошкільного віку є поширеним явищем. Попри численні роботи психодіагностики та подолання тривожності залишаються актуальними питаннями. Негативні емоції відіграють важливу біологічну роль як сигнал тривоги, небезпеки для організму, який триває до тих пір, поки небезпека не усунена. На тлі тривалого стану це формує різноманітні психосоматичні розлади. Тривогу можна розглядати, з одного боку, як нормативне явище, що забезпечує адаптацію, і, з іншого боку, в якості одного з основних чинників психічної дезадаптації. Виявлення рівня та динаміки змін тривожності у дітей є одним з основних критеріїв розуміння процесу адаптації, соціалізації, стану емоційної сфери дитини дошкільного віку та ефективності їх корекції [1 – 18].

Існуючі діагностичні методики виявлення тривожності у більшості своїй спрямовані на вивчення тривожності дорослих і школярів: тест тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммла, М. Доркі, В. Амен; «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» В.В. Бойко; «Особова шкала прояву тривоги» Дж. Тейлор; «Шкала самооцінки» Ч.Д. Спілбергера;

«Шкала явної тривожності смак» для дітей 8 – 12 років, адаптована А.М. Прихожан; «Проективна методика для діагностики шкільної тривожності» А.М. Прихожан; тест-казки; методика та її модифікація діагностики шкільної тривожності Філіпса та ін. Тривожність у дошкільників зазвичай виявляється опосередковано при використанні проективних методик: «Будинок. Дерево. Людина», «Неіснуюча тварина», «Малюнок людини», «Тест Люшера», «Колірний тест відносин», «Кактус», тощо [19 – 23].

З усіх методик прямого вияву тривожності найбільш наближені до використання в психодіагностиці дошкільників проективні методики: тест тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммла, М. Доркі, В. Амен та проективна методика для діагностики шкільної тривожності А.М. Прихожан. Вони мають схожий принцип побудови експериментального матеріалу, кількісного та якісного аналізу, однак проективна методика А.М. Прихожан не може бути використана для психодіагностики тривожності у дошкільників, тому що експериментальний матеріал не відповідає актуальним ситуаціям / потребам дошкільника, а метод проведення психодіагностики не відповідає віковим особливостям дошкільника (потребує більше концентрації уваги та комунікативних навичок дитини). Проективна методика А.М. Прихожан може бути використана для прогнозування шкільної адаптації / дезадаптації старших дошкільників у першому класі для спрямування психокорекції на профілактику шкільної дезадаптації (рис. 1). Тест тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммла, М. Доркі, В. Амен має універсальний експериментальний матеріал та використовується при дослідженні тривожності у вихованців дитячих садків віком 3 – 7 років практичними психологами в силу простоти та доступності для даного віку дітей [19 – 23].



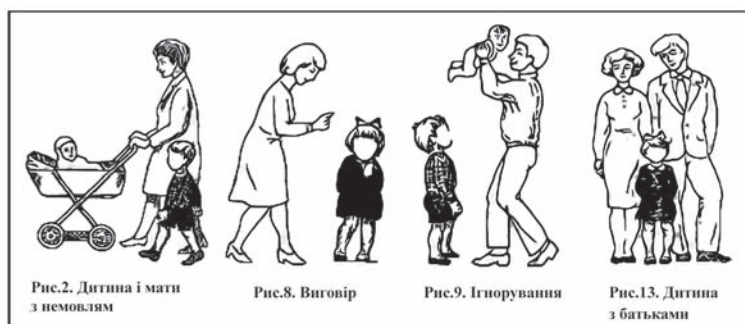
**Рис. 1.** Експериментальний матеріал проективної методики для діагностики шкільної тривожності А.М. Прихожан

В аналізі тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен використовується кількісний і якісний аналіз, в ході яких виявляється ступінь вираженості тривожності і дає можливість виявити негативне / позитивне ставлення дитини до конкретних життєвих ситуацій. Експериментальний матеріал тесту складається з 14 рисунків розміром 8.5\*11 см. Кожний рисунок представляє собою деяку типову для життя дитини ситуацію. Кожний рисунок виконано в двох варіантах: для дівчат (на рисунку намальована дівчина) та для хлопчиків (на рисунку намальовано хлопчика). Обличчя дитини на рисунку не промальовано, надано лише контур голови. Кожний рисунок забезпечено двома додатковими рисунками дитячої голови, по розмірам вона точно відповідає контуру обличчя на рисунку. На одному з додаткових рисунків зображено усмінене обличчя дитини, на іншому – сумне (рис. 2) [19].



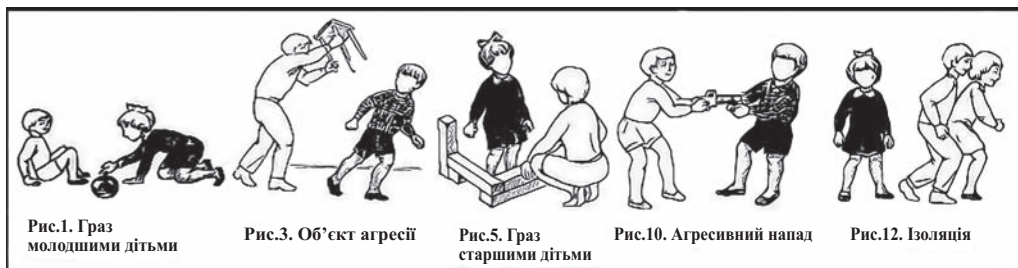
**Рис. 2.** Експериментальний матеріал тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен – рисунки сумних та веселих облич

Ситуації, що моделюють відносини дорослий – дитина представлені у тесті рисунками (рис. 3): 2, 8, 9, 13.



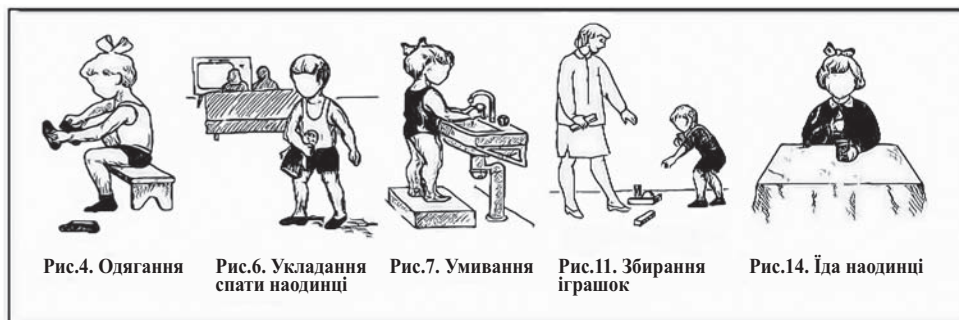
**Рис. 3.** Експериментальний матеріал тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен – рисунки ситуацій, що моделюють відносини «дорослий–дитина»

Ситуації, що моделюють відносини дитина – дитина представлені у тесті рисунками (рис. 4): 1, 3, 5, 10, 12.



**Рис. 4.** Експериментальний матеріал тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен – рисунки ситуацій, що моделюють відносини «дитина–дитина»

Ситуації, що моделюють повсякденні дії представлені у тесті рисунками (рис.5): 4, 6, 7, 11, 14.



**Рис. 5.** Експериментальний матеріал тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен – рисунки ситуацій, що моделюють повсякденні дії

Вибір дитиною відповідного обличчя і словесні висловлювання дитини можна зафіксувати в спеціальному протоколі (рис. 6).

ПІБ дитини: _____			
Вік дитини: _____		Дата проведення: _____	
Номер та зміст рисунка	Висловлювання ДИТИНИ	Вибір обличчя	
		Сумне обличчя	Веселе обличчя

**Рис. 6.** Експериментальний матеріал тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен – протокол відповідей дітей

В кількісному аналізі тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Теммл, М. Доркі, В. Амен на підставі даних протоколу обчислюється індекс тривожності дитини (ІТ), який дорівнює процентному відношенню числа емоційно негативних виборів (сумне обличчя) до загального числа рисунків [19]:

$IT = (\text{число емоційно негативних виборів} / 14) \times 100\%$

Залежно від рівня індексу тривожності діти підрозділяються на 3 групи:

*Високий* рівень тривожності (IT вище 50%);

*Середній* рівень тривожності (IT від 20 до 50%);

*Низький* рівень тривожності (IT від 0 до 20%).

В якісному аналізі кожна відповідь дитини аналізується окремо. Робляться висновки відносно можливого характеру емоційного досвіду дитини в даній (і подібній їй) ситуації. Якісний аналіз у тесті описаний наступним чином: «Особливо високим проєктивним значенням володіють рисунки: №4 («Вдягання»), №6 («Вкладання спати на самоті»), №14 («Їжа на самоті»). Діти, що роблять у цих ситуаціях негативний емоційний вибір, найімовірніше будуть володіти найвищим індексом тривожності IT; діти, що роблять негативні емоційні вибори в ситуаціях, зображених на рисунках: №2 («Дитина і мати з дитиною»), №7 («Умивання»), №9 («Ігнорування») і №11 («Збирання іграшок»), з більшою ймовірністю будуть мати високий або середній індекс тривожності IT. Як правило, найбільший рівень тривожності проявляється в ситуаціях, що моделюють відносини дитина – дитина («Гра з молодшими дітьми», «Об'єкт агресії», «Гра зі старшими дітьми», «Агресивний напад», «Ізоляція»). Значно нижчий рівень тривожності в малюнках, моделюючих відносини дитина – дорослий («Дитина і мати з немовлям», «Виговір», «Ігнорування», «Дитина з батьками»), і в ситуаціях, моделюючих повсякденні дії («Вдягання», «Вкладання спати на одинці», «Умивання», «Збирання іграшок», «Їжа на самоті»)» [19]. Недоліком цього тесту є те, що загальний рівень IT має значення для виявлення стану емоційної сфери дитини, однак він не вказує на що потрібно направити зусилля в подоланні небезпечного рівня тривожності. При цьому слід зауважити, що для розвитку емоційної сфери і для формування стресостійкості важливо мати негативний досвід і витримувати баланс позитивного та негативного досвіду. Для кожної дитини цей баланс має своє співвідношення позитивного та негативного досвіду. Тому важливо проводити кількісний підрахунок балансу корисних-негативних стимулів розвитку емоційної сфери в кожній моделі відносин. Аналіз модифікованого тесту покаже основні мішені в психокорекційному супроводі дітей.

Нами пропонується модифікація тесту тривожності (методика «Обери потрібне обличчя») Р. Темпл, М. Доркі, В. Амен для поглибленого дослідження тривожності у дітей дошкільного віку [5, 16, 20, 21, 25 – 27].

У модифікованому варіанті тесту пропонується якісний аналіз проводити не за негативним/позитивним досвідом в окремих ситуаціях за трьома моделями «дитини – дитина» (далі ДД), «дорослий – дитина» (далі Д\*Д) та «повсякденні дії» (далі ПД), а оцінювати в якій саме моделі відносин дитина отримує негативний досвід. Це дасть можливість зробити висновок рівня тривожності, який отримує дитина у різних моделях відносин.

У сучасний час потужність набирають такі агенти первинної соціалізації, як ЗМІ, Інтернет тощо, тому в модифікованому варіанті тесту пропонується додати агент первинної соціалізації «Дитина та інформаційно-віртуальний простір» до моделі Д\*Д. Експериментальний матеріал у модифікованому тесті зміниться до 15 рисунків (рис. 7) [24, 31, 33 – 38].

В кількісному аналізі модифікованого тесту пропонується обчислювати окрім загального – ітз індекс тривожності дитини (IT) у кожній моделі: Д\*Д (ITД\*Д), ДД (ITДД) та ПД (ITПД).

$ITз = (\text{число емоційно негативних виборів загальний} / 15) \times 100\%$

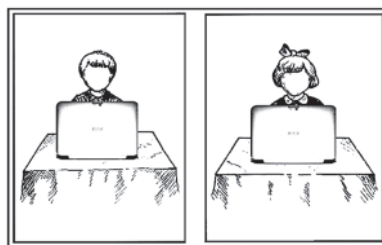
$ITД*Д = (\text{число емоційно негативних виборів у моделі Д*Д} / 5) \times 100\%$

$ITДД = (\text{число емоційно негативних виборів у Моделі ДД} / 5) \times 100\%$

$ITПД = (\text{число емоційно негативних виборів у моделі ПД} / 5) \times 100\%$

Залежно від рівня індексу тривожності діти підрозділяються так само на 3 групи:

*Високий* рівень тривожності (IT вище 50%);



*Рис.7. Агент первинної соціалізації «Дитина та інформаційно-віртуальний простір» у моделі Д\*Д модифікованого тесту тривожності*

Середній рівень тривожності (ІТ від 20 до 50%);

Низький рівень тривожності (ІТ від 0 до 20%).

Ту модель, яка отримала кількісний «критичний» (високий) показник, пропонується аналізувати ще й за окремими ситуаціями, тобто виявити який агент або неадекватно за потребами дитини стимулює емоційну сферу, або дитині потрібні пом'якшені умови та допомога в подоланні певних ситуацій.

У модифікованому варіанті тесту якісний аналіз пропонується проводити за трьома моделями:

Модель Д\*Д – характеризує ступень первинної соціалізації дитини. Первинна соціалізація дуже важлива для дитини, оскільки вона є основою для всього останнього процесу соціалізації.

Найбільше значення в соціалізації у суспільстві грає сім'я, яка формує соціальний базис. Метою агента первинної соціалізації, такого як сім'я, виступає формування у дитини мотивації на прихильність до інших людей, яка проявляється в довірі, слухняності, бажанні робити їм приємне і добре.

Наступний агент первинної соціалізації – це дитяча журналістика та ЗМІ, які роблять вплив значніший, ніж література, завдяки своїй наближеності до реального часу і, відповідно, відображає не абстрактні ідеали, а цінності і погляди, властиві певному етапу, на якому знаходиться суспільство. Вплив засобів масової інформації на незміцнілу свідомість та психіку дітей особливо велика під час надзвичайних ситуацій, аномальних явищ, переломних соціокультурних подій.

Стрімкий розвиток можливостей комп'ютерних і Інтернет технологій дозволив сформуватися модному і потужному інституту соціалізації. Різноманітна інформація і контент, що містяться в мережі Інтернет, можуть чинити пагубну дію і вплив (і не лише при надмірному споживанні) на психіку і здоров'я людей різного віку. Особливо гостро проблема соціалізації в Інтернеті проявляється у дітей, в ході активного формування пізнавальних процесів і особових якостей людини. Соціалізуюча функція Інтернету базується на чинниках, що мають як суб'єктивні, так і об'єктивні значення: позитивна репутація Інтернету, що склалася, як опозиція іншим соціальним інститутам; недостатність власного життєвого досвіду; аудіовізуальні можливості Інтернету, що забезпечують ефект присутності тут і зараз [24 – 38].

Модель ДД – характеризує ступень вторинної соціалізації дитини до нового середовища, зміни дитини взаємодіяти (гратися) з однолітками, ділитися іграшками, вирішувати конфлікти між собою [39, 40].

Модель ПД – характеризує ступень впевненості дитини у своїх силах, формує уміння знаходити час на справи по будинку; уміння пам'ятати про те, що ти живеш не в замкнутому просторі, а з близькими людьми, які не зобов'язані тебе обслуговувати; уміння піклуватися про інших; уміння знаходити користь і навіть задоволення від рутинних справ, які все одно потрібно виконувати; уміння структурувати свої справи, що надалі формує у дітей бажання допомагати батькам, бажання до трудової (шкільної) діяльності, бажання до професійної діяльності [41, 42].

У моделях модифікованого тесту поглибленого дослідження тривожності, які отримали низький рівень ІТ, витримується баланс позитивних / негативних стимулів у виховному процесі дитини. Це свідчить, що середовище виховання для дитини повністю відповідає потребам дитини.

У моделях модифікованого тесту, які отримали середній рівень ІТ, необхідно звернути увагу на методи виховання, на особливості особистості дитини, її оточення і виробити методи виховання, які дозволять знизити рівень ІТ та зробити вплив стресогенів безпечним для психіки дитини.

У моделях модифікованого тесту, які отримали високий рівень ІТ, вимоги, що пред'являються, і умови, які створені для дитини, непосильні та їй потрібна допомога. Така модель, а особливо конкретні ситуації, які отримали негативний показник вибору, повинні стати мішенями психокорекційного супроводу дитини.

Також пропонується в модифікованому варіанті тесту додати розділ «Рекомендації учасникам виховного процесу», де будуть надані рекомендації психолого-виховного впливу для зменшення тривожності у дитини для батьків, вихователів і практичних психологів дитячих садків.

Для отримання повної картини стану емоційної сфери дитини і для аналізу інших тригерів тривожності, які не виявляються в даному модифікованому тесті (наприклад, спадкові особливості нервової системи і характеру; родові травми, інфекції і інші захворювання, перенесені в ранньому віці; тривожна поведінка дорослих; ситуації розлуки з матір'ю; розлучення з батьками; різка зміна

звичної обстановки; сильний переляк тощо) необхідно використовувати батарею тестів, в котру необхідно включити проєктивні методики, казки-тести, опитувальники дорослих, карту спостереження.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Spielberger C. D. Anxiety as an Emotional State. In: *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* / C. D. Spielberger. – N.Y., 1972. – 510 p.
2. Денисова З. В. Механизмы эмоционального поведения ребёнка / З. В. Денисова. – Л., 1978. – 144 с.
3. May R. The meaning of Anxiety / R. May. – N. Y., 1979. – 412 p.
4. Аминов Н. А. Изучение индивидуальных различий и предрасположенности к состоянию тревоги в рамках концепции двух сигнальных систем / Н. А. Аминов, В. Н. Азаров // *Проблемы дифференциальной психофизиологии*. – 1981. – С. 98 – 112.
5. Прихожан А. М. Причины, профилактика и преодоление тревожности / А. М. Прихожан // *Психологическая наука и образование*. – 1998. – №2. – С. 11 – 18.
6. Макшанцева Л. В. Диагностика и профилактика тревожности у дошкольников: дис. ... канд. Псих. Наук: 19.00.13 / Л. В. Макшанцева. – М., 2000. – 150 с.
7. Кошелева А. Д. Эмоциональное развитие дошкольников / В. И. Перегуда, О. А. Шаграева. – М.: Академия, 2003. – 176 с.
8. Абакарова Э. Г. Диагностика и коррекция тревожности у детей 5 – 7 лет в условиях дошкольного образовательного учреждения: дис. ... канд. Псих. Наук: 19.00.01 / Э. Г. Абакарова – Ставрополь, 2003. – 211 с.
9. Изотова Е. И. Эмоциональная сфера ребенка. Теория и практика / Е. И. Изотова, Е. В. Никифорова. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с.
10. Тревога и тревожность. Хрестоматия / Сост. И общ. Ред. В. М. Астапова. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 240 с.
11. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – М. – Воронеж, 2008. – 304 с.
12. Астапов В. М. Тревожность у детей / В. М. Астапов. – М.: ПЭРСЭ, 2008. – 160 с.
13. Соловьева С. Л. Тревога и тревожность: теория и практика [Электронный ресурс] / С. Л. Соловьева // *Электронный научный журнал «Медицинская психология в России»*. – 2012. – №6 (17).
14. Fisak B. The prevention of anxiety in preschool-aged children: Development of a new program and preliminary findings / B. Fisak // *Mental Health & Prevention*. – 2014. – Vol. 2. – Is. 1 – 2. – P. 18 – 25.
15. Ганюк И. Ю. Снижение уровня тревожности у детей старшего дошкольного возраста в процессе формирования социальной успешности / И. Ю. Ганюк // *Психология и педагогика: современные методики и инновации, опыт практического применения*. Сборник материалов VI-й международной научно-практической конференции (26.09.2014 г. Липецк) / Отв. Ред. Е. М. Мосолова. – Липецк: «радуши», – 2014. – 116 с.
16. Волгуснова Е. А. Взаимосвязь показателей тревожности и неуверенности у дошкольников и младших школьников / Е. А. Волгуснова // *Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия Гуманитарные науки: Педагогика. Психология. Социальная работа. Акмеология. Ювенология. Социокинетика*. – 2015. – №1. – Т. 21. – С. 67 – 70.
17. Дмитріюк Н. С. Проблема тривожності у старших дошкільників: деякі емпіричні кореляції та індикатори / Н. С. Дмитріюк // *Актуальні проблеми психології*. – 2015. – Т. 10. – Вип. 27. – С. 133 – 143.
18. Розе А. В. Профилактика тревожности у детей старшего дошкольного возраста (результаты опытно-экспериментальной работы) / А. В. Розе // *Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. Ст. По мат. XXXIII междунар. Студ. Науч.-практ. Конф.* (16.06.2015, г. Новосибирск). – 2005. – №6 (33).
19. Немов Р. С. Кн.3. Психодиагностика / Р. С. Немов. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2001. – 4-е изд. – 640 с.
20. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов [Серия «Учебник нового века»] / Л. Ф. Бурлачук. – спб.: Питер, 2006. – 351 с.
21. Карелин. А. А. Большая энциклопедия психологических тестов / А. А. Карелин. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
22. Костина Л. М. Методы диагностики тревожности / Л. М. Костина. – спб.: Речь, 2005. – 198 с.
23. Габрунер М. Эмоционально-личностный тест «Сказка» / М. Габрунер // *Электронный журнал Обруч.ru*. – 2003. – №2. – Режим доступа: <http://www.obruch.ru/index.php?id=8&n=27&r=6>.
24. Ширинская Н. Е. Специфика современных условий социализации / Н. Е. Ширинская // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. Ст. По матер. III междунар. Науч.-практ. Конф.*, 2015, Г. Новосибирск. – Новосибирск: сбк. – №6 (52). – Режим доступа: <http://sibac.info/conf/pedagog/liii/42446>.



25. Мазурова Н. В. Взаимосвязь тревожности детей дошкольного возраста и стиля семейного воспитания / Н. В. Мазурова, Ю. А. Трофимова // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – №3. – Том 12. – С. 82 – 88.
26. Попова Т. А. Взаимосвязь детско-родительских отношений и тревожности дошкольника / Т. А. Попова, С. Сулейманова // Фундаментальные исследования. – 2012. – №11 – 5. – С. 1145 – 1148.
27. Токарева В. О. Особенности проявления тревожности и агрессивности у детей старшего дошкольного возраста в зависимости от детско-родительских отношений / В. О. Токарева // Фундаментальные исследования. – 2013. – №8 – 4. – С. 970 – 973.
28. Тарновска-Якобец У. Я. Особенности социализации детей с дистантным отцовством: на примере семей моряков и рыбаков дальнего плавания: дис. ... док. Пед. Наук: 13.00.01 / У. Я. Тарновска-Якобец – М., 2006. – 354 с.
29. Великова С. А. Влияние отношений матери на тревожность у детей дошкольного возраста / С. А. Великова // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия Гуманитарные науки: Педагогика. Психология. Социальная работа. Акмеология. Ювенология. Социокинетика. – 2010. – №3. – Т. 16. – С. 150 – 152.
30. Клишин С. И. Эмпирический анализ социализации детей в неблагополучных семьях / С. И. Клишин // Научное сообщество студентов XXI столетия. Общественные науки: сб. ст. по мат. XVI междунар. Студ. Науч.-практ. Конф. (14.01.2014, г. Новосибирск). – 2014. – №1(16). – Режим доступа: <http://sibac.info/studconf/social/xvi/36154>.
31. Кон І. С. Дитина і суспільство / І. С. Кон. – М., 2008. – 329с.
32. Шишкина Е. В. Семейная социализация: проблема определения / Е. В. Шишкина // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. – 2009. – Вып. 3. – СПб.: Изд-во АНО «ИПП». – С. 91 – 95.
33. Смелзер Н. Социология / Н. Смелзер. – М.: Пер. С англ., 1994. – 688 с.
34. Спирина А. В. Культура телевосприятия как средство нивелирования у дошкольников тревожности возникшей под влиянием просмотра ими телепередач со сценами насилия / А. В. Спирина // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия Гуманитарные науки: Педагогика. Психология. Социальная работа. Акмеология. Ювенология. Социокинетика. – 2014. – №1. – Т. 20. – С. 83 – 86.
35. Спирина А. В. Соотношение уровней культуры телевосприятия и уровня чувства страха, агрессии и тревожности у дошкольников / А. В. Спирина // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. – 2009. – №2. – Т. 15. – С. 349 – 352.
36. Кравченко А. И. Культурология: Учебное пособие для вузов. – 3-е изд. / А. И. Кравченко. – М.: Академический проект, 2002. – 496 с.
37. Жукова Д. А. Влияние детской журналистики и СМИ на групповое и индивидуальное сознание детей: дис. ... канд. Филос. Наук: 09.00.11 / Д. А. Жукова. – Краснодар, 2012. – 166 с.
38. Емченко Е. П. Жизненный мир повседневности человека в контексте современной телевизионной рекламы: дис. ... канд. Филос. Наук: 09.00.13 / Е. П. Емченко. – Челябинск, 2011. – 171 с.
39. Антонова О. В. Роль детских дошкольных учреждений в социализации детей в условиях трансформации общества: дис. ... канд. Соц. Наук: 22.00.04 / О. В. Антонова. – Уфа, 2006. – 122 с.
40. Вальнер Н. А. Социализация дошкольника в семье и образовательных учреждениях: дис. ... канд. Соц. Наук: 22.00.04. / Н. А. Вальнер. – М., 2006. – 152 с.

## КЛИНИКА И ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНОГО СПЕКТРА

**Б. В. Михайлов<sup>1</sup>, Т. С. Черная<sup>2</sup>,**

**КЛІНІКА ТА ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ РОЗЛАДІВ ТРИВОЖНОГО СПЕКТРУ**

***B. Mykhaylov<sup>1</sup>, T. Chornaya<sup>2</sup>,***

***CLINIC AND PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY ANXIETY SPECTRUM DISORDERS***

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

<sup>2</sup> Винницкая областная психоневрологическая больница им. О.и. Ющенко.

<sup>1</sup> *Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy;*

<sup>2</sup> *Vinnitsa Regional Psychoneurological hospital a.i. Yuschenko.*

Статья поступила в редакцию 04.10.2016.

### **Резюме**

**Целью работы** было определение особенности нарушений эмоциональной сферы у больных тревожными расстройствами различной нозосиндромальной принадлежности.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное исследование 115 больных, которые распределялись на 3 группы: I группа – 27 больных с паническим расстройством (ПР), II группа – 21 больной с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), III группа – 67 больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР).

**Результаты.** Установлено, что у больных I группы наиболее выраженными были пароксизмальные проявления, у больных III группы – перманентные. II группа занимает промежуточное положение. По данным патопсихологического исследования у больных всех трех групп определялись высокие показатели личностной тревожности и реактивной тревоги.

**Выводы.** На основании полученных данных была построена дифференцированно-интегративная модель психотерапии с применением когнитивно-бихевиоральной (КБТ) и групповой психотерапии. После проведенной системы психотерапии значительное улучшение было достигнуто у 72% больных I группы, 68% больных II группы, 78% больных III группы.

### **Ключевые слова**

тревожные расстройства, эмоциональные нарушения, психотерапевтическая коррекция.

### **Резюме**

**Метою роботи** було визначення особливостей порушення емоційної сфери у хворих тривожними розладами різної нозосиндромальної приналежності.

**Матеріали і методи.** Було проведено комплексне дослідження 115 хворих, які розподілялися на 3 групи: I група – 27 хворих з панічним розладом (ПР), II група – 21 хворий на генералізований тривожний розлад (ГТР), III група – 67 хворих зі змішаним тривожно-депресивним розладом (ЗТДР).

**Результати.** Встановлено, що у хворих I групи найбільш вираженими були пароксизмальні прояви, у хворих III групи – перманентні. II група займає проміжне положення. За даними патопсихологічного дослідження у хворих всіх трьох груп визначалися високі показники особистісної тривожності і реактивної тривоги.

*Висновки. На підставі отриманих даних була побудована диференційовано-інтеграційна модель психотерапії із застосуванням когнітивно-біхевіоральної (КБТ) і групової психотерапії. Після проведеної системи психотерапії значне поліпшення було досягнуто у 72% хворих I групи, 68% хворих II групи, 78% хворих III групи.*

**Ключові слова**

*тривожні розлади, емоційні порушення, психотерапевтична корекція.*

**Resume**

*The aim of the research was to determine peculiarities of emotional disturbances of patients with anxiety disorders of different nososyndromal origin.*

*Materials and methods. Complex examination of 115 patients was conducted. They were divided into 3 groups: group I - 27 patients with panic disorder (PD), group II - 21 patient with generalized anxiety disorder (GAD) and group III - 67 with mixed anxiety-depressive disorder (MADD).*

*Result. It was established that patients of group I featured paroxysmal manifestations and patients in group III - the permanent ones. Group II occupied an intermediate position. According to pathopsychological study, patients of all three groups had high rates of personal anxiety and reactive anxiety.*

*Conclusion. Based on the research data, a differential psychotherapy model with the cognitive-behavioral therapy (CBT) and group therapy (GT) was developed. Upon undergoing system mental therapy, increased improvement was evidences by 72% of group I patients, 68% of group II patients and 78% of group III patients.*

**Keywords**

*anxiety disorders, emotional disturbances, psychotherapy correction.*

На протяженні последнего десятилетия в мире сохраняется устойчивая тенденция к прогрессирующему росту невротических расстройств, прежде всего тревожного спектра. В их структуре значительное место занимают эмоциональные нарушения с соответствующими соматовегетативными проявлениями. В Украине наблюдается такая же ситуация [1 – 3].

Известно, что тревожные расстройства (ТР) по своей распространенности и последствиям могут быть в полной мере отнесены к числу социально значимых гетерогенных расстройств, которые представляют собой одну из важнейших общемедицинских проблем [4 – 7]. По данным Европейского эпидемиологического исследования 1 – 5,2% населения страдают ТР [2, 3, 8, 9], при этом распространенность тревожных расстройств в структуре расстройств психики и поведения составляет 13,6% [2, 9, 10].

Актуальность проблемы определяется распространенностью данной патологии психической сферы, тяжестью субъективных переживаний больных со снижением качества жизни и уровня социального функционирования, прогрессирующим течением у 70% больных и резистентностью к терапии [11 – 13]. В большинстве случаев при ТР наблюдается феномен взаимного отягощения в виде сочетания нарушений психической активности, субъективных эмоциональных переживаний негативного характера и соматовегетативных компонентов [14 – 17].

В соответствии МКБ-10 ТР относятся к кластеру f4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства [8, 18, 19]. В структуре тревожных расстройств значительное место по распространенности, а главное – по субъективно переживаемой тяжести занимают панические расстройства (ПР). Не менее значительное место занимают смешанные тревожно-депрессивные расстройства (СТДР) и генерализованные тревожные расстройства (ГТР) [2, 14, 20, 21].

ПР обычно возникают на фоне predispositional психогенных (конфликтной ситуации), а также биологических (гормональная перестройка, соматические заболевания и т.д.) факторов.

Наряду с этим, в общих диагностических критериях ПР указано, что панические атаки (ПА) развиваются вне всякой связи с текущими психологическими факторами. Нерешенным является вопрос доминирующего патологического компонента при СТДР – тревожного или депрессивного. В структуре ГТР недостаточно определено соотношение перманентных и пароксизмальных проявлений.

В то же время, многие авторы указывают на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющих у них нарушений психической сферы [4, 5, 18, 19, 22].

Эффективность терапии пациентов с патологической тревогой достаточно невысока, что связано с недостаточным применением комплексного подхода к лечению. Это обусловлено различными факторами, в том числе недооценкой их распространенности и возможных тяжелых последствий хронизации [2, 8].

Все вышеизложенное обусловило проведение нашего исследования, целью которого была сравнительная характеристика эмоциональных нарушений и типологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами различной нозосиндромальной принадлежности.

Исследование проводилось 115 пациентам, которые были распределены на 3 группы. I группа – 27 пациентов с паническим расстройством (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога (f41.0)). II группа – 21 пациент с генерализованным тревожным расстройством (ГТР) (f41.1). III группа – 67 пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР) (f41.2).

В обследовании использовались следующие методы: клинко-анамнестический, клинко-психопатологический и статистический. Применялись методики патопсихологического исследования: уровень личностной тревожности и реактивной тревоги изучался по шкале самооценки (Spilberger C.D., в адаптации Ю.Л.Ханина, 1971), личностный опросник Айзенка (epi), шкала Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, исследования акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека. Проведенное исследование позволило определить структуру проявлений и общие закономерности формирования тревожных расстройств невротического регистра.

Психопатологическая структура тревожных расстройств во всех выделенных группах имела свои количественные и качественные особенности.

У больных I группы (с ПР) преобладали расстройства пароксизмального характера. Пароксизмы начинались внезапно, с переживанием чувства критически нарастающего интенсивного страха. В структуру пароксизма входили вегетативные симптомы: тахикардия, гипергидроз, сухость во рту; вегето-висцеральные симптомы: затрудненное дыхание, ощущение удушья, чувство дискомфорта или боли в грудной клетке, тошнота или неприятные ощущения в области брюшной полости, приливы жара и озноб, парестезии; идеаторно-эмоциональные симптомы: головокружение, атаксия, тошнота, слабость с элементами дереализации, деперсонализации, страх безумия, смерти, потери самоконтроля или потери сознания. У этих больных перманентные проявления наблюдались в структуре ведущих психопатологических синдромов: астенического (у 20% больных), тревожно-депрессивного (у 33% больных), ипохондрического (у 47% больных).

Во II группе больных (с ГТР) наблюдались преимущественно перманентные проявления, которые характеризовались астеническими, тревожными и субдепрессивными симптомами. Они входили в структуру различных синдромов: тревожно-фобического – у 31%; астено-депрессивного у 16%; астено-ипохондрического – у 16%; астено-тревожного – у 21%, астенического – у 14% больных.

Больные III группы (с СТДР) занимали промежуточное место по клиническим проявлениям. У них наблюдались достаточно умеренные пароксизмальные проявления с идеаторно-эмоциональными и соматовегетативными составляющими. Перманентные проявления наблюдались в структуре тревожно-депрессивного (у 68% больных), тревожно-фобического (у 22% больных) и тревожно-ипохондрического (у 10% больных) синдромов.

В результате психодиагностического исследования были получены следующие **результаты**.

По данным методики Спилбергера – Ханина у большинства пациентов наблюдался высокий уровень реактивной тревожности во всех трех группах (средний показатель представленности –  $88,76 \pm 6,48\%$ ), который был наиболее представленным у пациентов с ГТР ( $95,24 \pm 4,17\%$ ). Уровень личностной тревоги был высоким у  $52,15 \pm 4,99\%$  больных с ПР, и у  $57,14 \pm 1,39\%$  пациентов с ГТР соответственно.

Анализ данных, полученных с помощью опросника EPI, указывает на доминирование низкого уровня нейротизма, который был зарегистрирован в  $93,46 \pm 2,67\%$ . Также обращает на себя внимание преобладание интровертированности  $57,67 \pm 9,26\%$ , которая была наиболее выражена у пациентов с ГТР ( $66,67 \pm 19,44$ ). Экстравертированность преобладала у пациентов с ПР ( $51,85 \pm 2,00\%$ ).

Сопоставительная оценка показателей по шкалам нейротизма и экстраверсии (интроверсии) позволила провести анализ типов темперамента. Преобладание меланхолического и холе-

рического типов темперамента было наиболее выражено у больных всех трех нозологических групп.

По данным полученным с помощью шкалы Гамильтона (hdrs) для оценки депрессии у 59,26 ± 9,60% больных I группы (с ПР), и у 42,86 ± 1,38% больных II группы (с ГТР) был выявлен легкий уровень депрессии. У пациентов больных III группы (с СТДР) преобладали легкий уровень у 67,16 ± 1,69% и умеренный уровень у 29,85 ± 5,54% пациентов соответственно.

По данным полученным с помощью исследования акцентуации личности по методике К. Леонгарда – Г. Шмишека, значительное преимущество тревожного типа наблюдалось у больных II группы (с ГТР) (52,38 ± 6,15%) и больных I группы (с ПР) (40,74 ± 2,20%). Эмотивный тип преобладал у больных III группы (с СТДР) (38,82 ± 2,86%).

Данные обследования стали основой в разработке концептуального подхода и построения патогенетически обоснованной системы психотерапии пациентов с тревожными расстройствами невротического регистра с учетом эмоциональных и личностно-типологических особенностей.

Принципами проведения психотерапии были:

1. Партнерство психотерапевта и пациента.
2. Этапность воздействий и усложнение применяемых методик.
3. Апелляция к положительным чертам личности.
4. Применение когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), как базовой.
5. Обучение навыкам ауторегуляции эмоций отрицательного спектра: тревоги, депрессии.
6. Коррекция социальных установок.
7. Обучение рациональным копинг-стратегиям.

Основным методом психотерапевтической коррекции нарушений эмоциональной сферы в виде фобически-депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств была когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Групповая психотерапия применялась для формирования социальных установок и рациональных копинг-стратегий. Она сочеталась с элементами рациональной, суггестивной и семейной психотерапии.

Система психотерапии реализовывалась в 4 этапа.

I Этап «Оценка психоэмоционального состояния» – начинался с момента поступления больного в стационар и был направлен на определение состояния эмоциональной сферы и мишеней психо-коррекции (1 сессия).

II Этап «Формирование комплаенса» – включал в себя мероприятия по формированию комплаенса, первичного установления психологического контакта и формирования положительной мотивации к лечению (2 сессии).

III Этап «Психотерапия и психокоррекция» – включал индивидуальную и групповую психотерапию, направленные на формирование активной жизненной стратегии, изменение самовосприятия путем осознания смысла жизни и его качества, наличия важной стратегической цели (10 сессий). IV этап «Суппортивное психологическое сопровождение» – включал 4 сеанса индивидуальной психотерапии с элементами семейной психокоррекции.

Оценка эффективности проведенной системы показала следующее. У больных всех 3-х групп произошла положительная клиническая динамика. Уменьшились субъективные переживания тревожного спектра и соматовегетативная симптоматика.

По данным патопсихологического исследования наиболее положительная динамика была достигнута по показателям реактивной тревоги во всех 3-х группах больных.

В целом значительное улучшение было достигнуто у 72% больных I группы, у 68% больных II группы и у 78% больных III группы.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология. – 2005. – №8 – С. 38 – 44.

2. Пинчук И. Я. Распространенность психических расстройств в Украине // Журн. АМН України. – 2010. – Т. 16, №1. – С. 168 – 176.
3. Смулевич А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин. – М.: МИА, 2005. – 778с.
4. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / М. Н. Долженко // Практична ангіологія. – 2006. – Т.2, №1. – С. 17 – 23.
5. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов. – Кишинев: Штиинца, 1988. – 165 с.
6. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. Руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Х.: Прапор, 2002. – 108 с.
7. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // нейронews. Психоневрология и нейропсихиатрия. – 2010. – №5 (24). – С. 83 – 90.
8. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус. – К.: Сфера, 1997. – 104 с.
9. Карфhammer Н.-Р. Concept of somatoform disorder / Н.-Р. Карфhammer // Journal of The Europe Psych. Ass. – 2011. – Vol. 26, Suppl. 1. – P. 63.
10. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2013. – Т. 8. №4 (32). – С. 3 – 7.
11. Юрьева Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 32 – 33.
12. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey / E. J. Bromet, S. F. Gluzman, V. I. Panioitio [et al.] // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2005. – Vol. 40. – P. 681 – 690.
13. Prevalance, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. S. Kessler, W.N. Chui, J. Demler [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2005. – 62. – P. 617 – 127.
14. Напрєєнко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О.К. Напрєєнко // Укр. Вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22 – Вип. 1 – №(78) 2 – С. 18 – 22.
15. Хаустова Е. А. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко // Международный неврологический журнал. – 2012. – №2 (48). – С. 33 – 37.
16. The esemed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of Mental disorders in Europe. Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (esemed) project // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – Vol. 109, Suppl. 420. – P. 21 – 27.
17. The epidemiology of anxiety disorders / J. Comer, M. Olfson / Н. Simpson, Y. Neria, R. Levis-Fernandez, F. Schneier (Eds.) // Anxiety disorders. – Cambridge, 2010.
18. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. С англ. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – К.: Сфера, 1997. – Т. 2. – 435 с.
19. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник / В. Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
20. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. S. Kessler, B. Berglund, O. Demler [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – P. 593 – 602.
21. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве/ П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лимакин [и др.] // Укр. Вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22 – Вип. 1 (78) – 2014. – С. 11 – 17.
22. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Пер. С нем. / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М., 1999. – 376 с.

**В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов,**

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»

Днепропетровского областного Совета.

*ME «Dnepropetrovsk clinical psychiatric hospital» Dnepropetrovsk Regional Council.*

## ОПЫТ РАБОТЫ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С БОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ИЗ ЗОНЫ АТО

**В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов,**

ДОСВІД РОБОТИ НАДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ І ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'ЯМ З ХВОРИМИ ДІТЬМИ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ І ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ З ЗОНИ АТО

**V. M. Rahmanov, R. V. Rahmanov,**

EXPERIENCE IN PROVIDING MEDICAL AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION ASSISTANCE TO FAMILIES WITH SICK CHILDREN WITH DISABILITIES AND FUNCTIONALITY FROM ATO ZONE

Статья поступила в редакцию 05.10.2016.

### Резюме

*Цель исследования - изучения выраженности невротических и соматоформных расстройств у семей из зоны АТО.*

*Материалы и методы. Нами было обследовано 100 семей, имеющих детей с различными формами аутизма (А) и аутистического круга расстройств (АКР). Из них 65 матерей, 30 бабушек и 5 отцов, сопровождающих этих детей при проведении медицинской и психосоциальной реабилитации в нашей клинике. Всем этим больным детям диагноз был установлен до начала боевых действий. Эти дети были непосредственными свидетелями тех или иных событий в зоне АТО. В обследуемой группе 56 детей мужского и 44 женского пола, возрастом от 2 до 12 лет.*

*Результаты. Представлены научно обоснованные результаты и наблюдения из собственной практики по оказанию медицинской и психосоциальной реабилитационной помощи семьям с детьми из зоны АТО. Рассмотрены клинические случаи по применению интервенций среди детей с аутизмом и психогенно обусловленными расстройствами. Определены диагностические нюансы мишеней психотерапии исходя из органичной симптоматики психотравм, полученных детьми и их близким окружением в зоне АТО.*

*Выводы. В системе реабилитации семей, проживающих в зоне АТО, особое внимание и место должны занимать семьи, имеющих больных, в частности, детей с ограниченными физическими и психическими расстройствами. Эти семьи должны быть под особым контролем специалистов и периодически с ними должна проводиться поддерживающая терапия. При необходимости психотерапевтические мероприятия проводятся в сочетании с биологическими методами.*

### Ключевые слова

*психосоциальная реабилитация, семейная психотерапия, дети с ограниченными функциями, аутизм, невроз, психосоматические расстройства у*

	<p>детей.</p> <p><i>Мета дослідження - вивчення вираженості невротичних і соматоформних розладів у сімей із зони АТО.</i></p> <p><i>Матеріали та методи. Нами було обстежено 100 сімей, що мають дітей з різними формами аутизму (А) і аутичного кола розладами (АКР). З них 65 матерів, 30 бабусь і 5 батьків, які супроводжують цих дітей під час проведення медичної та психосоціальної реабілітації в нашій клініці. Всім цим хворим дітям діагноз був встановлений до початку бойових дій. Ці діти були безпосередніми свідками тих чи інших подій в зоні АТО. У обстежуваній групі 56 дітей чоловічої і 44 жіночої статі, віком від 2 до 12 років.</i></p> <p><i>Результати. Представлено науково обґрунтовані результати і спостереження з власної практики з надання медичної та психосоціальної реабілітаційної допомоги сім'ям з дітьми із зони АТО. Розглянуто клінічні випадки щодо застосування інтервенцій серед дітей з аутизмом і психогеннообумовленими розладами. Визначено діагностичні нюанси мішенів психотерапії виходячи з органічної симптоматики психотравм, отриманих дітьми і їх близьким оточенням в зоні АТО.</i></p>
<b>Резюме</b>	
<b>Ключові слова</b>	<i>психосоціальна реабілітація, сімейна психотерапія, діти з обмеженими функціями, аутизм, невроз, психосоматичні розлади у дітей.</i>
<b>Resume</b>	<p><i>The aim of the study was to study the severity of neurotic and somatoform disorders in families from the ATO area.</i></p> <p><i>Materials and methods. We examined 100 families with children with various forms of autism (A) and autistic circle disorders (ACP). These included 65 mothers, 30 grandmothers and 5 fathers, who accompany the children during medical and psychosocial rehabilitation in our clinic. All these sick children were diagnosed before the outbreak of hostilities. These children were direct witnesses of certain events in the ATO area. In the study group, there are 56 male and 44 female children, aged 2 to 12 years.</i></p> <p><i>Results. As a result, scientifically-based findings and observations from personal experience of provision of medical and psychosocial rehabilitation assistance to families with children from the area ATO were presented. We reviewed clinical cases of interventions among children with autism and psychogenic disorders and defined diagnostic nuances of the therapy targets based on symptoms of organ psychotrauma of children and their families in the surrounding area of the ATO.</i></p> <p><i>Conclusions. In the rehabilitation system of families living in the ATO area, special attention should be paid to families with sick members, including children with physical and mental disabilities. These families should be under special control of specialists and periodically should undergo support therapy. If necessary, psychotherapeutic measures are undertaken in combination with biological methods.</i></p>
<b>Keywords</b>	<i>psychosocial rehabilitation, family therapy, children with limited functions, autism, neurosis, psychosomatic disorders in children.</i>

Проблеми оказания адекватной медицинской и психосоциальной реабилитации семьям из зоны АТО являются одними из актуальных проблем психиатров, психотерапевтов, психологов.

Сравнительный анализ показывает, что у большинства семей из зоны АТО, в зависимости от интенсивности физических, психических и психологических перенапряжений, в дальнейшем можно диагностировать те или иные формы невротических и соматоформных расстройств.

Особенно чувствительны к негативным социально-психотравмирующим факторам семьи, имеющие детей с ограниченными физическими и психическими возможностями.

С целью изучения выраженности невротических и соматоформных расстройств у семей из зоны АТО нами было обследовано 100 семей, имеющих детей с различными формами аутизма (А) и аутического круга расстройствами (АКР). Из них 65 матерей, 30 бабушек и 5 отцов, сопровождающих этих детей при проведении медицинской и психосоциальной реабилитации в нашей клинике. Всем этим больным детям диагноз был установлен до начала боевых действий. Эти дети были не-



посредственными свидетелями тех или иных событий в зоне АТО.

В обследуемой группе 56 детей мужского и 44 – женского пола, возрастом от 2 до 12 лет. Ежедневные наблюдения и проведенные социально-психологические исследования по специально разработанному опроснику показали, что матери, отцы и другие члены семей, имеющих больных детей с ограниченными возможностями, в начале АТО имели негативный опыт в реабилитации этих детей. В частности, регулярное посещение врачей и отсутствие видимых результатов от проводимой терапии вызывало у родителей отчаяние, растерянность, недоверие к медикам и др. Характерно, что в густонаселенной зоне АТО, где проживает большая часть населения, уровень выраженности невротических и соматоформных расстройств был на много больше, чем у жителей отдаленных (малонаселенных) зон.

Здесь, видимо, имеет место индуцирование друг друга в связи с высоким уровнем коммуникации среди населения.

В связи с этим, кроме невротических расстройств, были выявлены социальная, медицинская и личностная дезадаптация, выражающаяся в растерянности и беспомощности, а также навалившиеся неожиданные конфликты, усугубившие их состояние.

Этот период длился от 10 до 30 и более дней.

После чего многие семьи (до 90%), не веря в такую «беду», думая, что «это временно», решили дожидаться прекращения «бомбёжек», 10% решились на самостоятельную эвакуацию в первые же дни «бомбёжек» и переехали к родственникам, проживающим в районах, отдаленных от боевых действий. Остальная часть (90%) «проживали» в укрытиях и ждали момента «возможного» перемирия и договоренности между участниками конфликта.

У 40 детей с А и АКР появились новые симптомы: в виде явления гиперактузии в связи с выстрелами, испугами. В частности, эти дети закрывали уши и испытывали дискомфорт от громких звуков. У них наблюдалось усиление поведенческих и коммуникативных расстройств.

Ребёнок В., 7 лет, диагноз: Аутизм, гиперактивно-сенситивная форма.

После проведенного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях нашей клиники наступили значительные улучшения и он был оформлен в массовую общеобразовательную школу с индивидуальным обучением.

После перенесенных переживаний (обстрелы) у ребенка резко ухудшилось поведение, появились страхи, нарушился сон, появилось ночное недержание мочи, выраженная гиперактивность и гетероагрессивное поведение к бабушке.

Во время повторного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий у ребенка улучшилось поведение и значительно уменьшилась интенсивность агрессии в отношении родных.

Однако сопровождающая бабушка постоянно была «в трауре», плакала. Оказалось, что её дочь с трехмесячным ребенком живут в зоне «обстрелов» в подвале. А между «обстрелами» она поднимается в квартиру, расположенную на первом этаже, чтобы помыть и покормить ребенка. Затем, в целях безопасности, она снова спускается в подвал.

Когда бабушка плакала, ребенок испытывал сильный дискомфорт, у него появлялась агрессия, учащались случаи недержания мочи, повышалась гиперактивность.

При этом у сопровождающей бабушки были некоторые негативные изменения личности после перенесенной катастрофы. Ранее она переживала из-за болезни ребенка, развода его родителей, лишения отца родительских прав. На фоне перенесенного у неё было диагностировано постравматическое стрессовое расстройство (f43.1). И новое «неожиданное» переживание катастрофически усугубило психосоматический статус бабушки и ребёнка.

После продолжительного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включающего в себя: когнитивную терапию, арт-терапию, музыкотерапию (на последнем этапе лечения, после прекращения явлений гиперактузии), иглорефлексотерапию, психофизический метод дозированной исключения зрительных раздражителей, стимуляцию левого полушария зон Брокке и Вернике, аурикулотерапию и др., поддерживающую терапию состояние ребенка значительно улучшилось. В частности прекратились: ночное недержание мочи, ауто- и гетероагрессия, нормализовалось поведение, ритм сна, прекратились явления гиперактузии.

Однако после выписки и возвращения к месту проживания состояние ребенка вновь ухуд-

---

шилось. Это было связано с перенесенными трудностями при переезде (в течение недели было прервано автомобильное сообщение), возобновлении обстрелов, ухудшения состояния из-за волнений и переживаний сопровождающей бабушки.

После проведения короткого курса терапии, они благополучно добрались до места проживания.

Однако мать решила устроить свою судьбу, избавиться от одиночества, вышла замуж за иностранца и уехала к нему на родину, оставив ребёнка на попечение бабушки. Состояние ребёнка вновь ухудшилось.

В настоящее время ребёнок находится под нашим наблюдением. В динамике наблюдается значительные улучшения в когнитивных и соматоформных процессах.

Особое внимание было обращено на здоровье других членов семьи, в частности детей, которые до АТО к врачам не обращались, и родители считали их вполне здоровыми.

После перенесенных переживаний «катастрофы» у этих детей наблюдались различные атипичные проявления психосоматических (невротических) расстройств.

В частности, у семей, имеющих детей до 1 года, впервые были выявлены рвотные рефлексы, подёргивания во время сна, нарушения функций ЖКТ (в частности, непережевывание пищи, метеоризм, задержка стула или, чаще, жидкий стул), у детей до 3-х лет – частый скрип зубами (бруксизм), метеозависимость, нарушение циркадности питания и сна, нарушение функций тазовых органов, в частности энурез, энкопрез, urgentное (императивное) мочеиспускание и кала и др.

У более старших детей было выявлено вегетативное расстройство, диссоциативное (конверсионное) расстройство, эмоциональное расстройство, начало которого характерно для детского возраста, компульсивные действия, невроз навязчивых состояний, ипохондрические и соматоформные расстройства и др.

При затянувшемся конфликте (более года), наиболее яркие признаками проявления соматоформных расстройств у детей младших возрастных групп выражались в: уменьшении либо увеличении массы тела и неравномерном распределении жировой ткани (бедро, ягодицы, грудные железы), кожных проявлениях (бледность, сосудистый рисунок, потливость или же отсутствие пота, неясные кожные высыпания: зуд, отек, проявления угрей или пигментации кожи, нейродермита, гиперемии (локальной), крапивнице), нарушении работы обменных и эндокринных систем, замедлении или ускорении полового созревания, в т.ч. Нарушении физиологических процессов (менструального цикла), нарушении терморегуляции (субфебрильная температура тела 37 – 38°C), нарушении функции сердечно-сосудистой системы (учащенное сердцебиение), понижении или повышении АД, метеозависимости, головокружении, нехватке воздуха, кашле неясного генеза (в частности, спазматический кашель), нарушении функций ЖКТ, боли в грудной клетке, в суставах, мышцах и др. На фоне хронического психофизического перенапряжения и усиливающихся, в частности, ярко выраженных невротических и вегетативных расстройств у родителей, была выявлена прямая связь в ухудшении состояния остальных членов семьи.

По данным разных источников в причинах психосоматических расстройств (неврозов) у детей, основное место занимают неадекватное (аномальное) воспитание [1] и неблагоприятные семейные условия, вызванные болезненным и неправильным поведением родителей [2, 3].

Изучение наследственности выявилоотягощенностьнейроциркуляторной дистонии (сердечно-сосудистое заболевание) более чем в 50 – 75% случаев среди родственников матери и 50 – 65% – среди родственников отца [4]. Существенное значение имеет фактор неблагоприятного течения беременности, отмеченный у 62– 95% женщин, дети которых в дальнейшем заболели вегето-сосудистой дистонией (ВСД) по гипертоническому типу.

Особенности проявления ВСД у детей, по сравнению со взрослыми, характеризуются тем, что в анамнезе у малышей более выражены астенические проявления и менее – психотравмирующие факторы. У некоторых детей при внимательном изучении анамнестических данных всегда можно выявить пери- или постнатальные патологии, черепно-мозговые травмы (например, в детстве ребенок упал со стола, стула, коляски), но без последствий. На самом деле родители просто не обратили внимания на слабо выраженную вегетативную симптоматику.

На фоне продолжающихся психотравмирующих ситуаций, у детей старших возрастов, в период полового созревания, эти симптомы принимают более выраженный вид, эмоциональную

---

окраску с нарушением поведения, снижением умственной и физической работоспособности и др. В динамике четко прослеживаются осложнения в психосоматическом статусе, с подключением незначительных и значимых психотравмирующих ситуаций.

Следует подчеркнуть, что на фоне обострения ничтожных психотравмирующих ситуаций наблюдались отдельные нозологические расстройства, например: энурез, энкопрез, заикание, тиковые расстройства и др. Родители вынуждены были обращаться к специалистам и до 60 детей подверглись всевозможным обследованиям и различным видам лечения. И у взрослых больных, и у многих родителей больных детей «вечные жалобы и страдания» на неэффективность и неизлечимость болезни в дальнейшем сочетались с активным поиском других методов и способов лечения. Прослеживалась четкая связь между этими расстройствами и переживаниями, перенесенными самими родителями.

Из-за сложности диагностики и полиморфности клинических проявлений психосоматических (пограничных) расстройств у детей, часто специалисты допускали ошибочные диагнозы и неадекватное лечение [5, 6].

При этом на фоне увеличивающихся неврологических расстройств растет число больных детей, у которых под влиянием упомянутых и других психогенных факторов возникают соматические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, кожи. Неврозы, психосоматические расстройства у детей всегда были и остаются предметом дискуссий в детской психиатрии, но чаще специалисты общего профиля незнакомы с этой проблемой.

В своей практике. Многие специалисты группируют их по отдельным возрастным периодам.

В связи с перенесенной психотравмой в период посещения школьных учреждений состояние детей ухудшилось, наблюдались такие психосоматические расстройства, как запор, понос, «раздраженный кишечник», боли в животе, циклическая рвота, отказ от жевания, анорексия и булемия, энкопрез, энурез, ожирение, нарушение сна, лихорадка. Чаще у детей 6 – 8 лет при интенсивном

Развитии роста наблюдается болевое ощущение. Подобное явление наблюдалось у 40– 50% детей, имеющих в анамнезе в перинатальном периоде психотравмирующие ситуации.

После перенесенных новых психотравмирующих ситуаций их состояние резко ухудшилось. При этом у родителей и подростков, кроме вышеперечисленных, к числу вышеперечисленных психосоматических расстройств добавились мигрень, «ростовые боли» (у подростков), рекуррентные боли меняющейся локализации, нарушения сна, приступы гипервентиляции, обмороки, выраженные вегетативные нарушения (у части больных – впервые), бронхиальная астма, нервная анорексия, булемия, ожирение, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, энурез, энкопрез, нейродермит, расстройства менструального цикла.

В своей классификации Zimprich h. (1984) у детей с психосоматическими расстройствами выделяет: психосоматические реакции, функциональные расстройства, психосоматические заболевания с органической манифестацией, специфические психосоматозы (колит, язва желудка и др.) [7].

В практике проявления психосоматических (пограничных) расстройств у детей принимают такой «чудовищный» характер, что порой самые опытные специалисты не могут разобраться в этих симптоматиках и подборе адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий.

В заключение следует отметить, что в системе реабилитации семей, проживающих в зоне АТО, особое внимание и место должны занимать семьи, имеющих больных, в частности, детей с ограниченными физическими и психическими расстройствами. И каждый специалист должен выполнять свой профессиональный и гражданский долг по оказанию медицинской и морально-психологической помощи семьям, проживающим в зоне АТО, не только в настоящее время, но и в будущем. Эти семьи должны быть под особым контролем специалистов и периодически с ними должна проводиться поддерживающая терапия. При необходимости психотерапевтические мероприятия проводятся в сочетании с биологическими методами.

---

---

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Гарбузов В. И. Неврозы у детей и их лечение / В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1977. – 272 с.
2. Симсон Т. П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение / Т. П. Симпсон. – М.: Медгиз, 1958. – 216 с.
3. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г. Е. Сухарева. – М., 1959. – Т. II. – 406 с.
4. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. Руководство для врачей / Д. Н. Исаев. – спб.: Издательство «Питер», 2000. – 512 с.
5. Рахманов В. М. Психотерапия и значимость психологических исследований в системе медицинской и психосоциальной реабилитации детей с аутизмом и аутического спектра расстройствами. Методические рекомендации / В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов. – Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2012. – 63 с.
6. Рахманов В. М. Семейный невроз – психосоматические и вегетативные расстройства у детей и взрослых / В. М. Рахманов, Р. В. Рахманов. – Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2015. – 388 с.
7. Zimprich H. Kinderpsychosomatik / H. Zimprich. – Stuttgart: Thieme, 1984. – 185 p.

## ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ, ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ГЕНДЕРНО ОБУСЛОВЛЕННОГО НАСИЛИЯ

**І. В. Романова,**

**ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ  
ВІД ГЕНДЕРНО ОБУМОВЛЕННОГО НАСИЛЬНИЦТВА**

**I. V. Romanova,**

**PSYCHOSOCIAL REHABILITATION, PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND PSYCHOTHERAPY  
PERSONS AFFECTED FROM GENDER-BASED VIOLENCE**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии.

*Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy.*

Статья поступила в редакцию 11.10.2016.

### **Резюме**

**Цель исследования** - усовершенствование модели оказания социальной и психотерапевтической помощи лицам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия.

**Материалы и методы.** Нами были обследованы с 2013 по 2016 гг. 68 женщин и 11 мужчин (из них 6 несовершеннолетних мальчиков, пострадавших от гендерно обусловленного насилия (ГОН) и домашнего насилия в возрасте 19 – 50 лет. В группе вмешательства проводилась психотерапия и длиннофокусная психосоциальная реабилитация всем 79 жертвам ГОН и домашнего насилия. Экспериментально-психологическое исследование включало методики: тест определения уровня реактивной и личностной тревожности шкалы C.D. Spielberger – Ханина; определение уровня нейротизма личностного опросника H.J. Eysenck, определения стиля поведения в конфликтной ситуации К. Томаса, тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН.

**Результаты.** В результате проведенного исследования сформированы основные направления и перспективы развития психолого-психотерапевтической помощи лицам, пострадавшим от гендерного насилия. Определены внутриличностные и межличностные особенности контингентов, которые выступают последующими мишенями психотерапии. Подобраны интервенции, учитывающие принципы этики и конструктивности в работе с людьми, имеющими трудности с жизнестойкостью, уверенностью и самооценкой, возникшими на фоне перенесенных стрессовых личностно обусловленных событий.

**Выводы.** Комплексный интегративный подход к психосоциальной реабилитации и психотерапии лиц, пострадавших от ГОН и домашнего насилия, представляется нам эффективным и требующий внимания в системе медико-психологической помощи лицам, пострадавшим от насилия в семье. Мы считаем, что необходимо в различных регионах Украины организовать структуру государственных медико-социальных центров для оказания комплексной помощи лицам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия, а также систему государственных шелтеров (приютов круглосуточного пребывания для пострадавших от насилия).

**Ключевые слова** *насилие в семье, гендерно обусловленное насилие, права человека, психосоциальная реабилитация, семейная психотерапия.*

**Резюме** **Мета дослідження** - удосконалення моделі надання соціальної та психотерапевтичної допомоги особам, які постраждали від гендерно зумовленого насильства.

**Матеріали та методи.** Нами були обстежені з 2013 по 2016 рр. 68 жінок і 11 чоловіків (з них 6 неповнолітніх хлопчиків, постраждалих від гендерно зумовленого насильства (ГОН) і домашнього насильства у віці 19 - 50 років. У групі втручання проводилася психотерапія і довгофокусна психосоціальна реабілітація всім 79 жертвам ГОН і домашнього насильства. Експериментально-психологічне дослідження включало методики: тест визначення рівня реактивної та особистісної тривожності шкали CD Spielberger - Ханіна; визначення рівня нейротизму особистісного опитувальника HJ Eysenck, визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації К. Томаса, тест диференціальної самооцінки функціонального стану САН.

**Результати.** Представлено основні напрямки та перспективи розвитку психолого-психотерапевтичної допомоги особам, які постраждали від гендерного насильства. Визначено внутрішньоособистісні та міжособистісні особливості контингентів, які виступають наступними мішенями психотерапії. Підібрані інтервенції, що враховують принципи етики та конструктивності в роботі з людьми, що мають труднощі з життєстійкістю, упевненістю і самооцінкою, що виникли на тлі перенесених стресових особистісно обумовлених подій.

**Висновки.** Комплексний інтегративний підхід до психосоціальної реабілітації та психотерапії осіб, які постраждали від ГОН і домашнього насильства, представляється нам ефективним і потребує уваги в системі медико-психологічної допомоги особам, які постраждали від насильства в сім'ї. Ми вважаємо, що необхідно в різних регіонах України організувати структуру державних медико-соціальних центрів для надання комплексної допомоги особам, які постраждали від гендерно зумовленого насильства, а також систему державних шелтерів (притулків цілодобового перебування для постраждалих від насильства).

**Ключові слова** *насильство в сім'ї, гендерно обумовлене насильство, права людини, психосоціальна реабілітація, сімейна психотерапія.*

**Resume** **The aim of the study** is to improve the model of social and psychotherapeutic assistance to individuals affected by gender-based violence.

**Materials and methods.** From 2013 to 2016, we examined 68 women and 11 men (including 6 underage boys) affected by gender-based violence (GBV) and domestic violence aged 19 to 50. In the intervention group, all 79 victims of GBV and domestic violence underwent psychotherapy and long-focus psychosocial rehabilitation. Experimental and psychological research included the following methods: test for determining the level of reactive and personal anxiety according to the CD Spielberger-Khanin scale; determining the level of neuroticism according to HJ Eysenck personal questionnaire; determining behavior style in the conflict situation of K. Thomas; and a test of differential self-assessment of the functional state of SAN.

**Results.** As a result of the study, main directions and perspectives of the development of psycho-psychotherapeutic assistance to persons affected by gender violence were developed. Intrapersonal and interpersonal features of contingents were determined, they are the next targets of psychotherapy. Selective interventions were identified that take into account principles of ethics and constructiveness in dealing with people who have problems with viability, confidence and self-esteem that have arisen against the background of stressful personal events.

**Conclusions.** A comprehensive integrative approach to psychosocial rehabilitation and psychotherapy of people affected by GBV and domestic violence seems to be effective and requires special attention in the system of medical and psychological

*assistance to victims of domestic violence. We believe that it is necessary to organize the structure of state medical and social centers in various regions of Ukraine to provide comprehensive assistance to persons affected by gender-based violence, as well as the state shelter system (24-hour shelters for victims of violence).*

**Keywords**

*domestic violence, gender-based violence, human rights, psychosocial rehabilitation, family therapy.*

Разработка, внедрение и усовершенствование модели оказания социальной и психотерапевтической помощи лицам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия, в последние 5 лет в Украине становится все более актуальной в связи с ростом случаев насилия в семье, а также насилия по признаку пола. Гендерно обусловленное насилие (ГОН) над прежде все женщинами имеет различные виды и формы, но их следствием всегда является психологическая и социальная дезадаптация, серьезный ущерб для здоровья, стойкое снижение качества жизни, не только женщины, но и членов ее семьи.

Учитывая курс Украины на европейскую интеграцию, предусматривающую 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 особую социальную и практическую значимость. По данным Министерства социальной политики Украины, в 2014 году по всей территории Украины зафиксировано около 103 000 случаев насилия в семье. Жертвами ГОН, в основном выступают женщины. Проблемы психосоциальной реабилитации и психотерапии 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.

Несомненно, в 2013 – 2016гг. Назрела необходимость ратификации Верховной Радой Украины Стамбульской Конвенции Совета Европы о предотвращении насилия в отношении женщин и домашнего насилия и реализации Национального плана действий по выполнению Резолюции Совета Безопасности ООН 1325 «женщины, мир, безопасность».

Согласно ст. 3 Стамбульской Конвенции Совета Европы: «насилие в отношении женщин – это нарушение прав человека и форма дискриминации в отношении женщин и означает все акты насилия в отношении женщин по гендерному признаку, результатом которых является или может быть физическое, сексуальное, психологическое или экономический ущерб или страдания в отношении женщин, в том числе угрозы таких действий, принуждение или произвольное лишение свободы, независимо от того, происходит ли это в публичном или частном жизни». Среди форм насилия в отношении женщин выделяют: принудительный брак, преследование, насилие, связанное с приданым; физическое, психологическое насилие в семье, сексуальное насилие по отношению к девочкам /женщинам, изнасилование в браке; внебрачное насилие; насилие, связанное с эксплуатацией, торговля женщинами и принудительная проституция; женское обрезание, другие традиционные практики, наносящие ущерб женщинам; принудительные беременность, аборт и стерилизация; сексуальные домогательства, запугивания на работе и в образовательных учреждениях; насилие со стороны или при попустительстве государства.

Однако если правильно понимать и применять термин гендерно обусловленное насилие, то не следует забывать, что и в отношении мужчин и мальчиков также имеются случаи ГОН.

Большинство насильственных действий по отношению к лицам, пострадавшим от ГОН совершается в случаях, когда семья часто меняет место жительства, члены семьи злоупотребляют алкоголем или наркотическими веществами, семьи являются неполными, в семье дети воспитываются отчимом.

Нами были обследованы с 2013 по 2016 г. 68 женщин и 11 мужчин (из них 6 несовершеннолетних мальчиков, пострадавших от ГОН и домашнего насилия в возрасте 19 – 50 лет, 23 женщины были из группы ВПЛ. В группе вмешательства проводилась психотерапия и длиннофокусная психосоциальная реабилитация всем 79 жертвам ГОН и домашнего насилия. 59% пострадавших

---

перенесли физическое насилие в виде побоев, ушибов, травм, порезов, 100% – психологическое давление в виде угроз и оскорблений, 6% – экономическое насилие, 7% перенесли сексуальное насилие.

Формой психологического давления на пострадавшего человека зачастую являлось манипулирование интересами ребёнка 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. Spielberger – 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: они сами испытывали раздражительность, вспыльчивость, гнев. Часто их агрессивность проявлялась в конфликтности, а вспышки их гнева не имели видимой причины и часто отражались на детях. Большинство же пострадавших проявляли пассивность, подчиняемость, не могли защитить свои интересы и интересы детей, у них формировалась психологическая зависимость от общения с агрессором в семье. Часто в проявлениях насилия над собой пострадавшие от ГОН с сформированными виктимными чертами характера видели внимание и проявления любви к себе. И в том, и в другом случае нарушалась коммуникация с членами семьи, снижалась самооценка женщины и её ребёнка. Женщины с низкой самооценкой переживали чувство вины, стыда. Для них были характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, невозможности изменить и контролировать ситуацию. Анализ показателей эмоционального состояния у пациентов, характеризовавших взаимоотношения в своей семье как неудовлетворительные, показал, что у последних чаще диагностировались низкие показатели настроения (+30%), высокий уровень нейротизма (+21%), значительная реактивная (+31%) и личностная (+26%) тревожность.

Проявления невротических расстройств у пострадавших в 34% случаев наблюдались в виде острой реакции на стресс, у 28% наблюдались сочетанные расстройства сна, у 19% пострадавших – неврастенический синдром, у 10% – расстройства адаптации, у 7% пациентов – смешанное тревожно-депрессивное, а у 9% – посттравматическое стрессовое расстройство. Проявления соматоформных расстройств отмечались в 17% случаев преимущественно с нарушением сердечно-сосудистой системы и дыхательной системы.

Принципы социально-психологической реабилитации и психотерапии женщин и членов их семей соответствовали этапности, комплексности, приемственности, последовательности. Нами применялись следующие методы: психологическое консультирование; суггестивная; системная семейная; рациональная и когнитивная, поведенческая психотерапия. Комплексная терапия и реабилитация была направлена на оценку психотравмирующей ситуации и формирования новых представлений о ней и выработку адекватных форм реагирования и поведения, профилактику формирования виктимных черт личности у пострадавших. Надо отметить, что когда ребёнок является свидетелем домашнего насилия, это также вызывает психосоциальную дезадаптацию и невротизацию ребёнка, нарушает его представление о семье как безопасном месте проживания и взросления.

Психологическое консультирование решало задачи разрешения трудностей пострадавшего лица через создание условий для выражения сильных эмоций, приобретения им чувства контроля над собой, четкого определения актуальных проблем, создания оснований принятия пациенткой себя и пережитого психотравмирующего события.

В системной семейной психотерапии мы фокусировались на возможности адаптации пострадавших и членов их семьи, привлечении членов семьи к выражению своих эмоций и переживаний,



---

акцентировании на сильных качествах личности членов семьи, формировании новых возможностей коммуникации членов семьи, анализе перспектив, определении планов семьи, профилактике рецидивов насилия, контроле агрессивного поведения членов семьи, своевременное лечение любых видов зависимостей.

Социальная реабилитация состояла в создании условий для безопасного проживания пострадавшего и детей, социальной адаптации в новых условиях и месте проживания, восстановления утраченных документов, социального статуса пострадавшего, социального сопровождения семей, где зафиксированы случаи ГОН и домашнего насилия.

В итоге у 94% пострадавших от ГОН редуцировались проявления невротических и соматоформных расстройств, было достигнуто повышение самооценки, уверенности в себе, улучшение самочувствия, также улучшился психологический климат во всех семьях.

Комплексный интегративный подход к психосоциальной реабилитации и психотерапии лиц, пострадавших от ГОН и домашнего насилия, представляется нам эффективным и требующий внимания в системе медико-психологической помощи лицам, пострадавшим от насилия в семье.

Мы считаем, что необходимо в различных регионах Украины организовать структуру государственных медико-социальных центров для оказания комплексной помощи лицам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия, а также систему государственных шелтеров (приютов круглосуточного пребывания для пострадавших от насилия).

УДК 612.8 – 159.9

**А.П. Чуприков, В.Д. Мишиев, Н.М. Марканов, В.В. Старагин, Е.Е. Кушнирская, Н.Ю. Василевская, Т.В. Черная,**

## УКРАИНСКИЕ ДЕЛЬФИНАРИИ И ИХ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ

**А.П. Чуприков, В.Д. Мишиев, Н.М. Марканов, В.В. Старагин, Е.Е. Кушнирская, Н.Ю. Василевская, Т.В. Черная,**

**УКРАЇНСЬКІ ДЕЛЬФІНАРІЇ ТА ЇХ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ФУНКЦІЯ**

**A. Chuprikov, V. Mishiev, N. Markanov, V. Staragin, E. Kushnirskaya, N. Vasilevskaya, T. Chorna, UKRAINIAN DOLPHINARIUMS AND THEIR SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FUNCTIONS**

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика;  
Международное объединение дельфинариев «Немо»

National Medical Academy of postgraduate education named after P.I. Shupik;  
International Association Dolphinarium «Nemo».

Статья поступила в редакцию 06.10.2016.

### **Резюме**

*Взаимоотношения человека и природы в ххi веке претерпевают изменения. Городской стиль жизни людей, исчезновение многих видов животных, засилье информационного потока, сложная социально-психологическая обстановка в стране – все это усложняет жизнь современного украинца. Дельфинарии «Немо» являются в этом плане тем фактором, который знакомит людей с миром морских животных и одновременно улучшает и выравнивает настроение зрителей.*

*Применение дельфинотерапии оздоравливает детей с особыми потребностями, является утвержденным Минздравом лечебно-реабилитационным фактором. Таким образом, дельфинарии играют важную роль в улучшении социально-психологической атмосферы в обществе, способствует знакомству подрастающего поколения с редкими видами животного мира, воспитывает любовь к животным.*

### **Ключевые слова**

*Дельфинотерапия, дельфинарии, социально-психологическая функция, анималотерапия, детская реабилитация.*

### **Резюме**

*Взаємини людини і природи в ххi столітті зазнають змін. Міський стиль життя людей, зникнення багатьох видів тварин, засилля інформаційного потоку, складні соціально-психологічні обставини в країні – все це ускладнює життя сучасного українця. Дельфінарії «Немо» є в цьому плані тим фактором, що знайомить людей з світом морських тварин і водночас поліпшує, вирівнює настрої глядачів.*

*Застосування дельфінотерапії оздоровлює дітей з особливими потребами, є затвердженим Міністерством охорони здоров'я лікувально-реабілітаційним фактором. Таким чином, дельфінарії грають важливу роль в поліпшенні соціально-психологічної атмосфери в суспільстві, сприяють значимості підростаючого покоління з рідкісними видами тваринного світу, виховують любов до тварин.*

### **Ключові слова**

*Дельфінотерапія, дельфінарії, соціально-психологічна функція, анімалотерапія, дитяча реабілітація.*

### **Resume**

*Relationship between man and environment in the XXI-st century undergo changes. Urban lifestyle of people, the disappearance of many animal species, the*

---

*dominance of the flow of information, a complex social-psychological climate in the country – all this complicates the lives of the modern Ukrainian. Dolphinarium «Nemo» is a factor that introduces people with the world of marine animals and at the same time enhances the spectator's mood. The appliance of the dolphin therapy revitalizes the children with special needs. It is approved by the Ministry of health medical rehabilitation factor. Thus, dolphins play the impotent role in improving of the social- psychological climate and promote an acquaintance of young generation with rare species of animal life to the animals.*

**Keywords**

*dolphin therapy, social and psychological function, animaltherapy, children's rehabilitation.*

---

Обсуждение проблем взаимоотношений человека и фауны стоит достаточно остро, а посещение украинцами экопарков, зоопарков, ипподромов, дельфинариев – лишь одна из сторон проблемы. То, что «Фельдман-экопарк» взял на себя инициативу обсуждения назревших вопросов можно только приветствовать.

Продолжающиеся на востоке Украины военные действия, вынужденная миграция украинских семей, детских домов и интернатов, ухудшающееся экономическое положение конечно создают особую социально-психологическую атмосферу, которую мы не знали в предшествующие годы независимости Украины. В это сложное время представители разных профессий – врачи, психологи, экологи, ветеринары и другие специалисты пытаются внести свой вклад в улучшение социально-психологической атмосферы в стране. Одним из таких путей является улучшение рекреации, сближение человека с природой и её представителями.

Однако, в многочисленной проблеме взаимоотношений человека и природы, кроме типично украинского направления, есть и выходящие далеко за пределы Украины и являющиеся общечеловеческими. Как свидетельствуют психологи (Г. Солдатова, Т. Черная и др.), сегодня наше молодое поколение получает меньше сенсорных сигналов, ощущений, а восприятие природы менее чувствительное. Эра глобальной информатизации формирует нового человека. Сегодня в нашей практике дети до того как овладевают речью, осваивают мобильные телефоны родителей, планшеты и другие гаджеты. Они с поразительной ловкостью находят в интернете любимые мультфильмы, осваивают неизвестные родителям функции электронных устройств. Во многих семьях, как у нас, так и за рубежом время, проводимое ребенком-подростком у компьютера, не ограничивается. Дети погружаются в виртуальный мир, это приводит к затормаживанию формирования идентичности, умения воспринимать и понимать людей на невербальном уровне, считать сигналы из окружающей среды. К сожалению, у таких детей угнетается способность к сопереживанию, эмпатии. Т.е. интернет, как среда обитания молодого поколения, приводит к новой социальной ситуации развития. Надеяться, что школа исправит эту ситуацию было бы наивным. Видимо, общение детей с природой в заповедниках, экопарках, зоопарках, дельфинариях может в определенной степени помочь в этом деле.

В тоже время исторически сложившаяся природная связь между фауной и человеком в современных условиях используется как фактор, который способствует сохранению и восстановлению психоэмоционального состояния прошедших через стресс людей, в т.ч. и больных. Это направление взаимного положительного влияния природы на человека было названо пет-терапией. Она во всем мире используется в медицинской и психологической практике и позволяет найти новые формы коммуникаций человека с фауной и флорой.

Первенство в использовании дельфинариев в качестве места абилитации и реабилитации детей с нарушениями развития в Украине принадлежит д.м.н. Л.Н. Лукиной, которая с 80-х годов в Океанариуме Министерства Обороны Украины (Крым) стала проводить научные исследования в этом направлении. Ведущие сотрудники дельфинариев «Немо» начинали свою практику под её руководством.

Еще древний философ Плутарх (62 г. Н.э.) говорил: «Только дельфинов природа наделила тем, что является предметом поисков всех философов – дружбой без какой-либо выгоды». Дельфинам присуща доброжелательность, стремление к общению с себе подобными и человеком, привязан-

---

ность и преданность. Они обладают высокой готовностью принять в своей среде человека как партнера, члена своего стада, часто отводя человеку роль младшего, того, кто нередко нуждается в помощи (О. Домбровская, 2015). Все эти особенности используются в ходе дельфинотерапии.

Нашими исследованиями, а также работами польских (О. Домбровская, 2015), немецких (Брайтенбах фон Ферзен, Штумпф; Н. Тромпиш), русских (Г. Манжосова, 2008) исследователей продемонстрировано, что дельфинотерапия является нелекарственным лечебным средством в комплексной терапии детей с аутизмом, психоорганическим синдромом, энурезом, умственной отсталостью, последствиями ДЦП. В дельфинариях «Немо» до 82% детей, получавших лечение, продемонстрировали улучшение своего нервно-психического состояния (А.П. Чуприков, А.М. Хворова, 2013).

Надо сказать, что основными посетителями представлений в дельфинариях являются семьи с маленькими детьми, как правило до 6 – 7 лет. Позитивная атмосфера представлений, эмоциональная связь между животными-артистами (дельфинами, белухами, морскими львами, морскими котиками и др.) и залом однозначно вызывают у посетителей разного возраста радостно-успокаивающее настроение.

Дельфинарии «Немо» имеют также «живые уголки», чаще всего это террариумы, в которых демонстрируются пресмыкающиеся: от змей, ящериц до игуан, крокодилов. Там же представлены экзотические насекомые (бабочки, жуки, пауки) из далеких тропических стран. Эти «уголки» несут просветительские функции.

Среди учреждений «Немо» одесский дельфинарий является лидером по отработке взаимоотношений с общественностью. Коллективы других дельфинариев отслеживают новации в Одессе и, как правило, следуют им, а порой и привносят что-то свое. В Одессе с момента создания «Немо» не менее 200 тысяч детей и подростков бесплатно посетили представления. Это были дети из детских домов, интернатов, школ для детей с особыми потребностями, в последние три года дети вынужденных мигрантов из Донбасса и Крыма, а также дети из средних школ. Именно в Одессе начались купания для беременных, сегодня в украинских дельфинариях прошли купания около 400 беременных. Эти женщины направляются местными акушерами для улучшения течения беременности и родов. По количеству посещений беременными киевский дельфинарий стал лидером. По отзывам акушеров течение беременности, родов и раннего лактационного периода у этих женщин проходило положительно и без осложнений.

В столице представления в дельфинариях организовано посещают военнослужащие ВСУ, МВД, СБУ, добробатов, отправляющиеся в места боевых действий. Открыты двери для детей из детских домов, интернатов, центров инвалидов, центров социальных служб для детей, молодёжи и семей, от фонда онкобольных детей, вынужденных переселенцев и др. Только за последние 1,5 года это составило 2500 человек. Как правило, все организации разной степени выраженности. Наиболее частым явлением в ходе сеансов было установление у детей положительных эмоций. На этом фоне улучшалась коммуникабельность ребенка с родителями (дети начинали смотреть в глаза), с окружающим миром. Дети показывали успехи в речи: одни произносили первое слово, у других речь становилась фразовой и осмысленной. Усложнялось поведение детей – появлялось стремление к более сложным видам игровой деятельности, к вовлечению в игру сверстников. Известный реабилитолог А. Смолянинов (2009) обратил внимание на то, что у детей с дцп дельфины влияют на формирование уровней построения движений, что значительно расширяет возможности коррекции психофизических нарушений.

Приведем в качестве примера несколько типичных видов реагирования детей на дельфинотерапию.

*Егор Г., 5 лет (синдром дефицита внимания с чертами аутизма).*

Отвлекаемый, непоседливый, постоянно перемещающийся по кабинету. Мальчик общается с родителями жестами, отдельными словами. Избегает общения с другими детьми, но легко вовлекается в подвижные игры. Любит купаться.

В ходе занятий с дельфинами родители ребенка отметили определенную стабилизацию эмоционального состояния ребенка. В первые же занятия мальчик освоился в новой ситуации, пе-

рестал бояться дельфинов, стал более самостоятелен. Отмечаются положительные изменения в поведении ребенка. После сеансов он стал вести себя гораздо спокойней, внимательней к просьбам взрослых. Отмечаются положительные изменения в коммуникативной сфере. Мальчик стал больше общаться с окружающими. Впервые попросил мать почитать ему сказки. Стал с большим интересом и более продолжительное время смотреть мультипликационные фильмы. Комментирует действия, происходящие на экране. По словам матери, ребенок стал добрее относиться к домашним животным, пытается накормить их.

Во время первых занятий ребенок хотя и передвигался по помосту уверенно, однако боялся дельфинов, отказывался подходить к ним. Позже во время водной части сеанса ребенок плавал самостоятельно, изредка обращаясь за помощью к инструктору. При приближении дельфина в воде пугался, прятался за инструктора. Опасался контакта с дельфинами, отказывался взаимодействовать с ними. Но уже во время четвертого занятия самостоятельно подошел к дельфинам, погладил их. Начал забирать игрушки у дельфинов. Периодически самостоятельно катался на дельфине, держась за плавник. Ребенок стал контактен, управляем, более продолжительное время смотрит в глаза. Начиная с восьмого занятия ребенок полностью освоился в новой ситуации. Стал действовать абсолютно самостоятельно, уверенно. Называет дельфинов по именам, общается с ними при помощи речи и жестов. Эмоциональный фон стабильный, положительный.

*Мальчик Саша Б., 7 лет (умственная отсталость, задержка развития речи).*

Физическое состояние и моторная сфера ребенка соответствует возрасту. Ребенок пуглив, боится шума, толпы, общается при помощи отдельных слов. Разборчивость речи снижена. Обращенную к нему речь понимает. Способен следовать простым инструкциям. Способен непродолжительно удерживать зрительный контакт с другим человеком. Начал учиться в школе для детей с ЗПР по вспомогательной программе.

С первых занятий в дельфинарии ребенок отказался что-либо делать самостоятельно во время игровой части он выполнял задания только с помощью инструктора. Занятия проходили с преобладанием у него негативного настроения. Ребенок испытывал определенный страх перед дельфинами, старался уйти с помоста во время первого занятия. Во время водной части ребенок успокоился. Начиная со второго занятия, находясь в воде, самостоятельно гладил дельфина. С шестого занятия смог самостоятельно взяться за плавник дельфина.

К концу курса ребенок стал плавать с дельфинами самостоятельно, изредка обращаясь за помощью к инструктору.

Родители ребенка отмечают, что в первые занятия мальчик был скован, испуган, зажат. Но начиная с четвертого занятия с дельфинами, ребенок испытывал исключительно положительные эмоции. С нетерпением ждал начала занятия. Улучшилась разборчивость речи, стал произносить первые простые фразы типа «хочу пить».

*Мария Г., 3 года (синдром Дауна).*

Общая моторика девочки развита хорошо. Ребенок активный, подвижный, общается с окружающими с помощью жестов и отдельных звуков, но не слов. Хорошо понимает обращенную речь, способна следовать простым инструкциям. Наблюдается выраженная познавательная активность и мотивация к деятельности.

Девочка, зайдя на помост, проявила некоторую осторожность, однако, с легкостью освоилась в новой для нее ситуации и уже с первых занятий установила контакт с окружающими людьми и дельфинами. Во время игровой части занятия она вела себя уверенно, самостоятельно. Охотно выполняла задания, предложенные ей психологом. К дельфинам относилась с интересом и безбоязненно. Самостоятельно подходила к ним, гладила. Нравится кормить дельфинов рыбой. Во время водной части занятия девочка пугалась глубины и начинала плакать. С четвертого занятия страх исчез, и она с радостью плавала с дельфинами, используя небольшую помощь инструктора. Самостоятельно держалась за плавники дельфинов, сама гладила их.

Родители отмечают стабилизацию эмоционального состояния ребенка в ходе проведения сеансов дельфинотерапии. Девочка стала чувствовать себя уверенней и спокойней. Отмечена стабилизация ночного сна и исчезновение ночного энуреза. Ребенок стал более общительным,

---

улучшился контакт с родителями, постоянно проявляет знаки внимания (обнимает, целует). Девочка стала произносить новые звуки и односложные слова. Теперь она выражает свои эмоции преимущественно простыми словами и звуками, а не жестами, как раньше. Ребенок стал более послушным, управляемым. Наблюдается определенная стабилизация внимания. Более продолжительное время сосредотачивается на каком-либо виде деятельности.

Приведенные примеры демонстрируют, что дельфинотерапия, не являясь специфическим методом помощи детям с отклонениями в развитии, оказывает неспецифическое общебиологическое действие на организм ребенка в целом и через центральную нервную систему на его поведение, в частности. Как правило, у детей стабилизировалось настроение и поведение, улучшилась коммуникация, исчезал ночной энурез. За сравнительно короткий срок (10 занятий) дети как бы выросли.

Противопоказанием для купания с дельфинами является эпилепсия и перенесенные ранее психотические состояния.

Таким образом, суммируя литературные и собственные данные, можно сказать, что анимало-терапия является мощным инструментом поэтапного развития сферы чувствования, как основы психической деятельности больных детей, т.е. Она приводит к упорядочению, обогащению и интеграции сенсорики. Даже посещение представлений с морскими животными в дельфинариях Украины с учетом охвата различных групп населения являются одним из факторов, способствующих улучшению социально-психологической обстановки в обществе. Купание детей с особыми потребностями и беременных в бассейне с дельфинами так же в связи с улучшением состояния здоровья является позитивным явлением, хотя по масштабам несравнимо с количеством посещений представлений. Как посещение представлений, так и купание с дельфинами детей и взрослых из районов военных действий могут быть использованы в качестве дополнительных факторов в психотерапевтической практике.

---

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Домбровская О. Человек и дельфин: общение и здоровье / О. Домбровская. – К.: «Персонал», 2015. – 138 с.
2. Лукина Л.Н. Дельфинотерапия как система психофизической реабилитации людей. – НПЦ.: «Экоси-Гидрофизика», 2012. – 210 с.
3. Смолянинов А. Дельфинотерапия для детей / А. Смолянинов. – К., 2009. – 85 с.
4. Чуприков А. П. Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь / А. П. Чуприков, А. М. Хворова. – Львов, Мс., 2013. – 270 с.
5. Dąbrowska O. Delfinoterapia jako rodzaj pomocy dla dzieci z opóźnieniem w rozwoju oraz metoda wpływająca na rozwój komunikacji / O. Dąbrowska, A. Chuprikov, B. Popowski // Kraków: «Konteksty pedagogiczne». – 2015. – №1 (4). – С. 151 – 168.

**К. В. Аймедов, Д. А. Волощук,**

## ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ В СТРУКТУРІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

**К. В. Аймедов, Д. А. Волощук,**

**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ  
ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ**

**C. V. Aymedov, D. A. Voloshchuk,**

**PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN COMPLEX STRUCTURE  
OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA**

Одеський національний медичний університет, кафедра соціальної допомоги,  
загальної та медичної психології.

*Odessa National Medical University, department of social assistance, general and medical psychology.*

Статья поступила в редакцию 03.10.2016.

### **Резюме**

**Мета дослідження** – покращити ефективність лікування хворих з судинною деменцією (СД).

**Матеріали та методи.** Обстежено 179 пацієнтів з СД. Вивчення соціального функціонування (СФ) пацієнтів здійснювалось із використанням психіатричної шкали обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я – Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS). Сформовано дві групи пацієнтів з СД (Г1 (n) та Г2 (n)). До Г1 (n) увійшли 76 осіб з легким ступенем когнітивних порушень, а до Г2 (n) – 87 осіб з помірним ступенем. Кожну з обстежених груп було розділено на дві підгрупи (основну та порівняльну). В групах порівняння, до складу яких входили пацієнти з СД, проводили лише базові фармакотерапевтичні інтервенції.

**Результати.** В результаті проведення комплексної терапії в ОГ1 та ОГ2 отримано достовірні результати, які свідчили про ефективність впроваджених заходів. Так, в ОГ1 (n) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась на 54,76%, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (n) (23,51%). Схожа тенденція спостерігалась в ОГ2 (n) та ГП2 (n), де підвищення рівня адаптації в основній групі втричі більше відносно групи порівняння: в ОГ2 (n) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25%, в ГП2 (n) – 15,38%.

**Висновки.** Створення безпечного середовища, організація індивідуального медичного та психосоціального супроводу, відновлення навичок самообслуговування є невід'ємними етапами надання допомоги пацієнту з СД. Враховуючи законодавчу базу, арсенал лікарських засобів, які представлено на фармацевтичному ринку України, їх ціну та доступність, різні особливості контингенту хворих, інформацію з літературних джерел і власний досвід нами, у межах запланованого дослідження, створено авторську схему фармакотерапії для пацієнтів з верифікованою СД. Підкреслено, що на тлі проведеної терапії відбулися позитивні зміни щодо рівня когнітивних функцій (орієнтація в часі, місці, сприйняття; концентрація уваги, пам'яті).

### **Ключові слова**

індивідуально-психологічні особливості, родичі хворих на судинну деменцію, мотивація догляду, психодіагностичні обстеження, особистісні особливості, показники якості життя.

## Резюме

**Цель исследования** - повысить эффективность лечения больных с сосудистой деменцией (СД).

**Материалы и методы.** Обследовано 179 пациентов с СД. Изучение социального функционирования (УФ) пациентов осуществлялось с использованием психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности Всемирной организации здравоохранения - Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS). Сформированы две группы пациентов с СД (Г1 (n) и Г2 (n)). К Г1 (n) вошли 76 человек с легкой степенью когнитивных нарушений, а в Г2 (n) - 87 человек с умеренной степенью. Каждая из обследованных групп были разделены на две подгруппы (основную и сравнительную). В группах сравнения, в состав которых входили пациенты с СД, проводили только базовые фармакотерапевтические интервенции.

**Результаты.** В результате проведения комплексной терапии в ОГ1 и ОГ2 получено достоверные результаты, свидетельствующие об эффективности внедренных мероприятий. Так, в ОГ1 (n) количество пациентов с хорошим и удовлетворительной степенью адаптации увеличилась на 54,76%, что было вдвое больше, чем в ГП1 (n) (23,51%). Похожая тенденция наблюдалась в ОГ2(n) и ГП2 (n), где повышение уровня адаптации в основной группе втрое больше относительно группы сравнения: в ОГ2 (n) количество удовлетворительно адаптированных лиц увеличилась на 56,25%, в ГП2 (n) - 15,38%.

**Выводы.** Создание безопасной среды, организация индивидуального медицинского и психосоциального сопровождения, восстановление навыков самообслуживания являются неотъемлемыми этапами оказания помощи пациенту с СД. Учитывая законодательную базу, арсенал лекарственных средств, представленных на фармацевтическом рынке Украины, их цену и доступность, различные особенности контингента больных, информацию из литературных источников и собственный опыт в рамках запланированного исследования, создано авторскую схему фармакотерапии пациентов с верифицированной СД. Подчеркнуто, что на фоне проводимой терапии произошли позитивные изменения по уровню когнитивных функций (ориентация во времени, месте, восприятия, концентрация внимания, памяти).

## Ключевые слова

индивидуально-психологические особенности, родственников больных сосудистой деменцией, мотивация ухода, личностные особенности, показатели качества жизни.

## Resume

**The aim of the study** is to increase effectiveness of treatment of patients with vascular dementia (VD).

**Materials and methods.** 179 VD patients were examined. The social functioning of patients was studied using the Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS). Two groups of patients with VD (G1 (n) and G2 (n)) were formed. G1 (n) consisted of 76 people with mild cognitive impairment, and G2 (n) - 87 people with moderate degree. Each of the examined groups was divided into two subgroups (basic and comparative). In the comparative groups, which included VD patients, only basic pharmacotherapeutic interventions were conducted.

**Results.** As a result of the complex therapy in BG1 and BG2, reliable results were obtained, indicating the effectiveness of the implemented measures. Thus, in BG1 (n), the number of patients with good and satisfactory degrees of adaptation increased by 54.76%, which was twice as high as in CG1 (n) (23.51%). A similar trend was observed in BG2 (n) and CG2 (n), where the increase in the level of adaptation in the basic group is three times higher as compared to the comparative group: in BG2 (n) the number of well-adapted individuals increased by 56.25%, in CG2 (n) - by 15.38%.

**Conclusions.** Creation of a safe environment, organization of individual medical and psychosocial support, the restoration of self-service skills are integral stages in providing assistance to VD patients. Using the legislative base, the variety of medicines in the pharmaceutical market of Ukraine, their price and availability, various features of patient population, information from literature sources and personal



*experience within the framework of the planned study, an authorial pharmacotherapy scheme has been developed for patients with verified VD. It is emphasized that against the background of the therapy, there have been positive changes in the level of cognitive functions (orientation in time, place, perception, concentration of attention, memory).*

**Keywords**

*individual psychological characteristics, relatives of patients with vascular dementia, motivation care, psychoexamination, personal characteristics, quality of life.*

Включне поширення має судинна деменція (СД), що є однією з найбільш частих форм когнітивного зниження в західних країнах і, ймовірно, найчастішою – у багатьох східних країнах і в Україні [1]. Внаслідок великої кількості етіопатогенетичних механізмів не існує єдиного і стандартизованого методу лікування даної категорії хворих [2, 3].

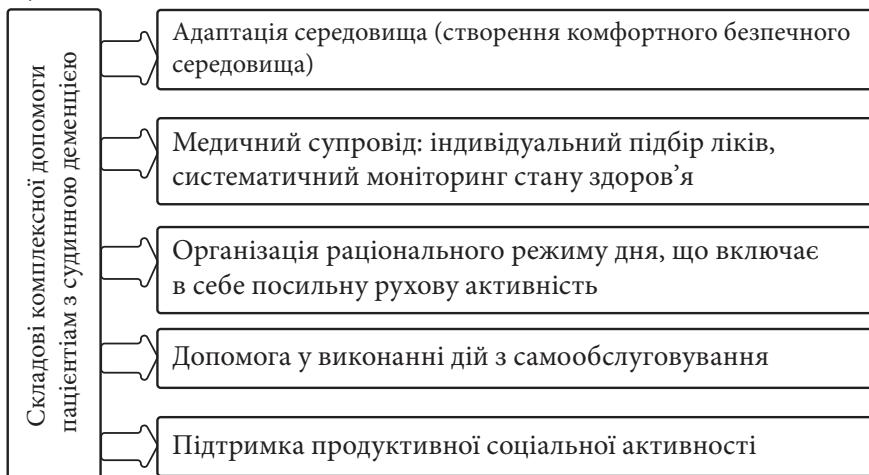
В цілому терапію СД умовно можна розділити на дві категорії: спрямовані на попередження виникнення судинних порушень та зменшення прогресування проявів деменції і саме лікування. Мета лікування – покращити когнітивний дефіцит та редукувати функціональні порушення [4, 5]. Лікування СД має включати заходи, спрямовані на основне захворювання, на тлі якого розвивається деменція, і на корекцію наявних факторів ризику [6 – 9].

**Матеріали та методи дослідження.** Протягом 2014 – 2016 рр. На базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» обстежено 179 пацієнтів з СД. Дослідження проводилось з дотриманням принципів медичної етики та деонтології.

Вивчення соціального функціонування (СФ) пацієнтів здійснювалось із використанням психіатричної шкали обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я – Psychiatric Disability assessment Schedule (das). Шкала дозволила провести оцінку чинників, які обмежують життєдіяльність у двох часових проміжках: на момент госпіталізації та у динаміці захворювання.

**Викладення основного матеріалу.** На першому етапі дослідження, з урахуванням критеріїв включення-виключення, сформовано дві групи пацієнтів з СД (Г1 (n) та Г2 (n)). Розподіл здійснювався за рівнем розвитку когнітивних функцій хворих та ступенем їх загальної дисфункції, який визначався за даними клінічних спостережень, а також за допомогою психодіагностичних методик. Так, до Г1 (n) увійшли 76 осіб з легким ступенем когнітивних порушень, а до Г2 (n) – 87 осіб з помірним ступенем.

На другому етапі дослідження кожна з обстежених груп було розділено на дві підгрупи (основну та порівняльну). Комплекс для основних груп хворих на СД наведено на рис. 1. В групах порівняння, до складу яких входили пацієнти з СД, проводили суто базові фармакотерапевтичні інтервенції.



**Рис. 1.** Складові комплексної допомоги хворим на судинну деменцію

Третій етап – аналіз ефективності проведеного комплексу – дозволив оцінити результативність авторського комплексу терапії шляхом зіставлення результатів основних груп та груп порівняння.

Створення безпечного середовища, організація індивідуального медичного та психосоціального супроводу, відновлення навичок самообслуговування є невід’ємними етапами надання допомоги пацієнту з СД (рис. 1).

При побудові схеми терапії ми спирались на накази МОЗ України: №751 від 28.09.2012 року «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я України» та №59 від 05.02.2007 року «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія».

Важливо враховувати те, що через велику кількість психопатогенетичних механізмів СД, на сьогодні немає єдиного терапевтичного стандарту. Тому коло лікарських засобів, що використовуються для лікування СД досить широке: інгібітори АПФ (лізиноприл); антагоністи кальцію; антитромбоцитарні (аспірин 50 – 325 пд./с.); варднарин (пентексифілін, кавінтон) + ангіопластика; танакан; антихолінхтеразні препарати (аміридин, гліатилін); нейротрофічні (церебрал); інгібітори MAO (селегелін, ентроп+ноофен); ноотропи (луцетам); антагоністи nmda (метантин); антиоксиданти (вітаміни с, е, а); ГАМК (аміналон, пантогам); нейронорм (фезам) [10].

Основні принципи терапії судинної деменції: 1) профілактика повторних судинних кризів, а саме контроль АТ, аспірин 100 мг./д., антисклеротична дієта, контроль цукру в крові; 2) лікування супутніх ІБС, цукрового діабету; 3) терапія судинної церебральної недостатності: трентал (пентоксифілін 800 – 1200 мг./д.); гістенол 1 – 2 мг. В/в.; церебролізін до 20 – 30 мг.; кавінтон (вінпоцетин 15 – 30 мг/д.); стугерон (цинаризин 50 – 70 мг./д. До н.м.); серміон 15 – 30 мг./д. Т. 30 – 60; танакан 120 мг./д. Т. 90; 4) ноотропи: луцетам 800 – 2400 мг./д.; пікамілон 40 – 150 мг./д.; пантогам 1000 – 1500 мг./д.; фенотропіл (ентроп) 100 мг./д. + ноофен 500 мг. Х 2 р./д.; 5) при епізодах порушення свідомості, психомоторному збудженні: тіоридазин 0,025 – 0,075 мг./д.; хлорпротиксен 15 – 45 мг./д.; галоперидол 2,5 мг./д., з поступовим зниженням доз, по мірі розвитку седативного ефекту; 6) за необхідністю: ангіопротектори; вазоактивні препарати; вітаміни; метаболісти; гіпотензивні; протисудомні [7].

Враховуючи законодавчу базу, арсенал лікарських засобів, які представлено на фармацевтичному ринку України, їх ціну та доступність, різні особливості контингенту хворих, інформацію з літературних джерел і власний досвід нами, у межах запланованого дослідження, створено наступну схему фармакотерапії для пацієнтів з верифікованою СД.

Лікування хворих було комплексним та етапним (рис. 2.)

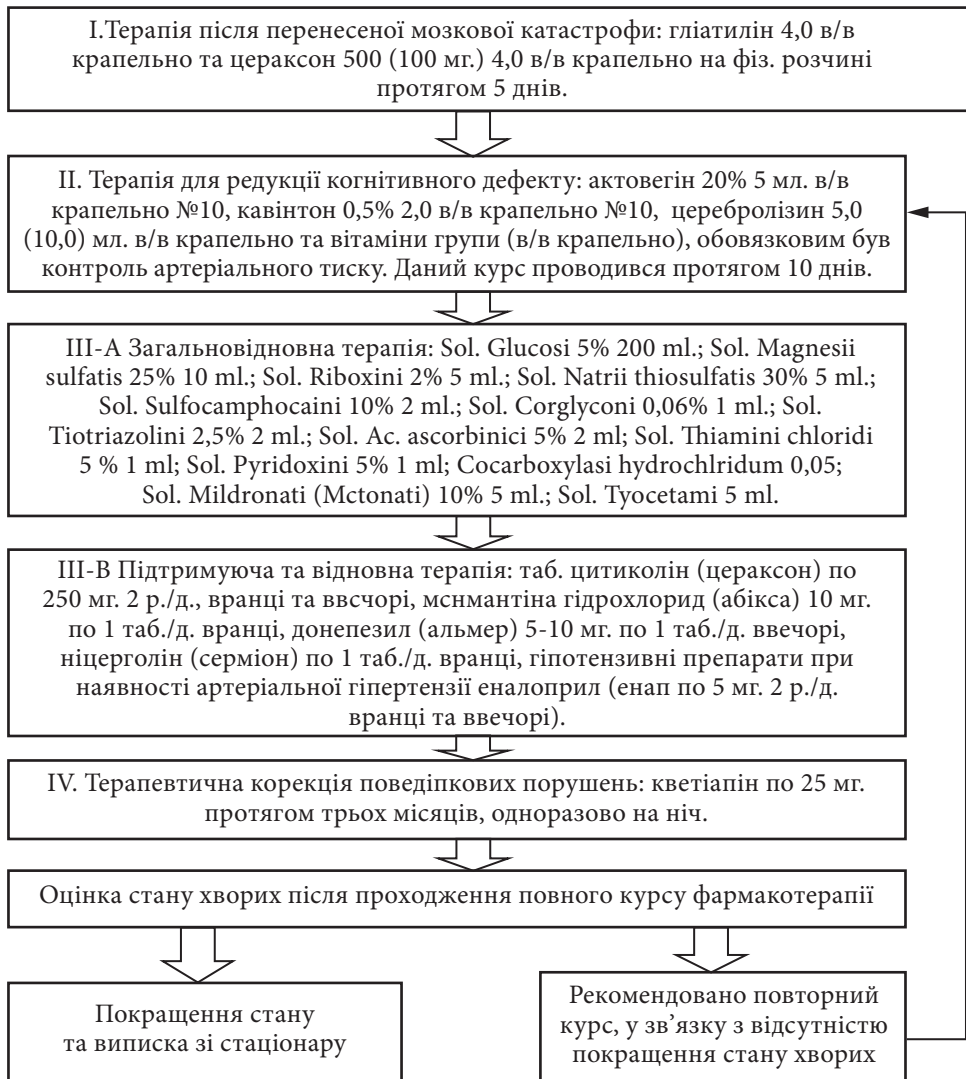
Безпосередньо після перенесеної мозкової катастрофи, хворим призначався: гліатилін 4,0 в/в крапельно та цераксон 500 (100 мг.) 4,0 в/в крапельно на фізіологічному розчині протягом 5 днів.

Для редукції когнітивного дефекту хворим вводили: актовегін 20% 5 мл. В/в крапельно №10, кавінтон 0,5% 2,0 в/в крапельно №10, церебролізін 5,0 (10,0) мл. В/в крапельно та вітаміни (в/в крапельно), обов’язковим був контроль артеріального тиску. Даний курс проводився протягом 10 днів.

Наступним етапом проводилась загальновідновна терапія, для чого хворі в/в крапельно отримували наступний комплекс препаратів, протягом 10 днів: Sol. Glucosi 5% 200 ml; Sol. Magnesiі sul- fati 25% 10 ml.; Sol. Riboxini 2% 5 ml.; Sol. Natrii thiosulfatis 30% 5 ml.; Sol. Sulfocamphocaini 10% 2 ml.; Sol. Corglyconi 0,06% 1 ml.; Sol. Tiotriazolini 2,5% 2 ml.; Sol. Ac. Ascorbinici 5% 2 ml.; Sol. Thiamini chloridi 5% 1 ml.; Sol. Pyridoxini 5% 1 ml.; Cocarboxylasi hydrochloridum 0,05; Sol. Mildronati (Metonati) 10% 5 ml.; Sol. Tyocetami 5 ml.

Одночасно з початком загальновідновної терапії, протягом трьох місяців, хворі отримували: таб. Цитиколін (цераксон) по 250 мг. 2 р./д., вранці та ввечері, менмантіна гідрохлорид (абікса) 10 мг. По 1 таб./д. Вранці, донепезил (альмер) 5 – 10 мг. По 1 таб./д. Ввечері, ніцерголін (серміон) по 1 таб./д. Вранці, гіпотензивні препарати за наявності артеріальної гіпертензії еналаприл (енап) по 5 мг. 2 р./д. Вранці та ввечері).

Для корекції поведінкових порушень хворим, протягом трьох місяців, одноразово на ніч, назначався кветіапіл по 25 мг., який має седативні властивості, зменшує ажитацію та покращує нічний сон.



**Рис. 2.** Етапи фармакотерапії СД

Після проведення повного курсу вищенаведеної терапії нами повторно оцінювався стан хворих, за обраними для дослідження методиками [11].

Для оцінки ефективності проведеного в групах пацієнтів з СД та їх родичів терапевтичного комплексу було здійснено повторну оцінку змін, які відбулися в основних групах після терапії відносно груп порівняння та терміну до терапії.

В результаті проведеної терапії відбулися позитивні зміни щодо рівня когнітивних функцій (орієнтування в часі, місці, сприйняття; концентрації уваги, пам'яті). Найбільш значними були зміни в ОГ2 (п), в якій значення за показниками когнітивних функцій підвищились в середньому на 0,5 балів; за показниками мовленнєвих функцій – на 0,3 бали. Значні позитивні зміни відбулися також в групі ОГ1 (п) щодо розвитку когнітивних (підвищення в середньому на 0,3 бали) та мовленнєвих (підвищення в середньому на 0,2 бали) функцій.

Дані таблиці свідчать про достовірно більш значне підвищення значень за всіма факторами шкали когнітивної оцінки в обох основних групах дослідження відносно груп порівняння. Так, значення за показником «оптико-просторова діяльність» в ОГ1 (п) підвищилось на 0,9 балів, в ОГ2 (п) – на 0,8 балів; «називання» – в ОГ1 (п) на 0,7 балів, в ОГ2 (п) – на 0,8 балів; «увага» – в ОГ1 (п) на 0,9 балів, в ОГ2 (п) – на 0,6 балів; «мовлення» – в ОГ1 (п) на 0,5 балів, в ОГ2 (п) – на 0,4 балів; «абстрактне мислення» – в ОГ1 (п) на 0,6 балів, в ОГ2 (п) – на 0,5 балів; «відстрочене відтворення» – в ОГ1 (п) на 0,6 балів, в ОГ2 (п) – на 0,8 балів та «орієнтування» – в ОГ1 (п) на 0,7 балів, в ОГ2 (п) – на 0,7 балів. В групах порівняння також відбулись позитивні зміни щодо всіх показників шкали, проте вони були не значними (в середньому значення підвищились на 0,1 балу).

З метою аналізу ефективності проведеного терапевтичного комплексу була проведена повторна оцінка рівня соціального функціонування пацієнтів з СД, які увійшли до груп ОГ1 (п), ОГ2 (п), ГП1 (п) та ГП2 (п) для порівняння показників в основних групах та групах порівняння, а також результатів до та після терапії.

В результаті проведеного терапевтичного комплексу в групі ОГ1 (п) відмічалась значна позитивна динаміка змін рівня соціального функціонування за всіма показниками. Кількість осіб з мінімальною дисфункцією за показником «самообслуговування» після терапії збільшилась на 38,09 %, за показником «інтереси та зайнятість» – на 42,86%, за фактором «діяльність в родині та побуті» – на 47,62%, «спілкування та ізоляція» – на 47,62%. Аналіз групи показників «виконання соціальних ролей» також виявив збільшення кількості осіб з мінімальною дисфункцією (МД). Так, за фактором «участь в домашніх справах» різниця між кількістю осіб з МД в ОГ1 до та після терапії склала 52,39%, за показником «сімейна роль» – на 47,61%, «шлюбна роль» – на 47,61%, «батьківська роль» – на 47,62% «соціальні контакти» – на 50%, «зацікавленість» – на 50,00 (різниця між показниками до та після терапії в ОГ1 є достовірною,  $p \leq 0,05$ ). Деякі позитивні зміни відбулись також в ГП1 (п), проте вони були незначними (в середньому до 20%) та не мали статистичної достовірності ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, якщо до початку терапії більшість осіб ОГ1 (п) мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за всіма показниками шкали, після терапії відповідними рівнями дисфункції відрізнялись менш ніж половина досліджених. Так кількість осіб, які мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за показником «самообслуговування» до початку терапії складала – 61,9%, після терапії – 23,81%; за фактором «інтереси та зайнятість», відповідно, до – 69,05 %, після – 36,19 %; «діяльність в родині та побуті» – до – 71,43%, після – 23,81%; «спілкування та ізоляція» – до – 76,19%, після – 19,06 %; «участь в домашніх справах» – до – 88,10 %, після – 35,71%; «сімейна роль» – до – 90,47%, після – 42,86%; «шлюбна роль» – до – 92,86%, після – 45,24%; «батьківська роль» – до – 88,10 %, після – 40,48 %; «соціальні контакти» – до – 92,86%, після – 42,86%; «зацікавленість» – до – 97,62%, після – 47,62%. Зазнав найменших змін фактор «поведінка в нестандартних ситуаціях», який в ОГ1 (п) до терапії характеризував 100% пацієнтів, після – 92,86%, проте у порівнянні з ГП1 (п), в якій змін за даним фактором не відбулося зовсім, ця позитивна динаміка в ОГ1 (п) є достовірною ( $p \leq 0,05$ ).

Кількість осіб в ОГ2 (п), які мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за показником «самообслуговування» до початку терапії складала – 79,17%, після терапії – 41,67%; за фактором «інтереси та зайнятість», відповідно, до – 89,58 %, після – 47,92%; «діяльність в родині та побуті» – до – 87,5%, після – 45,83%; «спілкування та ізоляція» – до – 89,55%, після – 47,91%; «участь в домашніх справах» – до – 95,83%, після – 54,17%; «сімейна роль» – до – 95,84%, після – 54,17%; «шлюбна роль» – до – 97,92%, після – 70,83%; «батьківська роль» – до – 95,83%, після – 66,67%; «соціальні контакти» – до – 93,75%, після – 56,25%; «зацікавленість» – до – 100%, після – 54,17%. Зазнав найменших змін фактор «поведінка в нестандартних ситуаціях», який в ОГ2 (п) до терапії характеризував 100% пацієнтів, після – 95,83%, проте у порівнянні з ГП2 (п), в якій змін за даним фактором не відбулося зовсім, ця позитивна динаміка в ОГ2 (п) є достовірною ( $p \leq 0,05$ ).

До початку терапевтичного комплексу переважна більшість пацієнтів ОГ1 (п) та ОГ2 (п) мали низький рівень адаптації: ОГ1 (п) – 80,95%; ОГ2 (п) – 91,67%. В результаті проведеного комплексу терапевтичних заходів в ОГ1 (п) кількість осіб з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась з 19,05% до 73,81%; в ОГ2 (п) – з 8,33% до 64,58%. В ГП1 (п) добрий та задовільний рівень

адаптації спостерігався до початку терапії у 20,59% досліджених, а після терапії ця кількість збільшилась на 23,51% і склала 44,1%; в ГП2 (п) задовільним рівнем адаптації характеризувались 5,13% пацієнтів, наприкінці терапії – 20,51%. Таким чином, в ОГ1 (п) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась на 54,76%, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (п) (23,51%). Схожа тенденція спостерігалась в ОГ2 (п) та ГП2 (п), де підвищення рівня адаптації в основній групі було втричі більше відносно групи порівняння: в ОГ2 (п) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25%, в ГП2 (п) – 15,38%.

#### **Висновки:**

1. Створення безпечного середовища, організація індивідуального медичного та психосоціального супроводу, відновлення навичок самообслуговування є невід'ємними етапами надання до-помоги пацієнту з СД.
2. Враховуючи законодавчу базу, арсенал лікарських засобів, які представлено на фармацевтичному ринку України, їх ціну та доступність, різні особливості контингенту хворих, інформацію з літературних джерел і власний досвід нами, у межах запланованого дослідження, створено наступну авторську схему фармакотерапії для пацієнтів з верифікованою СД. Лікування хворих було комплексним та етапним.
3. В результаті проведення комплексної терапії в ОГ1 та ОГ2 отримано достовірні результати, які свідчили про ефективність впроваджених заходів. Так, в ОГ1 (п) кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась на 54,76%, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (п) (23,51%). Схожа тенденція спостерігалась в ОГ2 (п) та ГП2 (п), де підвищення рівня адаптації в основній групі втричі більше відносно групи порівняння: в ОГ2 (п) кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25%, в ГП2 (п) – 15,38%.

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Вербицкая С. В. Клинический опыт применения мемантина при постинсультной деменции / С. В. Вербицкая, В. А. Парфенов // Неврологический журнал, 2008. – №4. – С. 5 – 8.
2. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. – М.: ИД «Медпрактика», 2004. – 492 с.
3. Дамулин И. В. Когнитивные расстройства. Некоторые вопросы клиники, диагностики, лечения / И. В. Дамулин. – М., 2012. – 19 с.
4. Деменции: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина. – М.: Изд. Медпресс-информ, 2011. – 272 с.
5. Коростій В. І. Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу / В. І. Коростій, Г. В. Паровіна // Український вісник психоневрології. – 2015. – №2. – С. 110 – 113.
6. Матяж С. Я. Роль недержавних організацій у вирішенні проблем у соціальній сфері в Україні / С. Я. Матяж, А. А. Гуріна // Молодий вчений. – 2014. – №7. – С. 169 – 172.
7. Спирина И. Д. Медицинская психология: учебник // И. Д. Спирина, И. С. Витенко, А. К. Напреенко. – Днепропетровск: «Промінь», 2014. – 456 с.
8. Barbosa A. Dementia in long-term care homes: direct care workers difficulties / A. Barbosa, M. Nolan, L. Sousa [et al.] // Elsevier. Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2014. – Vol. 140. – P. 172 – 177.
9. Barrett A. M. Treatment innovation in rehabilitation of cognitive and motor deficits after stroke and brain injury: physiological adjunctive treatments / A. M. Barrett, C. E. Levy, L. J. Gonzalez Rothi // Am. J. Phys. Med. Rehabil. – 2007. – Vol. 86. – P. 423 – 425.
10. Cumming J. L. Behavioral effects of current Alzheimers disease treatments / J. L. Cumming, J. Mackell, D. Kaufer // Alzheimers dementia. – 2008. – Vol. 1. – P. 49 – 60.
11. Hachinski V. C. Multi-infarct dementia. A case of mental deterioration in the elderly / V. C. Hachinski, N. A. Lassen, J. Marshall // Lancet. – 1974. – Vol. 2. – P. 207 – 210.

Тези II міжнародній конференції з психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Психосоціальна реабілітація постраждалих та переміщених із зони ато на базі Центру психосоціальної реабілітації дітей та підлітків «Фельдман екопарк»»

## ЗМІСТ

1.	<b>Асеева Ю.А., Берман Д.Л.</b> ПРОБЛЕМА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЫНУЖДЕННЫМ ПЕРЕСЕЛЕНЦАМ ИЗ ВОСТОЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ УКРАИНЫ . . .	81
2.	<b>Безрук Р.И.</b> ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ . . . . .	81
3.	<b>Безрук Р.И., Романова И.В.</b> ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОНКОБОЛЬНЫХ . . . . .	82
4.	<b>Белозерцева-Баранова Ю.Е.</b> ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ . . . . .	83
5.	<b>Бессмертный А.В.</b> ПОСТМОДЕРНИЗМ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА В ЗЕРКАЛЕ ПСИХОТЕРАПИИ . . . . .	84
6.	<b>Буздиган О.Г.</b> ЗАСАДИ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРУ . . . . .	85
7.	<b>Веремейчик В.А., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ОСІБ В СИТУАЦІЯХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ (НА ПРИКЛАДІ ЗАХОПЛЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИМИ ІГРАМИ) . . . . .	86
8.	<b>Вовк В.І., Северин Ю.В.</b> СТАН НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЩО НАДАЮТЬ ДОМОПОГУ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ АТО . . . . .	87
9.	<b>Гаврилова А.В., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ОСІБ СХИЛЬНИХ ДО РИЗИКУ . . . . .	88
10.	<b>Гапонов К.Д.</b> THE CLINIC AND REHABILITATION FEATURES OF POSTSTRESS DISORDERS IN ATO SOLDIERS AND INTERNALLY DISPLACED PERSONS IN UKRAINE. . . . .	89
11.	<b>Глаголіч С.Ю.</b> ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ВОЛОНТЕРІВ В СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РЕАЛІЯХ: СУТНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇЇ ВИРІШЕННЯ . . . . .	90
12.	<b>Губина Г.Л., Павлова О.П., Мороз І.В., Харитоненко А.Л.</b> ОСОБЕННОСТИ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАКРЫТУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ . . . . .	90
13.	<b>Дрюченко М.О.</b> ПРОБЛЕМА ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЇ ТА ДИТЯЧЕ-БАТЬКІВСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ . . . . .	91
14.	<b>Євглевська Л.А., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ТОЛЕРАНТНОСТІ КУРСАНТІВ ТА СТУДЕНТІВ НУЦЗУ . . . . .	92
15.	<b>Живилова Я.С.</b> РАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ БОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СТРОГО РЕЖИМА . . . . .	93
16.	<b>Іванова Ю.М., Селюкова Т.В.</b> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ТА УЯВЛЕНЬ ПРО СЕНС ЖИТТЯ У ЮНАКІВ ТА ДІВЧАТ . . . . .	94
17.	<b>Калашник Ю.Е., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЕННОСТИ ФЕНОМЕНА КРЕАТИВНОСТИ И ТИПА МЫШЛЕНИЯ . . . . .	95
18.	<b>Кожина А.М., Гайчук Л.М., Черкасова А.О.</b> ПСИХООСВІТНІ ПРОГРАМИ В СИСТЕМІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПОДІЇ . . . . .	96
19.	<b>Кожина А.М., Зеленская Е.А.</b> МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ В ЗОНЕ АТО . . . . .	97

20.	<b>Кожина А.М., Кришталь В.Е., Кришталь А.А.</b> ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ .....	98
21.	<b>Козира П.В.</b> ВАРИАНТИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА АДАПТАТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СПІВРОБІТНИКІВ МВС УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ АТО .....	98
22.	<b>Колесніченко О.С., Мацегора Я.В., Юр'єва Н.В.</b> ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧИХ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ .....	99
23.	<b>Коростій В.І., Платинюк О.Б.</b> КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ .....	101
24.	<b>Коршняк О.В.</b> ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНОМОЗКОВОЇ ТРАВМИ .....	102
25.	<b>Криворотько Я.В.</b> МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ .....	103
26.	<b>Криворотько Я.В.</b> СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН ИЗ ЗОНЫ АТО НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В РЕГИОНАЛЬНОМ ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ОКЛ ЦЕМП И МК .....	104
27.	<b>Крутий І.Г.</b> ЦВЕТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ .....	104
28.	<b>Кудінова О.І.</b> ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІЗОДИЧНУ ПАРОКСИЗМАЛЬНУ ТРИВОГУ .....	105
29.	<b>Кудінова Е.И., Михайлов Б.В.</b> ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ .....	106
30.	<b>Курганов Р.І., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕВАЖАЮЧИХ СТРАТЕГІЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РІЗНИМ ТИПОМ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ .....	107
31.	<b>Лещина І.В.</b> СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ .....	108
32.	<b>Лісова Є.В.</b> АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА БОРОТЬБИ З ФОРМУВАННЯМ АДІКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СИСТЕМУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ З ЗОНИ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ КОНФЛІКТІВ .....	109
33.	<b>Лісова Є.В.</b> НЕВРОТИЧНІ РЕАКЦІЇ З УРАХУВАННЯМ СОМАТОТИПУ ХВОРИХ .....	110
34.	<b>Лісовий В.М., Капустник В.А., Марковський В.Д., Хаустов М.М., Дмитрієнко К.В., Сінайко В.М., Завгородній І.В.</b> СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ ХНМУ – МЕШКАНЦІВ ЛУГАНСЬКОЇ ТА ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ .....	111
35.	<b>Литвиненко М.В.</b> ВИКРИВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ ЯК МІШЕНІ ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ .....	112
36.	<b>Литовченко Т.А., Якубенко Ю.В., Шуніна Н.В., Шевченко Л.М., Гноевая О.И.</b> ИЗМЕНЕНИЯ АУТОРЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ .....	112
37.	<b>Лобунець Г.Ю.</b> СПЕЦИФІКА ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ ВНЗ, ЯКІ МАЮТЬ ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ .....	113
38.	<b>Лозинина А.Г.</b> ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЙ ГИПНОЗ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ .....	114
39.	<b>Марков А.Р.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ВПЛИВІВ ТЕЛЕВІЗІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ .....	115
40.	<b>Маркова А.С.</b> МОТИВАЦІЯ УЧАСТІ В РОДИННОМУ БІЗНЕСІ У ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ ВЛАСНИКІВ ЯК МАРКЕР ЗДОРОВ'Я СІМ'І .....	117
41.	<b>Махонько Д.С., Селюкова Т.В.</b> АФІЛІАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСОБИСТОСТІ .....	118

42.	<b>Михайлов Б.В., Водка М.Е., Алиева Т.А., Вашките И.Д.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИППОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ АТО, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ .....	119
43.	<b>Михайлов Б.В., Водка М.Е., Алиева Т.А., Вашките И.Д.</b> КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ .....	120
44.	<b>Михайлов Б.В., Водка М.Е., Алиева Т.А., Вашките И.Д.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВОЙ АНИМАЛО-ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	120
45.	<b>Михайлов Б.В., Водка М.Е., Алиева Т.А., Вашките И.Д.</b> ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ .....	121
46.	<b>Михайлов Б.В.</b> ПОБУДОВА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ .....	123
47.	<b>Михайлов Б.В., Григорович Г.О.</b> ОРГАНІЗАЦІЯ ТА НОРМАТИВНЕ УРЕГУЛЮВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ПРИРОДНИХ, ТЕХНОГЕННИХ АБО СОЦІАЛЬНИХ КАТАСТРОФ .....	123
48.	<b>Михайлов Б.В.</b> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ДАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ І ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ З УРАХУВАННЯМ РЕФОРМ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	124
49.	<b>Михайлов В.Б.</b> ПРОБЛЕМА ДЕПРЕСІЙ СОМАТОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ .....	126
50.	<b>Мищенко А.Н., Рыженко М.В.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ .....	127
51.	<b>Мухаровська І.Р.</b> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДЛЯ ЛІКАРІВ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ .....	128
52.	<b>Набойченко Т.В., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ЕМПАТІЇ ТА САМООЦІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ .....	129
53.	<b>Ніконенко В.А., Романова І.В.</b> РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ (КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ) .....	130
54.	<b>Пионтовская О.В., Савво А.Н., Халтурина Т.А., Соловьева А.Г., Стрелец Е.В.</b> ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 ДЕТЯМ ИЗ ДОНЕЦКОЙ И ЛУГАНСКОГО ОБЛАСТЕЙ ..	131
55.	<b>Піцур А.М., Селюкова Т.В.</b> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА КОМУНІКАТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У КУРСАНТІВ ТА СТУДЕНТІВ НУЦЗУ .....	132
56.	<b>Пономарёв В.И., Пономарёва В.В.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА БОЕВЫХ И НЕБОЕВЫХ СТРЕССОРОВ У КОМБАТАНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ И СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ .....	133
57.	<b>Приходько І.І., Колесніченко О.С., Мацегора Я.В.</b> ТИПИ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ ДО СТРЕСОВИХ УМОВ ..	126
58.	<b>Романова І.В.</b> КОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ ЩОДО ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ, ЯКІ СКОЇЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї .....	135
59.	<b>Романова И.В.</b> ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ГЕНДЕРНО ОБУСЛОВЛЕННОГО НАСИЛИЯ .....	136
60.	<b>Романова И.В., Колесник Н.М.</b> СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЖЕНЩИН И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ .....	138
61.	<b>Росінський Г.С.</b> ДО ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ .....	140
62.	<b>Самойлова О.В.</b> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ .....	141
63.	<b>Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ, ОРГАНІЗОВАНОСТІ І САМОКОНТРОЛЮ У КУРСАНТІВ НУЦЗУ – МАЙБУТНІХ СПІВРОБІТНИКІВ ДСНС УКРАЇНИ .....	142



64.	<b>Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ПРАЦІВНИКІВ ДСНС УКРАЇНИ .....	143
65.	<b>Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ЛОКАЛЬНОМУ ВІЙСЬКОВОМУ КОНФЛІКТІ .....	144
66.	<b>Селюкова Т.В.</b> СТРАТЕГІЇ РЕАГУВАННЯ В СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ: ОПАНОВУЮЧА ПОВЕДІНКА ТА ЗАХИСТ .....	146
67.	<b>Селюкова Т.В.</b> СТРУКТУРА БРАЧНО-СЕМЕЙНИХ УСТАНОВОК СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДІЖИ .....	146
68.	<b>Селюкова Т.В.</b> ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОФІЦЕРІВ ДСНС .....	147
69.	<b>Селюкова Т.В., Рогоза Я.Р.</b> СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО «СПАЛЕННЯ» ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ВИНИКНЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У РЯТУВАЛЬНИКІВ .....	148
70.	<b>Сидоренко О.О.</b> ЩОДО АКТУАЛЬНОСТІ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У МЕНЕДЖЕРІВ ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ .....	150
71.	<b>Сорокалет М.А., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ .....	150
72.	<b>Спасібухова В.С., Міхановська Н.Г., Михайлов Б.В.</b> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ .....	151
73.	<b>Федак Б.С.</b> ПІДВИЩЕННЯ КОМПЛЕАНТНОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ .....	152
74.	<b>Федосєєв В.А.</b> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ ТА ОРГАНІЧНІ УРАЖЕННЯ ЦНС .....	152
75.	<b>Чиркова О.В., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБІВ ПОВЕДІНКИ В КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЯХ У КУРСАНТІВ ТА СТУДЕНТІВ НУЦЗУ .....	154
76.	<b>Чорна Т.С.</b> КОМПЛЕКСНА ПСИХО- І ФАРМАКОТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ .....	155
77.	<b>Шевцова К.С., Селюкова Т.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ САМООЦІНКИ ТА РІВНЯ ДОМАГАНЬ У ОСІБ З РІЗНОЮ СПРЯМОВАНІСТЮ ЛОКУСУ КОНТРОЛЮ .....	155
78.	<b>Шевченко Р.П.</b> НАРУШЕННЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И СОТРУДНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ .....	157
79.	<b>Шестопалова Л.Ф., Кожевнікова В.А., Бородавко О.О.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТСТРЕСОВОГО РЕАГУВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ У ЗОНІ АТО .....	157
80.	<b>Шкода К.В.</b> ТИПОВІ ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ РОДИНИ ХВОРОГО НА ШИЗОФРЕНІЮ ЯК ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ .....	158
81.	<b>Шпильовий Я.В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО РЕАГУВАННЯ У ЖІНОК З НЕВРОТИЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ (ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АТО) .....	159
82.	<b>Штрыголь Д.В., Герасименко Е.В.</b> ОПЫТ РАБОТЫ ГРУППЫ «РОДИННЕ КОЛО» С ДЕТЬМИ БОЙЦОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ, ПОГИБШИХ В АТО .....	160
83.	<b>Юдін М.А.</b> ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНО-НЕВРОТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТОК КОСМЕТОЛОГІЧНОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ САМОВІДНОШЕННЯ .....	161
84.	<b>Древціцька О.О., Дягіль О.В.</b> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ .....	162
85.	<b>Філатова О.А., Древціцька О.О.</b> АКТИВАЦІЯ САНОГЕННИХ РЕСУРСІВ У ВЕТЕРАНІВ, ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я З ЗОНИ АТО .....	163

## **ПРОБЛЕМА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЫНУЖДЕННЫМ ПЕРЕСЕЛЕНЦАМ ИЗ ВОСТОЧНЫХ ОБЛАСТЕЙ УКРАИНЫ**

**Асеева Ю.А., Берман Д.Л.**

*Одесский национальный медицинский университет  
кафедра психиатрии, наркологии, психологии та соціальної допомоги*

За останні роки нагайною 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 людина губиться 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, актуальною життєвою позиції, планів на майбутнє. При цьому психологу необхідно орієнтуватись на зрілі адекватні способи психологічного захисту у 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 із ними спрямовувати на обговорювання поточних проблем, можливо запровадження тренінгу асертивності. Психологам при груповій роботі 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, підходить до надання психологічної допомоги потрібно комплексно, виробляючи державні програми створюючи мультидисциплінарні бригади із складом дипломованих спеціалістів різних галузей медицини та психології.

## **ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Безрук Р.И.**

*г. Днепропетровск*

Несмотря на современные достижения в паллиативном лечении генерализованных форм злокачественных новообразований, достигнутые в последние годы, сочетанное массивное действие психогенных и соматогенных факторов у онкобольных ведет к развитию психических расстройств, различающихся как по клиническим проявлениям, так и по степени выраженности. Выраженная тревожно-депрессивная симптоматика такого контингента больных может привести к формированию суицидальных мыслей и тенденций, а отдельных больных привести к совершению суицида. В последние годы в Украине отмечается рост числа суицидов. Однако количество реализованных попыток суицида, как в ранней, так и в поздней стадиях онкологического заболевания точно неизвестны. Согласно литературным данным риск самоубийства среди больных раком в два-четыре раза выше, чем у здоровых людей того же пола и возраста (Г.В. Старшенбаум, 2005, Л.Н. Юрєва,

2006). Вместе с тем, сообщения о фактической частоте попыток суицида, наличия суицидальных тенденций у онкологических больных недостаточно изучены, возможно, значительно выше, чем цифры, приводимые в медицинской литературе.

Недостаточное количество специальных работ в этой области привело к тому, что до настоящего времени остаются недостаточно изученными клинические формы и структура суицидально-го поведения пациентов онкологических клиник, не исследованы конституционально-биологические и социальные факторы риска суицида.

Нами было обследовано 70 онкобольных в возрасте 25 – 55 лет, находящихся в соматическом стационаре. Дополнительно были изучены преморбидные характерологические особенности больных, структура семьи и типы взаимоотношений у членов семьи. Экспериментально-психологическое исследование включало структурированное диагностическое интервью и следующие методики: шкалы тревоги и тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, шкала депрессии цунга, исследование акцентуации личности по методике Леонгарда – Шмишека, шкала диагностики показателей и форм агрессии Басса – Дарки, шкала оценки качества жизни КЖ-100, изучающей следующие параметры: физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду.

Внимательного рассмотрения требовали вопросы влияния соматических проявлений злокачественного роста, среди которых большое значение имели хроническая боль, выраженность интоксикации, проявлений метастатических и других процессов. С нашей точки зрения, необходимо более углубленное изучение непсихотических психических расстройств у онкобольных, их структуры, связи с суицидальной активностью и факторами антисуицидального барьера личности пациента.

Среди патопсихологических реакций пациентов с онкопатологией следует особо отметить своеобразный синдром «самоизоляции» на катамнестическом этапе. Пациенты зачастую переживали страх рецидива заболевания и метастазов, нарастала социальная дезадаптация, вызванная инвалидностью, появлялись мысли о заразности заболевания и т.д. Пациенты переживали тоску, угнетенность, испытывали чувство одиночества, бесперспективности лечения или дальнейшей жизни, утрачивали прежние интересы, сторонятся окружающих, теряли физическую и психическую активность. Наблюдая динамику выраженности описанных симптомов в процессе прохождения больными терапии в клинике, отмечался её волнообразный характер с двумя основными подъемами на диагностическом и предоперационном этапах, т.е. В моменты наибольшей напряженности стрессорирующих психологических факторов.

Наибольшей вероятности развития суицидальных тенденций и поведения были подвержены больные распространенными формами злокачественных новообразований, в лечении которых возможности противоопухолевой терапии практически были исчерпаны.

В качестве основных принципов психосоциального сопровождения и психотерапии онкобольных выступали этапность, последовательность, пролонгированность, недирективность, фокусированность на реальных задачах повседневной жизни онкобольного, а также особые поддерживающие и развивающиеся отношения между участниками терапевтического и психотерапевтического процесса на всех этапах перестройки отношений пациента с окружающими людьми и кругом психосоциального сопровождения. В каждом конкретном случае задачи психосоциального сопровождения определялись особенностями жизненной ситуации онкобольного, степенью выраженности функциональных нарушений, психопатологических расстройств и уровнем снижения качества жизни.

УДК 616.89

## **ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ОНКОБОЛЬНЫХ**

**Безрук Р.И.<sup>2</sup>, Романова И.В.<sup>1</sup>**

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

*<sup>2</sup>Днепропетровский онкологический диспансер*

Актуальной задачей современной психиатрии и медицинской психологии в Украине является изучение особенностей личности больных с хроническими онкологическими заболеваниями

---

и разработка на этой основе системы медико-психологических реабилитационных мероприятий для онкобольных. Онкологические заболевания по своей распространённости, социальной и экономической значимости выходят на первое место. Основной медико-психологической реабилитационной задачей применительно к ним является разработка лечебной тактики и мероприятий психогигиены и психопрофилактики суицидального риска.

Нами было обследовано 43 пациента с онкологическими заболеваниями с помощью опросника Г. Айзенка для изучения степени тревоги; шкалы Монтгомери для оценки депрессии; опросник изучения физической, социальной и психологической активности (качества жизни); анкеты изучение информированности больного о своем заболевании.

В работе проведено исследование внутренней картины болезни у пациентов с онкологическими заболеваниями. Обращают на себя внимание данные, что по опроснику Г. Айзенка: у 47% пациентов депрессивное расстройство тяжелой формы, у 18% пациентов депрессивное расстройство крайне тяжелой формы, и поэтому у них высокий риск формирования суицидальных мыслей и тенденций.

Зачастую люди считают синонимами понятия «злокачественная опухоль» и «смертельная болезнь». Несмотря на учащение случаев излечения и продолжительных ремиссий, рак действительно чаще всего становится смертельной болезнью. Типичный тип реагирования при онкоболезни анозогнозия (полное отрицание болезни как таковой).

Когда смерть вдруг оказывается близкой и неизбежной: заболел человек неизлечимым онкозаболеванием, – то встречать ее особенно трудно. К симптомам болезни – болям и другим – прибавляется очень тяжёлое психическое состояние – страх смерти, страх неизвестности. Соответственно необходима своевременная система психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий для онкобольных, особенно тех, у кого есть риск развития суицидальных тенденций или поведения.

УДК 616.89

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ**

**Белозерцева-Баранова Ю.Е.**

*Медицинский центр «Грация» (г. Одесса)*

Исключительную важность приобрела проблема так называемых депривационных расстройств детского возраста. Данная проблема является общемировой, что подтверждается включением соответствующих диагнозов в классификацию нарушений психики и поведения в главе «F» МКБ-10. Распространённость депривационных расстройств у детей влияет на их дальнейшее психологическое здоровье.

Анализ состояния этой проблемы показал, что исследования, проведенные во многих странах мира, свидетельствуют о том, что вне семьи развитие ребенка идет по особому пути и у него формируются специфические черты характера, поведения, личности. Есть основания полагать, что именно психологический фактор является причиной не только психологических, но и соматических отклонений таких детей. Дети-сироты и дети, входящие в группу риска по социальному сиротству «сиротство при живых родителях», имеют особые депривационные нарушения в развитии.

Это обусловило проведение нами комплексного исследования развития психики детей-сирот. Исследовалась эмоциональная сфера и поведенческие реакции таких детей. Устанавливались особенности психического развития на ранних возрастных этапах – преддошкольного и дошкольного возраста. Согласно полученным данным глубина и тяжесть депривационных нарушений зависит от возраста ребёнка, продолжительности и силы эмоционально-стрессового воздействия. У всех обследуемых обнаружены изменения системы личностного реагирования, ценностной иерархии, эмоциональной сферы.

Психодиагностическое исследование детей из неполных семей показало наличие повышенного уровня тревоги и депрессии, высокий уровень нейротизма. На основании полученных данных были определены принципы построения системы психологической коррекции эмоциональных и личностных характеристик детей-сирот. Система психокоррекционных мероприятий

---

построена по принципам последовательности, этапности, мультимодальности. Проведена апробация разработанной системы, которая показала высокую эффективность и возможность применения на разных уровнях как как медицинской, так и социальной помощи.

УДК 616.89

## **ПОСТМОДЕРНИЗМ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПНОЗА В ЗЕРКАЛЕ 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 про- исходящих 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 психиатри- ческой пропедевтики). Психологическая модель основательно перевешивает в частной практике среди специалистов-психологов, предпочитающих один (чаще всего психологически опосредован- ный) 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 неврозологические запросы, включая постстрессовые изменения психики, пациенты редко ищут помощь именно в гипнозе.

За последние годы в клинко-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 изменений 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 клиники психотерапии. Однако, её дополнение исследованиями в области нейронаук, вполне могут лишить в будущем термин «гипноз» актуальности.

## ЗАСАДИ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРУ

Буздиган О.Г.

*Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. Акад. О.І. Ющенко*

Для проведення ефективних реабілітаційних заходів у хворих на шизофренію у рамках гендерного аспекту повинен використовуватися підхід, за якого визначаються так звані реабілітаційні «мішені». З розрахунку впливу на ці «мішені» і мають плануватися реабілітаційні заходи. На противагу цьому підходу нині пацієнти, «включаються» в вже існуючі реабілітаційні програми без врахування особистісних потреб.

Шизофренічний розлад своєрідно порушує якість життя хворих. По-перше, страждає вища нервова діяльність, яка забезпечує цілісність та єдність організму, правильність формування взаємовідносин з оточуючим середовищем, орієнтацію й пристосування людини до зміни умов життя й праці. По-друге, порушення різних аспектів життя є обов'язковим наслідком клінічної картини шизофренії. При цьому в однієї частини хворих мова йде лише про порушення витривалості по відношенню до праці, підвищену стомлюваність, лабільність вольового зусилля або сповільненість усіх процесів життєдіяльності. У інших хворих втрачається здатність здобувати нові соціальні навички й навіть можливість користуватися раніше надбаним досвідом, добре закріпленим у житті. У третій, і це буває нерідко, при станах апатії й абутії порушуються не лише окремі інтелектуальні функції, але й уся особистість людини, її вищі якості, соціальні й емоційні зв'язки, трудові та соціальні установки, здатність ставити собі певну мету й здійснювати свідому й планомірну активність у досягненні цієї мети, що проявляється порушенням здатності виконувати певні соціальні ролі у суспільстві. В інших випадках, наприклад при маревних станах, здатність діяти цілеспрямовано й активно зберігається, але хворобливо перекручується розуміння предмета праці й тих суспільних відносин, які виникають у житті. Отже погіршуються не лише фізіологічні передумови праці, але й якість життя хворого. Це призводить до зниження здатності хворих усвідомлювати медичні, соціальні та професійні складові прояву шизофренії й осмислювати власні проблеми соціального функціонування. Тому багатогранність ураження, враховуючи гендерний аспект, потребує повної оцінки медичного, соціального та професійного статусу хворих.

В основі ідеології сучасної медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію лежать дві тези:

- 1) Хворі мають потребу в уміннях і навичках, а також у підтримці з боку оточення для відповідності своєї ролі в побутовому, навчальному, соціальному й трудовому оточенні;
- 2) При зміні навичок й/або підтримки у оточенні особи, які страждають на шизофренію стануть більше здатні до реалізації обраних ними ролейових функцій при обов'язковому врахуванні гендерного фактору.

Реалізація цієї ідеології базується на загальних принципах реабілітації:

1. Ранній початок реабілітаційних заходів;
2. Безперервність та етапність;
3. Системність, комплексність та індивідуальний підхід.

Ідеологічними принципами, на яких базується реабілітаційна робота з хворими на шизофренію, є:

1. Рівні гендерні соціальні права і можливості. Відповідно до даного принципу хворі розглядаються як суб'єкти своєї власної життєдіяльності, а не лише як об'єкт турботи суспільства;
2. Активна участь у організації роботи служб допомоги. Самі хворі стають експертами в оцінці реабілітаційних програм;
3. Незалежне життя осіб. Даний принцип наголошує на максимальному розвитку здатностей до самообслуговування, самопомоги й самозабезпечення. Допомога базується на адекватному сприйнятті стану хворого, самопочутті та приймається на добровільній основі та при самопомозі. Основними ключовими моментами даного принципу є: суверенітет споживача; самовизначення; політичні й економічні права;
4. Зв'язок й соціальним середовищем. Даний принцип наголошує на комплексності та поліфакторності проблем, які мають особи хворі на шизофренію, не пов'язуючи усе лише з медичними

питаннями. У аналіз включаються гендерній фактор, обставини виховання, навчання, проживання, спілкування, можливості або неможливості задоволення усіх властивих хворому потреб;

5. Нерозривний зв'язок із соціальним середовищем. Соціальні комунікації кожного індивіда, незалежно від його фізичних або психічних умов, є найважливішою частиною його соціальної ролі. Однією із провідних складових даного принципу є боротьба з феноменом созалежності оточуючих;

6. Вивчення й збереження сімейних зв'язків. Аналіз, як позитивного так і негативного, впливів родини на життєдіяльність хворого;

7. Комплексність й послідовність. Несистематизованість заходів може руйнувати той реабілітаційний потенціал, якій є у хворого та призводити до негативних результатів. Незавершеність програм реабілітації або відсутність її окремих напрямків скорочують можливості індивідуального реабілітаційного потенціалу;

Враховуючи вищевикладені принципи, на яких повинна будуватися ідеологія реабілітаційної роботи, необхідно зазначити, що невід'ємною складовою ефективною реабілітації є оволодіння фахівцями основними засадами формування реабілітаційної програми. Так, виходячи із термінологічного апарату можна зазначити, що біологічне лікування, а також психотерапія спрямовані на редукцію патологічних симптомів, розпочинаючись у здебільшого на початковій стадії хвороби. В свою чергу, реабілітаційна робота починається на стадії, коли фіксується наявність зниження якості життя, де основною стратегією втручання є розвиток умінь і навичок та розвиток підтримки зі боку оточення.

УДК 159.95

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ОСІБ СИТУАЦІЯХ НЕВИЗНАЧЕНОСТІ (НА ПРИКЛАДІ ЗАХОПЛЕННЯ КОМП'ЮТЕРНИМИ ІГРАМИ)**

**Веремейчик В.А., 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, нерівноваженість, 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.Добровідовою «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 3-5 годин і більше на день. У 2-у групу увійшли підлітки, що приділяють КГ 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 (КІ) і підліткам, що захоплюються КІ, 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 захоплення комп'ютерними іграми (група №2).

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

УДК 616.895:355/359-05:614.39

## **СТАН НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЩО НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ ПОСТРАЖДАЛИМ У ЗОНІ АТО**

**Вовк В.І., Северин Ю.В.**

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,  
кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології*

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 своїй праці не зустрічаються з даним 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 низькою кількості 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.

УДК 195.95

## ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОСТІЙКОСТІ У ОСІБ СХИЛЬНИХ ДО РИЗИКУ

Гаврилова А.В., Селюкова Т. В.

Національний університет цивільного захисту України

Стресостійкість трактується як сукупність особистісних якостей, що дозволяють людині протистояти стресу, вольовим та емоційним навантаженням та психологічним переживанням без негативних наслідків для здоров'я.

Потрапляючи в стресові ситуації, особа втрачає почуття страху, і в результаті цього може йти на ризик. Різний рівень стресостійкості, обумовлює різну схильність особи до ризику: виправданого і не виправданого. Що стосується ризику, то це ситуативна характеристика діяльності, що складається в невизначеності її результату і можливості несприятливого наслідку у випадку неуспіху.

В дослідженні брали участь студенти та курсанти Національного університету цивільного захисту України та студенти Сумського державного педагогічного університету ім. А.С. Макаренка та Сумського національного аграрного університету в кількості 80 осіб.

На першому етапі дослідження вибірка була розподілена за допомогою методики «Діагностика ступеня схильності до ризику» Г. Шуберта на дві досліджувані групи з крайніми варіантами ступеня готовності до ризику: група №1 – респонденти з високим рівнем схильності до ризику, група №2 – досліджувані з низьким рівнем схильності до ризику.

Особи, які увійшли в першу, групу мають високий рівень схильності до ризику, що характеризуються як люди, які не так категорично сприймають небезпеку, можуть без проблем згодитись на авантюри чи інші заходи, навіть, якщо вони несуть небезпеку їхньому життю.

До другої групи увійшли досліджувані з низьким рівнем схильності до ризику. Такі люди характеризуються обережністю у своїх вчинках, вони продумують кожен свій крок, зважаючи свої дії, необхідність ризикувати дається їм тяжко.

На другому етапі нашої роботи за допомогою методики «Тест на самооцінку стресостійкості особистості», за ред. Н.В. Кіршевої та Н.В. Рябчикова, нами були отримані наступні результати: в обох групах значно переважає середній рівень стресостійкості (52% в першій групі та 67% в другій групі). Однак, респонденти з високим ступенем схильності до ризику (досліджувані групи №1) мають більш високий рівень стресостійкості (37% досліджуваних) в порівнянні з групою №2 (11% досліджуваних); і, навпаки, у більшості респондентів другої групи (занадто обережні) визначається більш високі показники за низьким рівнем стресостійкості (22%) в порівнянні з групою №1 (11%).

Стресостійкість особистості формується на основі багаторазового повторення зіткнення особистості зі стресогенними факторами. Це зіткнення проявляється в складному процесі, що включає: оцінку стресової ситуації, регуляцію діяльності в стресогенних умовах, долання стресу або копінгову поведінку, вплив на особистість травматичних подій та пропрацювання травматичного досвіду.

Отже, люди, які мають високий ступінь схильності до ризику постійно в пошуках самовизначення. Вони намагаються привернути до себе увагу. В окремих випадках – готові на самопожертвування. Ці люди стресостійкі, вони готові діяти в екстремальних ситуаціях.

---

Особи з низьким рівнем схильності до ризику постійно перебувають у стані «терезів»: сумніваються, перестраховуються. Вони займають виважену життєву позицію. Ці люди більш чутливі до стресу, тому мають нижчий рівень стресостійкості.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що особи з високим рівнем схильності до ризику частіше обирають професії, які вимагають перебування в екстремальних ситуаціях, вони мають високий рівень стресостійкості, готові відносно спокійно приймати тривалі або миттєві зміни. Вміють ефективно діяти в кризових умовах. Стресом для них є тільки найважчі події, що стосуються їх самих або близьких.

Стресостійкість це складне системне утворення, що включає в себе наступні компоненти: рівень нервово-психічної стійкості, тип темпераменту і властивості нервової системи, рівень тривожності, тип локусу контролю і рівень самооцінки. Формування і прояви стресостійкості мають особливості у осіб, що виконують складні види діяльності. Розвиток стресостійкості має особливе значення для працівників пожежної служби, що здійснюють професійну діяльність в екстремальних умовах.

UDK 613.861:616.895:613.816

### **THE CLINIC AND REHABILITATION FEATURES OF POSTSTRESS DISORDERS IN ATO SOLDIERS AND INTERNALLY DISPLACED PERSONS IN UKRAINE**

**Gaponov K.D.**

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,  
Kharkiv Regional Narcological Dispensary*

The current situation in Ukraine is characterized by multitude social stress factors, resulting in an increase in quantity of maladaptive disorders. That arises as a mechanism to compensate the adverse mental stress and different variants of chronic stress disorders. The stress disorders consequences develop on the basis of actions of three groups of factors: military (the need to kill, the death of comrades, combat stressors), civilian (loss of a home, the need for relocation) and hybrid war. Accordingly, there are groups of people most vulnerable to their effects: ato soldiers and internally displaced persons.

According to the analysis of open sources of the medical information, provided by Ministry of health of Ukraine and Military Ministry, 5327 ato soldiers needed treatments because of mental disorders, and 4876 of them were suffering from stress disorders in the period of 04.2014 – 09.2015. Including: acute stress reaction f43.0 – 59,3% – 3154 persons, post-traumatic stress disorder (ptsd) f43.1 – 13,3% – 710 persons, adjustment disorder f43.2 – 19% – 1012 persons. Only 20,6% of soldiers could continue their military service after the treatment.

The nosologic structure of hospitalized soldiers in 2014 shows the majority of patients with stress disorders – 84,1%, when the specific gravity of mental disorders caused by psychoactive substances was 3,8%. Organic mental disorders hold 6.2%, and psychotic disorders – 2.5%.

Compared to 2014, in the first half of 2015, the quantity of soldiers, which were hospitalized with neurotic stress disorders, reduced to 53.8%. At the same time, the quantity of persons with mental and behavioral disorders caused by psychoactive substances, first by alcohol was 34%, increased 8 times.

Rehabilitation of the armed forces and National Guard fighters of Ukraine is based on psychological first aid, self-help and support during the execution of combat missions in extreme conditions. Help is available in the rehabilitation wards of military hospitals with diagnostic method of the military option of the Mississippi scale. Trauma focused impacts are based on the cognitive restructuring. Therapeutic alliance and patient compliance is ensured with the assistance of the fellow servicemen.

Another vulnerable group for the development of social and stress disorders are internally displaced persons (idp). As of September 2015, Ukraine had recorded more than 1.5 million internally displaced persons. However, since the process of establishing a centralized system for registration is still pending, the actual number of persons displaced within the country may be higher.

The researchers of Kharkiv National Medical University conducted a survey of 97 internally displaced persons in the volunteer center, located at the central train station in Kharkiv. According to our preliminary data, 75.9% of idps had adjustment disorders. As for nosology structure, they were presented

with mental and behavioral disorders of F43 cluster – a reaction to stress and adjustment disorders, including: mixed Anxiety-depressive reaction F43.22 (43,5%); prolonged depressive reaction F43.21 (22%); PTSD F43.1 (16,5%) patients; adjustment disorder with mixed disturbance of emotions and conduct F43.25 (14,5%); adjustment disorder with prevalence disorder of other emotions F43.23 (3,5%) patients.

The refugees are receiving assistance at the new place of residence in civilian health care centers institutions (psychosomatic departments of general hospitals, neuroses departments of psychiatric hospitals). For the purpose of diagnosis doctors use the civilian version of Mississippi scale, and trauma focused influences include the use of exposure and cognitive restructuring. Social support becomes very important during the rehabilitation activities, solving the problem of housing, employment, education and upbringing of children, and others.

УДК 195.95

### **ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ВОЛОНТЕРІВ В СУЧАСНИХ УКРАЇНСЬКИХ РЕАЛІЯХ: 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 негативних соціально-психологічних установок по відношенню до себе, близьких, колег, переживанням відчуття власної неспроможності, втратою раніше значимих цінностей, емоційною нестабільністю і 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.

УДК 616.381-001-089

### **ОСОБЕННОСТИ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАКРЫТУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ**

**Губина Г.Л., Павлова О.П., Мороз и.В., Харитоненко А.Л.**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра невропатологии и детской неврологии*

Реактивность нервной системы, её компенсаторные возможности в различных возрастных группах разные. Это существенно сказывается на клинических проявлениях отдаленной закрытой

---

Черепно-мозгової травми (ЗЧМТ), в том числі і ликворно-гіпертензивного синдрому (ЛГС) у осіб різних вікових груп.

Наші спостереження включали 61 учасника бойових дій з ЛГС травматичного генезу верифікованого комп'ютерною томографією (КТ). Хворі були розділені на дві вікові групи: молодого (від 18 до 40 років) 34 людини і середнього віку (від 45 до 55 років) – 27 осіб. Порівнюючи клініку ЛГС у хворих першої і другої груп. У хворих першої групи преобладали головні болі приступообразного характеру, більш інтенсивні, імовірно більш висока залежність від положення голови, посилювалися в постелі, зменшувалися при вставанні. При КТ у осіб молодого віку відзначено преобладання симетричної гідроцефалії, як ведучого рентгено-морфологічного субстрату посттравматичного ЛГС. У 15 (44,1%) хворих цього ж віку преобладала кистозна і кистозно слипчивий церебральний арахноідит. У хворих другої групи преобладала асиметрична гідроцефалія. Арахноїдальні кисти виявлені лише у 6 (22,2%) хворих.

Таким чином, відзначені морфо-клінічні особливості віддалених наслідків ЗЧМТ у вигляді ЛГС у осіб молодого і середнього віку дозволяють більш диференційовано підійти до вибору патогенетичного лікування з урахуванням віку хворих.

УДК 616.895.87-055.52:616-056.2.176

## **ПРОБЛЕМА ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЇ ТА ДИТЯЧЕ-БАТЬКІВСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

**Дрюченко М.О.**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОН України*

Сім'я, в якій є хворий на шизофренію, характеризується рядом психологічних особливостей. Захворювання на шизофренію супроводжується значними порушеннями сімейного функціонування індивіда і може поставити під загрозу здатність батьків до догляду за дітьми та взаємодії з ними. Глибокі зміни у когнітивно-поведінковій сфері хворих на шизофренію практично завжди призводять до порушення взаємин всередині сім'ї та до формування сімейної дезадаптації.

При цьому слід мати на увазі, що завдяки зростаючій ефективності лікування та реабілітації хворих на шизофренію, кількість пацієнтів, які створюють сім'ї і народжують дітей, постійно збільшується. Приблизно половина жінок, що страждають на шизофренію, є матерями, і більшість з них залучені до виконання материнських обов'язків, а в окремих етнокультуральних групах питома вага жінок, хворих на шизофренію, які народжують і виховують дітей, може бути значно більшою.

Сімейному мікросоціуму належить провідна роль серед факторів, що зумовлюють соціальну дезадаптацію хворих на шизофренію; при цьому більшість авторів визнають, що проблема оцінки важливості дисоціації у сімейних, насамперед, батьківських відносинах при шизофренії залишається далекою від вирішення. У сучасній літературі особливості функціонування сім'ї хворого на шизофренію розглядається переважно в рамках кількох теоретичних моделей, таких як концепція «шизофреногенної» матері (Fromm-Reichman f., 1948) або батька (Lidz t., 1957), «симбіозного поля» (Schefflen A., 1981), «стрес-діатез моделі» (Lieberman R., 1986), «системної» (Oudshoorn D.H., 1993) та «психопедагогічної» (Anderson c., 1983) моделей.

Дослідження сімей, де є хворий на шизофренію, виявили ознаки значних порушень родинного функціонування. Так, U. Trangkasombat (2008), встановив, що сім'ї хворих на шизофренію у 70,0% є дисфункціональними; цікаво, що при цьому вони виявилися кращими, ніж сім'ї хворих на депресивні розлади, де питома вага дисфункціональних родин склала 96,7% (індекс сф відповідно  $144,97 \pm 17,76$  та  $86,07 \pm 16,44$ ,  $p > 0,05$ ). Дисфункціональність виявлялася переважно у сферах вирішення проблем, комунікації, афективної чуйності та афективної турботи.

Л.В. животовська зі співавт. (2015) повідомляють, що у значній кількості сімей, де мати хворіє на параноїдну шизофренію, діти виховувалися в умовах недостатньої емоційної прихильності; у таких родинах відзначалося емоційне відторгнення під час виховання. При цьому такі особливості сімейних відносин, як бажання проводити весь час із сім'єю, з дітьми та прагнення до піклування у хворих на шизофренію спостерігалися значно рідше порівняно з контрольною групою, що свід-

чить Про низьке залучення їх до виховання дітей та невиконання своїх сімейних функцій. У батьків, хворих на шизофренію, найчастіше спостерігалися ігноруючий і поверхневий типи сприйняття проблем у власних дітей, а адекватний тип сприйняття виявлений лише в 3,22% випадків. При цьому в родин хворих на параноїдну шизофренію жоден із дітей не отримував гармонійного виховання, що було пов'язано з порушенням міжособистісних стосунків між батьками. Автори роблять висновок, що характер психічнохворих матерів визначався психопатологічною феноменологією параноїдної шизофренії і негативно впливав на виконання своєї сімейної ролі, виступаючи одним із головних чинників формування сімейної дисгармонії. Внаслідок порушення якісних емоційних зв'язків у досліджених сім'ях та невідповідності сімейно-рольових позицій у всіх родин хворих страждали виховна і емоційна функції, що виступало чинником емоційної депривації, постійних конфліктів та ігноруючого ставлення до дитячих проблем у сім'ях та створювало умови постійно діючої психотравмуючої ситуації.

У ряді досліджень акцентується увага на значній виразності несприятливих афективних реакцій у родичів хворих на шизофренію, насамперед, розчарування та гніву, що є результатом фрустраційних переживань; актуальною є також емоційна депривація та конфліктність по відношенню до інших членів сім'ї, насамперед, дітей, пов'язана з пріоритетністю уваги та турботи про хворого.

Водночас, закономірності внутрішньосімейної взаємодії в родин хворих на шизофренію, є більш складними, про що свідчать дані ряду досліджень. Так, J.C. Carvalho et al. (2014) повідомляють, що у їхньому дослідженні 78% хворих на шизофренію та 87% членів їх сімей визнали свої сім'ї цілком здоровими і збалансованими, а виразність негативних проявів, таких, як байдужість, жорстокість, хаотичність оцінили як низьку або вкрай низьку; обидві групи описували свої сім'ї як «надзвичайно міцні» та «надзвичайно гнучкі». Автори роблять висновок, що сім'ї, в яких один з батьків хворий на шизофренію, функціонують добре, незважаючи на наявність психічного розладу. C. Vaughn, J. Leff (1976), S. King (2000), M. Dorian et al. (2008) звертають увагу на те, що тісні емоційні зв'язки не завжди корисні для пацієнтів, і тривалий тісний контакт між пацієнтом і сім'єю може бути пов'язаний з рецидивом шизофренії. Дослідження виявили, що у сім'ях з високою виразністю емоцій частота рецидивів більша, ніж у сім'ях з низькою емоційністю (48% проти 6%), що, на думку авторів, свідчить про те, що емоційне сімейне середовище є важливим фактором дистресу не лише у хворих, а й у його родичів. A.e. Reupert et al. (2012) повідомляють, що вплив психічного захворювання батьків виявився менш шкідливим для дитини, ніж соціальні негаразди, такі як безробіття, житлові проблеми та ізоляція.

Такі суперечливі дані свідчать про необхідність подальших досліджень різних аспектів інтра-сімейних відносин в родин хворих на шизофренію. Одним з провідних напрямків цих досліджень, окресленим даними сучасної наукової літератури, є вивчення особливостей реалізації батьківської функції матерями, хворими на шизофренію, а також закономірностей взаємодії у системі мати-дитина в родин хворих на шизофренію.

УДК 159.76

## ОСОБЛИВОСТІ ТОЛЕРАНТНОСТІ КУРСАНТІВ ТА СТУДЕНТІВ НУЦЗУ

Євлевська 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 у 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 свідчить 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 пристосовуватися 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, не- навмисно заподіяні вам прикраси» 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 ви- значаються. 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.

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

## **РАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З РОЗЛАДАМИ ПСИХІКИ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ**

**Живилова 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 закрыта черепно-мозкова травма (ЗЧМТ) характеризуються віддаленими наслідками в різноманітних клінічних проявах, що протікають з часами 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 принципи їх психотерапевтичної корекції 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 лікування 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), харак-

терологічний опитувальник для виявлення особистісно-характерологічних акцентуацій Леонгарда – Шмішека, діагностичний опитувальник агресивності Басса – 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 мікро- та макросоціальному середовищі.

Апробація цієї системи показала її високу ефективність.

УДК 159.95

### **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ ТА УЯВЛЕНЬ ПРО СЕНС ЖИТТЯ У ЮНАКІВ ТА ДІВЧАТ**

**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 ін- тригах 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 особливості що існують, відрізняються за статеву 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 становлення 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 – це 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 немаловажливим є гендерні особливості представлення 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.

УДК 159.95

## **ОСОБЕННОСТИ ФЕНОМЕНА КРЕАТИВНОСТИ И ТИПА МЫШЛЕНИЯ**

**Калашник Ю.Е., Селюкова Т.В.**

*Национальный университет гражданской защиты Украины*

Актуальность темы обусловлена недостаточной разработанностью общих концептуальных основ креативности. Нельзя сказать, что проблематика креативности была обойдена вниманием исследователей. Наибольшее внимание уделялось разработке практических рекомендаций по развитию креативности, но проблема природы креативности остается нераскрытой. На данный момент, природа креативности является слабо изученной.

Изучение креативности ведётся в основном в двух направлениях. Одно связано с вопросом о том, зависит ли креативность от интеллекта, и ориентируется на измерение познавательных процессов в связи с креативностью. Другое направление занимается выяснением того, является ли личность с её психологическими особенностями существенным аспектом креативности и характеризуется вниманием к личностным и мотивационным чертам.

В многочисленных исследованиях накоплено большое количество эмпирических фактов, однако креативная личность остается непонятной и непредсказуемой. В результате сложилась распространено мнение, что проблема креативности является недостижимой вершиной для психологической науки, так как связанные с творчеством сложные процессы не поддаются научному изучению. Общественный и научный интерес к деятельности, поведению, личной жизни креативных людей является достаточно острым. Обусловлено это тем, что от творческих людей ожидают сдвигов в развитии науки и жизни общества, на них возлагают большие надежды. Креативное мышление имеет ценность в бизнесе, науке, культуре, искусстве, политике – словом, во всех динамичных жизненных областях, где развита конкуренция. В этом и заключается её ценность для общества.

Креативность – творческие способности индивида, характеризующиеся готовностью к принятию и созданию принципиально новых идей, отклоняющихся от традиционных или принятых схем мышления и входящие в структуру одарённости в качестве независимого фактора, а также способность решать проблемы, возникающие внутри статичных систем.

Целью нашего исследования является изучение взаимосвязи уровня креативности и типа мышления.

Для проведения исследования мы использовали методику изучения креативности Э. Торренса и методику диагностики типа мышления Г.В. Резапкиной. Исследование проводилось на базе Национального университета гражданской защиты Украины. В исследовании участвовали 120 студентов и курсантов НУГЗУ в возрасте 17 – 22 лет.

В итоге мы получили следующие результаты: предметно-действенное мышление было выявлено у 12% исследуемых, абстрактно-символическое у 23%, словесно-логическое у 30%, наглядно-образное у 35%. Следует заметить, что среди испытуемых преобладало наглядно-образное мышление.



Что касается уровня креативности, то он находится в пределах среднего уровня креативности (низкий уровень креативности был выявлен у 10% испытуемых, средний у 58% испытуемых, а высокий у 32%). Наиболее высокие показатели креативности были выявлены у испытуемых с наглядно-образным и абстрактно-символическим мышлением.

Была выявлена статистически достоверная взаимосвязь между уровнем креативности и абстрактно-символическим и наглядно-образными типами мышления. У испытуемых с абстрактно-символическим и наглядно-образными типами мышления уровень креативности был заметно выше, чем у испытуемых с предметно-действенным или словесно-логическим мышлением.

Полученные результаты могут быть обусловлены спецификой методики Э. Торренса, которая наиболее задействует наглядно-образное и абстрактно-символическое мышление и вовсе не задействует предметно-действенное мышление. Возможно, применив другую методику результаты исследования могли быть несколько другими.

Следовательно, можно сделать вывод, что в нашем исследовании была обнаружена статистически достоверная взаимосвязь между уровнем креативности и абстрактно-символическим и наглядно-образными типами мышления. У испытуемых с данными типами мышления уровень креативности был выше.

УДК 616.89-08-039.76-085.851

### **ПСИХООСВІТНІ ПРОГРАМИ В СИСТЕМІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПОДІЇ**

**Кожина А.М., Гайчук Л.М., Черкасова А.О.**

*Харківський національний медичний університет,  
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології*

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвими випробуваннями не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу (П.В. Волошин, Н.О. Марута, 2014).

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

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

У ході роботи нами розроблено та апробовано програму психоосвітньої роботи з хворими на посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації, яка являє собою комплексну поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, які займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

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

При проведенні психоосвітньої роботи ми використовували наступні методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Відповідно до отриманих у ході роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психоосвітніх заходів, відмічалися швидка редукція психопатологічної симптоматики,

Нормалізація емоціонального стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії та реабілітації хворих на ПТСР та розлади адаптації який включав в себе психофармакотерапію у поєд-

---

нанні з пси- хоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих. Це в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує об'єм знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

УДК 616.89-08-039.76-085.851

## **МЕХАНИЗМИ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ В ЗОНЕ АТО**

**Кожина А.М., Зеленская Е.А.**

*Харьковский национальный медицинский университет  
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии*

Необходимо отметить, что в большинстве развитых стран мира со средним и высоким уровнем самоубийств (от 10 до 20 на 100 000 населения и свыше 20) в последние десятилетия наблюдается постоянная тенденция к увеличению роста как самоубийств, так и суицидальных попыток. Украина, к несчастью, относится к государствам с высоким уровнем суицидальной активности. Первопричиной формирования аутоагрессивной активности являются те или иные нарушения в функционировании системы среда-человек. Какие-либо патологические изменения адаптационных возможностей человека в сложившейся экстремальной ситуации (в ситуации суицидогенного конфликта) непосредственно могут повлечь за собой суицидогенез. Данные вопросы стали еще более актуальными в силу большого количества различного рода военных конфликтов в мире и проведения военных действий в зоне АТО.

Нами проведено комплексное обследование 36 больных, обоего пола, в возрасте 18 – 35 лет, с депрессивными расстройствами (F41.2, F43.21), пострадавших в зоне АТО, в структуре которых выявлены различные формы суицидального поведения. Контрольную группу составят 30 больных с аналогичными формами патологии в возрасте 18 – 35 лет без признаков суицидального поведения.

В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностический, определение серотонина и мелатонина в крови, изучение полиморфизма генов LRRTM4 и ACP1.

При анализе особенностей метаболических нарушений в системе биогенных аминов в группах с разной нозологической принадлежностью и разной интенсивностью проявлений депрессии, было определено, что упомянутые группы пациентов характеризуются специфическими признаками. У пациентов с суицидальным поведением, которое было вызвано острой реакцией на стресс, наблюдалось снижение экскреции адреналина в ночной период и норадреналина днем. Повышение уровня серотонина и снижение концентрации мелатонина в крови было в этой группе менее значительным в сравнении с другими. У лиц с высокими значениями бала депрессии по шкале Гамильтона и другими шкалами для определения депрессии показано наибольшее повышение концентрации серотонина в крови и наиболее низкий уровень мелатонина в плазме крови. А также выявлены корреляции полиморфизмом генов LRRTM4 и ACP1.

Полученные данные позволили разработать патогенетически обоснованную комплексную систему коррекции суицидального поведения в рамках острой реакции на стресс у лиц, пострадавших в зоне АТО, включающую в себя сочетанное применение медикаментозного и психотерапевтического воздействия, а также психообразовательных программ.

## **ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Кожина А.М., Кришталь В.Е., Кришталь А.А.**

*Харьковский национальный медицинский университет,  
кафедра психиатрии, наркологии, общей и медицинской психологии*

Реабилитация психически больных не ограничивается устранением психопатологической симптоматики и должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности – в современных условиях эта проблема приобретает особую важность.

**Цель исследования:** оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных шизофренией.

Для достижения поставленной цели нами было проведено комплексное обследование 140 больных, женского пола, в возрасте 18 – 35 лет с установленным диагнозом шизофрения в период стабилизации состояния.

В ходе работы нами была использована комплексная система реабилитации больных шизофренией включающая в себя использование психообразовательных программ. Для решения поставленных задач использовали интегративную модель психообразовательной работы, которая включала в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых взаимодействий (информационные тренинги, тренинги позитивного самовосприятия, тренинги улучшения комплаенса, тренинги формирования коммуникативных умений и навыков, тренинги решения проблем межличностного взаимодействия), проблемно-ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию.

Как показали результаты изучения после завершения реабилитационной программы установлено, что уровень общей поведенческой дисфункции в обществе у обследованных больных снизился на 87,4%, дисфункция при выполнении социальных ролей в обществе на 75,1%, нарушение функционирования пациентов в больнице на 73,7%, дисфункция модифицирующих факторов у больных – на 82,5%. По результатам катамнеза в основной группе на фоне проводимой комплексной терапии с использованием предложенных реабилитационных программ у 82,2% больных был достигнут стойкий терапевтический эффект, в 11,1% – состояние оставалось без динамики, и в 6,7% – отмечался рецидив заболевания.

Таким образом, как показали результаты исследования, комплексный подход в терапии шизофрении, который включал в себя психофармакотерапию в сочетании с психообразовательными тренингами, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных.

## **ВАРІАНТИ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА АДАПТАТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СПІВРОБІТНИКІВ МВС УКРАЇНИ – УЧАСНИКІВ АТО**

**Козира П.В.**

*Львівський державний університет внутрішніх справ*

Корінні зміни в Україні суспільних відносин, які виходять за рамки звичайного досвіду не може не позначитися на стані психічного здоров'я населення. Зміна системи культурних, ідеологічних, моральних, релігійних норм і цінностей; зміна соціальних зв'язків і життєвих планів; нестабільність і невизначеність життєвого положення призводить до розвитку соціально-стресових розладів (ССР). З іншого боку участь населення в бойових діях призводить до розвитку у їх учасників посттравматичного стресорного розладу (ПТРС). В порівнянні з клінічно окресленими проявами, доклінічні порушення у вигляді постстресової психологічної дезадаптації зачіпають значно більші верстви населення. У найскладнішому стані знаходяться співробітники МВС України які відчули на собі весь спектр вказаних подій. Вони використовуються тієї чи іншою із сторін суспільства у їх

протистоянні, змінюються навантаження на їх службу та ролі в суспільстві, відношення до них населення та влади, участь в боях з мешканцями цієї ж країни.

Ступінь дезадаптації особистості в наслідок стресорного впливу залежить від системи психологічного захисту, в склад якої входять копінг-стратегії та адаптивна поведінка під час стресу та після нього. Ці важливі чинники нами були вивчені при клініко-психологічному і психодіагностичному обстеженні психологічного стану 205 співробітників МВС України віком 29 – 37 років, які знаходились на службі не менше як з 2010 року. З них 148 брали участь в проведенні АТО протягом 2014 – 2015 років.

В дослідженні використані методики: «Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R – 1ES-R)», «Діагностика копінг-стратегій Хайма», «Діагностика рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана», «Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-AM)», «Тест життєстійкості», «Біографічний опитувальник (BOTTSCHER, JAGER, Iischer)».

**Результати дослідження** по шкалі оцінки впливу травматичної події у учасників АТО характеризувались високими показниками по шкалах «вторгнення» та «фізіологічної збудливості» або високими показниками «уникнення». Результати дослідження біографічного опитувальника достовірно відрізнялись від контрольної групи та розподілялись, в основному, на 2 групи. В одній були характерні високі показники шкал ERZIEN, SOZLAG і E; ознаки екстраверсії (SOZAKT і E) та актуальна напруга в професійній та особистісній сферах (SOZAKT, PSYKON K ERZIEN). Для іншої були характерні невпевненість у собі, слабкість «я» (шкали ICHSTK, SOZAKT и SOZLAG) та наявність явищ сімейного дефіциту (FAM и ERZIEN).

В обох групах були достовірно високі рівні фрустрованості в порівнянні з контрольною групою. Причому, у другій групі більш високі, ніж в першій. В результатах тесту МЛО «Адаптивність» чіткого розподілу серед учасників АТО по більшості шкал не виявлено, або на рівні тенденцій. Так виявлено низькі рівні показників шкал 3 рівня; для 4-го рівня переважали показники задовільної адаптації, близької до низької; для 2-го шкал 2-го рівня характерно наявність астенічних реакцій та дезадаптивних порушень.

Приведені дані чітко вказують на наявність базової основи тих чи інших порушень копінг-стратегій. За результатами тесту діагностики копінг-стратегій Хайма у учасників АТО виявлені не адаптивні та відносно адаптивні стратегії. Причому, переважно не адаптивні виявляються для емоційних, а відносно адаптивні – для поведінкових копінг-стратегій. Когнітивні переважно були адаптивного характеру. При чому, знову ж виявлений розподіл на 2 групи: з переважною не адаптивністю емоційних або поведінкових стратегій.

Результати тесту життєстійкості учасників АТО також розділились на дві групи – переважно з середньою та низькою загальною життєстійкістю. В першій групі характерні середні показники залученості, переважно високий контроль та високе сприйняття ризику. Для другої групи переважають низькі показники залученості, середні або низьку ризику та середні контролю.

Таким чином, співставляючи результати дослідження можна говорити про наявність відповідних змін в психічній сфері, які можуть бути базовою основою для тих чи інших дезадаптивних поведінкових стратегій. Ці базові зміни обумовлюють інтенсивність та спрямованість цих стратегій.

УДК 159.9.07;159.9.07::51-7

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАКОНОДАВЧИХ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Колесніченко О.С., Мацегора я.В., Юр'єва Н.В.**

*Національна академія Національної гвардії України  
науково-дослідний центр Національної гвардії України (м. Харків)*

Антитерористична операція (далі АТО), що триває в Україні майже три роки, є не тільки формою прояву оборонної політики Української держави, яка покликана належним чином відповісти на новітні зовнішньополітичні виклики і загрози національній безпеці, державному суверенітету та територіальній цілісності нашої країни. Вважаємо, що однією з досить ефективних форм подолання

цілої низки негативних соціокультурних наслідків є психологічна допомога різним категоріям учасників АТО, законодавче забезпечення якої потребує істотного вдосконалення.

Серед дослідників психологічної проблематики та психологічної допомоги учасникам бойових дій вирізняються В.О. Лесков, Л.І. Мульована, Н.В. Павлик, Т.П. Паронянц, В.С. Сідак та інші. До вивчення різних аспектів права соціального забезпечення у свій час зверталися М.Г. Александров, В.С. Андреев, К.С. Батигін, Я.І. Безугла, В.Л. Забеліна, Р.І. Кондратьєв та ін. Проте залишаються недостатньо дослідженими саме проблеми законодавчих основ психологічної допомоги учасникам АТО як елементу права соціального забезпечення.

На даний час є за необхідне детально проаналізувати законодавчі та нормативно-правові документи, що визначають алгоритм проведення психологічної реабілітації учасників бойових дій та визначити в подальшому основні напрямки її вдосконалення. Слід зауважити, що для надання психологічної допомоги учасникам АТО відсутнє належне законодавче забезпечення.

Відповідно до положень ст. 49 Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. У ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» під здоров'ям розуміється «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад».

У ст. 5 Закону України «Про соціальні послуги» розкривається зміст психологічних послуг, як «надання консультацій з питань психічного здоров'я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, спрямованої на вивчення соціально-психологічних характеристик особистості, з метою її психологічної корекції або психологічної реабілітації, надання методичних порад».

31.03.2015 р. Розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції» №359-р було затверджено відповідний план, пункти якого містять заходи, пов'язані із психологічною реабілітацією учасників бойових дій.

03.11.2015 р. Набув чинності Закон України «Про внесення зміни до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», в якому передбачено, що «військовослужбовці, учасники бойових дій та прирівняні до них особи, особи, звільнені з військової служби, які брали безпосередню участь в антитерористичній операції чи виконували службово-бойові завдання в екстремальних (бойових) умовах, в обов'язковому порядку повинні пройти безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію у відповідних центрах з відшкодуванням вартості проїзду до цих центрів і назад. Порядок проведення реабілітації та відшкодування вартості проїзду встановлюються Кабінетом Міністрів України».

Порядок функціонування та діяльності центрів психологічної реабілітації та лікування законодавчо не врегульований (відсутні відповідні нормативно-правові документи), законодавчо не врегульовані питання процесу госпіталізації, лікування та виписки. Військові потрапляють до центрів переважно перебуваючи у відпустці, без відповідних направлень, тоді, як у п. 260 Статуту внутрішньої служби Збройних сил України зазначається, що «у разі направлення на лікування поза розташуванням частини військовослужбовці повинні... мати при собі направлення, підписане командиром військової частини».

Закон України «Про психіатричну допомогу» у статті 5 передбачає серед державних гарантій щодо забезпечення психіатричною допомогою та соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, фінансування надання психіатричної допомоги в обсязі, необхідному для забезпечення гарантованого рівня та належної якості психіатричної допомоги; безоплатне надання медичної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у державних та комунальних закладах охорони здоров'я та безоплатне або на пільгових умовах забезпечення їх лікарськими засобами і виробами медичного призначення в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України тощо.

Учасники бойових дій, які гостро потребують психологічної допомоги, за кошт держави (Закон України «Про психіатричну допомогу») можуть бути госпіталізовані тільки до відповідних центрів психологічної реабілітації, які розміщуються на базі психоневрологічних лікарень, з достатньо вірогідними негативними соціальними наслідками. Це може спонукати обмеження у виборі профе-

сії, проблеми із отриманням сертифікату від психіатра для оформлення водійського посвідчення тощо. Учасники бойових дій часто потребують саме психологічної, а не психіатричної допомоги, й у такому випадку організаційний та фінансовий тягар повною мірою лягає на плечі сімей учасників АТО, благодійних організацій та волонтерів. Роль держави у наданні саме психологічної допомоги учасникам АТО видається мінімальною, тому лишається питання удосконалення механізму реалізації положень ст. 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» стосовно психологічної реабілітації військовослужбовців, учасників бойових дій та прирівняних до них осіб.

УДК 159.9.07;159.9.07:51-7

## **КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ**

**Коростій В.І., Платинюк О.Б.**

*Харківський національний медичний університет,  
Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка»  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології*

За даними міжнародної неурядової організації internal Displacement Monitoring centre (IDMC) на сьогодні у світі зареєстровано понад 38,2 млн осіб, які були переміщені в межах своїх країн, ще у 2007 році ця цифра складала 24,5 млн людей. Із них більше 1,5 млн – це українці, які були змушені залишити свої домівки після анексії Криму та розгортання збройного конфлікту на сході України, і стали вимушеними переселенцями. Це - найгірші показники в світі з часів Другої світової війни. Таким чином, протягом останніх двох років проблема внутрішньо переміщених осіб значно виросла в світі в цілому, а для України є цілком новим серйозним викликом. Велика кількість публікацій в міжнародних журналах показують, що серед переміщених осіб психічні розлади зустрічаються частіше, ніж в популяції, та суттєво впливають на здатність до адаптації. Найбільш близьким за часом та причинами є досвід Грузії. Найбільше внутрішньо переміщених осіб розміщено у Луганській (210 тис. 859 осіб), Харківській (185 тис. 556 осіб), Донецькій (110 тис. 423 особи), Дніпропетровській (84 тис. 402 особи), Запорізькій (64 тис. 937 осіб), Київській (43 тис. 287 осіб) областях та у м. Києві (39 тис. 47 осіб). Таким чином, переселенці намагаються знаходитися на територіях, наближених до місць проживання.

**Методи:** психодіагностичний, клініко-психологічний, клініко-психопатологічний.

За 2015 рік до Університетської клініки звернулися 156 осіб, переміщених з території Луганської та Донецької областей. Лише 65 з них мали офіційний статус ВПО. Причинами звернення у всіх пацієнтів були соматичні скарги. При скринінгу з використанням госпітальної шкали у всіх пацієнтів виявлялися підвищені показники рівня тривоги та депресії. 48% пацієнтів відмовилися від психіатричного обстеження, 24% навіть від психологічних консультацій. При клінічному обстеженні в період перебування: гострих стресових реакцій не було виявлено, переважали тривожні розлади, довготривала депресивна реакція.

Тривожні розлади виявлені у 56,5%, довготривала депресивна реакція у 32,0%, посттравматичний стресовий розлад у 10,5% обстежених. Психосоматичні розлади мали 80% пацієнтів. Проводилося лікування основного захворювання, комплексна психологічна та фізична реабілітація.

Психологічна реабілітація включала КПТ, релаксацію, арт-терапію. Фізична реабілітація включала кінезотерапію та tre. Проведення комплексу заходів фізичної реабілітації протягом 14 днів призводило до зниження рівня тривоги до фізіологічного рівня у всіх психічно здорових пацієнтів, зменшення виразності психосоматичних симптомів в структури основного захворювання, підвищення задоволеності результатами лікування на 28,5 %.

**Висновки.** Аналіз результатів дослідження стану психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб та оцінка ефективності комплексної реабілітації в умовах Університетської клініки показують потребу скринінгу психічного стану при зверненні за медичною допомогою та бажаність проведення психологічної та фізичної реабілітації таких пацієнтів в період перебування в стаціонарах соматичного профілю.

## ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНОМОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Коршняк О.В.

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

Проблема нервово-психічних розладів екзогенно-органічного ґенезу досить поширена патологія і має постійну тенденцію до збільшення, в силу росту дорожньо-транспортного, виробничого та побутового травматизму. Однією з найчастіших причин встановлення динамічного психіатричного спостереження у осіб з екзогенно-органічними захворюваннями головного мозку є психопатологічні наслідки черепно-мозкової травми (ЧМТ). В середньому у двох хворих з трьох (50 – 80% спостережень), що мали в анамнезі ЗЧМТ, потому різний час проявляються віддалені наслідки в різних клінічних варіантах, 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.

**Метою цього дослідження** було вивчення соціально-психологічних факторів, що впливають на формування і розвиток вираженої симптоматики афективного реєстру у пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами (НПР) у віддаленому періоді ЗЧМТ. Психопатологічні синдроми у віддаленому періоді ЧМТ залишаються після декількох місяців і років після травми, і не піддаються повному зворотному розвитку, як окремі їх наслідки. Вони проявляються різноманітними формами астенічного, психопатоподобного, пароксизмального синдромів, афективними, галюцинаторно-маячними і паранояльними психозами, а також станами недоумства.

Задачі ранньої діагностики та первинної профілактики психічних змін у пацієнтів з НПР у віддаленому періоді ЗЧМТ в стані дезадаптації робить необхідним проведення аналізу соціально-психологічних факторів, що впливають на формування та розвиток, тобто вивчення умов їх життя, навчання і роботи, виявлення чинників, що роблять негативний вплив на стан здоров'я цього контингенту хворих.

Групу дослідження склали 40 пацієнтів обох гендерних груп, віком від 25 до 50 років, з НПР і ЗЧМТ в анамнезі. Клінічно у всіх пацієнтів виявлялися різні варіанти порушень емоційно-афективної сфери. Патопсихологічне обстеження рівнів тривоги і депресії у обстежуваних проводилося за трьома шкалами: опитувальник Спілбергера – Ханіна (СХ) для оцінки реактивної та особистісної тривожності, шкали тривоги і депресії Гамільтона (HDRS), шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI).

В ході дослідження було виділено провідний афект, який був представлений депресивною симптоматикою з досить істотним компонентом тривоги. Дана симптоматика формувалася з різним ступенем вираженості депресивного і субдепресивного синдромів, супроводжуючись значної виразністю «соматизації».

Таким чином, розвитком цього дослідження послужила розробка нового методологічного підходу в лікуванні НПР у пацієнтів у віддаленому періоді ЗЧМТ, який передбачає системне вивчення соціально-демографічних, анамнестичних характеристик хворих, нозологічну і синдромальну клініко-психопатологічну оцінку психічного стану, проведення інструментального (в тому числі, нейровізуального) дослідження, а також – експериментального пато-нейропсихологічного дослідження пізнавальної діяльності, емоційно-афективної сфери, поведінки і особистості даних пацієнтів.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ**

Криворотько я.В.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии*

В течение последних 10 лет в Украине отмечается рост психических расстройств пограничного уровня. Среди общего количества психических расстройств непсихотические составляют 74,3%. Особого значения эти расстройства имеют у беременных женщин, поскольку установлено их влияние на семейные отношения, течение беременности, процесс родоразрешения, рождение недоношенных детей, дальнейшее здоровье новорожденного после рождения.

Отмечается, что психические и психосоматические осложнения беременности зависят от преморбидных особенностей личности, от условий жизни, социального и семейного положения, от впечатлений и переживаний во время беременности.

Из основных соматических изменений в теле беременной, на которые имеет влияние эмоциональный фон женщины и возможна коррекция психотерапевтическим воздействием, можно выделить: набор веса у беременной, колебания АД, угроза прерывания беременности и цефалгии.

Применение методов индивидуальной и групповой психотерапии, психопрофилактики и психогигиены у беременных способствуют значительному снижению уровня тревожности и восстановлению здоровья женщин.

Представленный анализ основной группы свидетельствует о том, что практически у каждой третьей среди наблюдаемых женщин в I триместре беременности психическое состояние соответствовало психологически устойчивой норме (36,9%). У оставшихся 63,1% женщин наблюдались различные по виду и интенсивности НПР. Среди них наблюдалось превалирование: астено-невротического синдрома (41,5%), диссомнического синдрома (41,5%). Тревожно-фобический синдром (15,4%) и синдром эмоциональной лабильности (13,8%) были распространены у незначительного количества женщин.

Наибольшей ригидностью обладал тревожно-фобический синдром. В течение всей беременности он сохранялся у 11,1% женщин группы с тревожно-фобическим синдромом, а все остальные синдромы поддавались психотерапевтической коррекции. Астено-невротический синдром снизился к III триместру на 40% (с 41% до 1,5%), диссомнический синдром – на 20% (с 41,5% до 20%), синдром эмоциональной лабильности на 10% (с 13,8% до 3,1%).

Соматические осложнения беременности проявлявшиеся токсикозом, цефалгиями, колебаниями АД и патологической прибавкой веса также поддавались психотерапевтической коррекции у 29- 37% женщин.

Нами были проанализированы исход родов у наблюдаемых беременных и проведено сопоставление его с акушерской шкалой Coorland по акушерскому риску к концу беременности. Роды без осложнения были у 52,3% женщин, из них к моменту родов 85,3% имели низкие баллы акушерского риска. У 29,2% роды были естественным путем, однако имели различные осложнения. Кесарево сечение было произведено у 18,5% женщин из них беременных с высоким акушерским риском было 75%.

Таким образом, динамическое медико-психологическое наблюдение и психотерапевтическая коррекция на протяжении всей беременности, могут приводить к снижению формирования непсихотических психических расстройств и соматических осложнений беременности, что формирует низкие баллы по акушерской шкале риска по Coorland (от 0 до 2) – у 70% женщин, влияет на исход беременности и позволяет проводить родоразрешение естественным путём.



УДК 616.85

## **СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН 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 психо-эмоционального 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 так же 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, не зависимо от начала боевых действий. Снижение настроения женщины связывали с: в первую очередь преждевременными родами и возникшими проблемами 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.

УДК 616.89

## **ЦВЕТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Крутий И.Г.**

*Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды»*

Цветотерапия, как и фототерапия относится к наиболее старым методам традиционной медицины и является столь же древней, как и сама медицина. Различные лечебные свойства цвета известны с незапамятных времён. Древние греки оставили записи о разработанной ими теории и практике солнечной терапии. В древнем Китае с использованием лечебных свойств цвета успешно сочетались методы иглоукалывания. Цветотерапия применялась в древности в Египте, где в течение веков её проводили с использованием натуральных прозрачных и полупрозрачных цветных минералов. Во второй половине текущего тысячелетия после открытия способов получения прозрачного окрашенного стекла всех оттенков метод цветотерапии привлек внимание исследователей Европы, а более 100 лет назад благодаря работе Э. Бэббитта его стали использовать в Европе и США при лечении ряда заболеваний, в том числе и неврозов. В настоящее время метод хромотерапии, проводимый как с использованием естественного солнечного света, так и с применением различных приборов, генерирующих искусственный свет, встречается в различных областях медицины.

Хромотерапия – это бесконтактный метод лечения светом и цветом, эффективность которого научно доказана. Он основан на том, что свет, являясь электромагнитным излучением, проникает

---

через ткани и несет необходимую энергию. Все цвета имеют своё излучение, несущее ту или иную информацию. Хромотерапия применяется для лечения не только физических, но и психических заболеваний и расстройств.

Наблюдения данных литературы позволяет судить о противоболевом, гипосенсибилизирующем, противовоспалительном, трофикорегенеративном, иммуномодулирующем, депрессорном, тонизирующем, возбуждающим действиях электромагнитных волн различных длин оптического диапазона. Также различные цвета действуют на психологическое состояние и внутренний баланс каждого человека в любой момент: активности, релаксации, эмоциональной стабильности. Научные исследования последних лет показывают, что цвета одинаково влияют на всех без исключения людей, вне зависимости от отношения конкретного индивидуума к какому-либо из них. Свойства конкретных цветов прекрасно известны, и используя их по отдельности или вместе, можно достичь великолепных результатов. Как уже говорилось, различные цвета оказывают на нас различное действие. Влияние цвета на психофизиологические процессы организма происходит через вегетативную нервную систему (ВНС), и её симпатический и парасимпатический отделы. Симпатическая нервная система (СНС) обеспечивает активные формы поведения (борьбы или бегства), поэтому её активация приводит к увеличению частоты сердечных сокращений, учащению дыхания, росту концентрации глюкозы в крови и т.д. Парасимпатическая нервная система (ПНС), наоборот, создаёт условия для отдыха и восстановления сил. Её активация уменьшает частоту сердечных сокращений, нормализует дыхание и усиливает приток крови к пищеварительному тракту. Наша зрительная система анатомически тесно связана с этими структурами, поэтому цветовой спектр способен оказывать различное воздействие на нервную систему. Так, восприятие красно-жёлтой части спектра вызывает активацию СНС и торможение ПНС, синий и зелёный цвета, наоборот, подавляют СНС и активизируют ПНС. Поэтому для повышения активации и тонуса организма используются красно-жёлто-оранжевые оттенки, а для релаксации и отдыха – сине-зеленая гамма цветов. Белый и чёрный цвета также воздействуют на ВНС. Белый стимулирует эрготропную систему организма (СНС), поддерживает его дневную активность, а чёрный, воздействуя на трофотропную систему (ПНС), способствует ночному снижению активности и отдыху. В настоящее время хромотерапия занимает достойное место на всех этапах восстановительного лечения, в том числе, на санаторно-курортном этапе, привлекая физиологичным действием, отсутствием противопоказаний, простотой и доступностью метода.

В клиническом санатории «Берминводы» используется методика хромотерапии, сочетанная с психотерапевтическим подкреплением. Формирование необходимого психоэмоционального состояния осуществляется посредством комплексного воздействия цветowych стимулов, музыкальных композиций, и гетеровнушений. Проведение вербальной суггестии на фоне сформированного психоэмоционального состояния, а также соответствие содержания внушения характеру цветового воздействия обеспечивают высокую эффективность и положительный клинический эффект в 75 – 80% случаев.

УДК 615.851:616.89-008.441

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЕПІЗОДИЧНУ ПАРОКСИЗМАЛЬНУ ТРИВОГУ**

**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 вклученнями.

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 неспсихотичних 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 сесії 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.

УДК 616.89

## **ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

**Кудинова Е.И., Михайлов Б.В.**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
кафедра психотерапии*

В настоящее время пароксизмальные состояния являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено их значительной распространённостью. По данным эпидемиологических исследований до 80% населения испытывают пароксизмальные и перманентные вегетативные проявления, которые клинически проявляются в виде вегетативной дисфункции.

Пароксизмом называют внезапное ухудшение состояния здоровья, которое проявляется или сопровождается эпизодами болезни, либо резкое, непродолжительное (чаще повторяющееся) обострение хронического болезненного состояния. Существует целый ряд состояний или заболеваний, которые сопровождаются пароксизмальными событиями, имитирующими эпилептические приступы. Так, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 – 48) часто протекают в форме пароксизмальных состояний.

Эти расстройства рассматривались в рамках пограничных нервно-психических расстройств, преимущественно неврозов с использованием термина «невроз страха». Этой проблемой глубоко занимались зарубежные и отечественные ученые, рассматривая эти состояния как «вегетативные кризы» с акцентом внимания на вегетативном компоненте приступа. В патогенезе психогенных пароксизмальных расстройств принимают участие как генетические, средовые факторы, так и дисфункциональные церебральные, которые обуславливают запуск целого комплекса разнообразных патологических механизмов. Одной из наиболее распространённых форм вегетативной дисфункции в настоящее время является паническое расстройство (ПР).

Всё вышеуказанное послужило обоснованием к проведению исследования нами 60 больных с паническим расстройством и 60 больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечнососудистой системы (СВДСС). Всем больным проведено клиничко-психопатологическое и психодиагностическое исследование с использованием шкалы депрессии Гамильтона, шкалы личностной тревожности и реактивной тревоги Спилбергера – Ханина, опросника Айзенка, опросника личностной акцентуации Леонгарда – Шмишека.

В ходе исследования была разработана система психотерапевтической коррекции больных с ПР и СВДСС. Психотерапевтические методы применялись на фоне стабилизирующей психофармакотерапии и продолжались после их прекращения.

---

Разработанная схема показала свою значительную эффективность. Полная редукция проявлений пароксизма была достигнута у 68%, значительные улучшения – у 20%, отсутствие существенных изменений отмечено у 12% больных с ПР и СВДСС.

УДК 195.95

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕВАЖАЮЧИХ СТРАТЕГІЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РІЗНИМ ТИПОМ 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. Пантілеєв, 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 переважаних 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.

УДК 616.89

## **СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

**Лещина І.В.**

*Харківський національний медичний університет  
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології*

Широка поширеність неспсихотичних психічних розладів серед молоді ставить до числа пріоритетних проблеми їх ранньої діагностики, профілактики і корекції. Серед студентської молоді найбільш поширеними є розлади адаптації. Проблема зміцнення та укріплення психічного здоров'я студентів може бути вирішена шляхом активного застосування комплексних систем психопрофілактики психічних розладів студентської молоді. Вищевикладене обумовило мету дослідження на підставі комплексного дослідження розробити систему психопрофілактики розладів адаптації у осіб молодого віку.

В рамках проведеного дослідження встановлені та систематизовані соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, психодіагностичні аспекти стану психічного здоров'я студентів-медиків з урахуванням гендерних відмінностей, що лягли в основу розробки, впровадження та оцінки ефективності системи психопрофілактики адаптаційних розладів у студентської молоді.

Розлади адаптації було верифіковано у 107 осіб (12,86%). В структурі адаптаційних розладів найбільш представлені пролонгована та короткочасна депресивні реакції (38,6% та 31,2% відповідно) та змішана тривожно-депресивна реакція (22,3%). Виявлені гендерні особливості поширеності розладів адаптації у студентів: у жінок більшою мірою діагностували адаптаційних розладів у вигляді змішаної тривожно-депресивної (f43.22) та пролонгованої депресивної реакції (f43.21), чоловіки достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) хворіли на короткочасну депресивну реакцію (f43.20).

Первинна психопрофілактика була спрямована на встановлення та усунення маркерів ризику розвитку розладів адаптації у психічно здорових осіб, з подальшим проведенням комплексу заходів, що спрямовані на потенціювання резистентності до психічних розладів, підвищення рівню соціалізації, професійних мотивації та самовизначення, оптимізації способу життя, навчання та відпочинку тощо. Вторинна психопрофілактика була направлена 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 поглиблення наявних психічних розладів.

Система психопрофілактичної роботи студентів-медиків проводилась з диференціацією за статтю, що обумовлено наявністю значної кількості достовірних розбіжностей по результатам соціально-демографічного, клінічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного досліджень у чоловіків та жінок. Ефективність запропонованих психопрофілактичних заходів по-

лягала у суттєвому зменшенні (більш ніж в два рази) рівню виникнення нових випадків розладів адаптації за рік у практично здорових студентів-медиків.

Таким чином, розробка та активне впровадження в практику психопрофілактичних заходів розладів адаптації у студентів є однією з пріоритетних напрямків збереження та укріплення здоров'я молоді в умовах професійної освіти та повинні бути комплексними, диференційованими та максимально наближені до студентів.

УДК 616.89

### **АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ З ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА БОРОТЬБИ З ФОРМУВАННЯМ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У СИСТЕМУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ, ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ З ЗОНИ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ КОНФЛІКТІВ**

**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, які 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 вищезгаданих 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 спонуваннями 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- 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.

УДК 616.891.4

## **НЕВРОТИЧНІ РЕАКЦІЇ З УРАХУВАННЯМ СОМАТОТИПУ ХВОРИХ**

**Лісова Є.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра наркології*

В умовах соціальної кризи в суспільстві спостерігається зростання неспсихотичних форм психічної патології, за рахунок збільшення захворюваності невротичними розладами серед яких одне з провідних місць займає неврастенія.

**Метою дослідження** було визначення рівня якості життя у пацієнтів різних соматотипів (СТ) страждають на неврастенію.

Було проведено комплексне обстеження 69 осіб у відділенні неврозів цкл «Укрзалізниця» з діагнозом неврастенія – F48.0. Основними методами дослідження були: психосоціальний, опитувальник оцінки інтегративного показника якості життя розроблений J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez, Liu & G. Yoon et al (1999) для самостійного заповнення, аналіз даних дав можливість оцінки якості життя хворих на неврастенію, визначення конституційно-морфологічних особливостей, тобто соматотипа, проводилося відповідно до класифікації М.В. Черноруцькому.

Згідно з отриманими даними, у хворих на неврастенію інтегративний показник якості життя становив 4,5 бала. У загальній групі низькими були результати за шкалами «Фізичне благополуччя»

4,7 бала, «Соціо-емоційна підтримка» – 4,3 бала, «Працездатність» 4,8 бала, високі показники відзначалися лише за шкалами «Самообслуговування та незалежності дій» – 6,2 бала і «Духовної реалізації» 6,5 бала. При аналізі отриманих даних з урахуванням соматичної конституції (соматотипу (СТ) за іншими шкалами були виявлені відмінності в рівнях показників.

У хворих з астенічним соматотипом (АСТ) і гіперстенічним соматотипом (ГСТ) відзначалися низькі рівні за шкалами «Міжособистісна взаємодія», «Громадська та службова підтримка» і «Особистісна реалізація» – 4,5; 4,7 і 4,3 бала, в той час як у пацієнтів з нормостенічним соматотипом (НСТ) показники по зазначеним шкалам були проміжними – 5,3 – 5,9 бала. Поряд з вищевказаними від- повідниками, серед показників у крайніх СТ були й відмінності в оцінці за шкалою «Психологічне / емоційне самопочуття», хворі на неврастенію з АСТ вказували низький рівень в середньому – 4,5 бала, хворі з ГСТ – високий (6,5 бала), в той час як пацієнти з НСТ відзначали даний показник на середньому рівні 4,9 – 5,5 бала. При розгляді даних отриманих за шкалою «Працездатність» серед представників різних СТ, які страждають неврастенію, з'ясувалося, що рівні за даним показником у хворих з АСТ і НСТ переважно були низькими – 4,5 і 4,7 бала відповідно, тоді як у хворих з ГСТ частіше відзначався досить високий рівень – 6,7 бала. Варто відзначити, що важливу роль при оцінці працездатності також грала фаза хвороби, в якій знаходився пацієнт.

Все вищевикладене дозволило виявити специфіку даного показника у представників різних соматотипів і виявити певну кореляційний зв'язок між СТ, фазою хвороби і оцінкою якості різних сфер життя пацієнта з неврастенію.

## **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ ХНМУ – МЕШКАНЦІВ ЛУГАНСЬКОЇ ТА ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ**

**Лісовий В.М., Капустник В.А., Марковський В.Д., Хаустов М.М.,  
Дмитрієнко К.В., Сінайко В.М., Завгородній І.В.**  
*Харківський національний медичний університет*

Розвиток збройного протистояння на Сході України призвів до виникнення численних психологічних проблем серед мешканців частини Донецької та Луганської областей, багато з яких були вимушені залишити свої домівки та переїхати на іншу територію України. В особливо несприятливих умовах знаходяться особи молодого віку, які опинилися у вирі подій військового конфлікту або мають родичів чи знайомих, що залишилися на окупованих територіях. Ми вважаємо, що саме ці люди потребують найбільш уважного ставлення з боку психологічної служби для своєчасного виявлення та корекції можливих розладів соціально-психологічної адаптації.

З метою оцінки ступеня соціально-психологічної адаптації студентів нами було обстежено 146 осіб – мешканців Донецької та Луганської областей, які вступили на 1-ий курс Харківського національного медичного університету. Було використано такі методики: Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Scl-90-R), методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда, шкала депресивності Бека, Міссісіпська шкала.

У ході роботи було визначено маркери порушення психічного здоров'я у студентів внаслідок перенесення бойових дій: труднощі концентрації уваги на практичних заняттях унаслідок вираженої тривоги, неспокою, страху, напруженості, надмірної стурбованості та пригніченості; невпевненість у собі, похмурі передчуття, уникання всього (дій, розповідей одногрупників, малюнків в соціальних мережах), що може викликати в пам'яті психотравмуючу ситуацію; жажливі сновидіння та нав'язливі спогади про пережиті психотравмуючі події, безсоння (за розповіддю досліджуваних); генералізована тривога, неконтрольована злість, депресія, підвищена збудливість; прагнення до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом (особливо при бесідах інших людей про бойові дії), наявність флешбеків.

На нашу думку, у роботі з даною категорією студентів слід враховувати особливості їх психологічного стану в педагогічному процесі. Порушення адаптації, депресивні тенденції, агресивність, складності у встановленні контакту з іншими особами, недостатність мотивації, втомлюваність можуть впливати на навчальний процес та готовність студентів-першокурсників навчатися, сприймати нову інформацію, адаптуватися до вимог ВНЗ.

Необхідно проводити індивідуальну та групову психологічну роботу, спрямовану на встановлення довіри зі студентами, допомогу у переборюванні травми, зняття депресивних симптомів та тривожності, роботу з агресією.

У комунікації між викладачем та студентами слід уникати оцінювання особистості студента, його політичних, релігійних, національних, сексуальних уподобань, у цій ситуації можлива лише об'єктивна оцінка знань студента.

Важливим є довірчий контакт між куратором групи й студентами, їх можливість звернутися до викладача за порадою, консультацією.

Крім того, може стати корисним контакт між куратором групи та батьками студентів, що дозволить краще розуміти стан молодих осіб, їх потреби.

Окрім навчального процесу, слід звернути увагу на можливість задіяти студентів у різних наукових проектах за їх бажанням, творчих заходах, що дозволяють розвивати не тільки професійні, але й особистісні якості.



## ВИКРИВЛЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ ЯК МІШЕНІ ЇХ ПСИХОКОРЕКЦІЇ

Литвиненко М.В.

*Дочірнє підприємство «Медбуд» ПАТ ХК «Київміськбуд»*

Зміни зовнішнього вигляду, спричинені акне, негативно відображаються на психосоціальному функціонуванні.

**Мета дослідження** – вивчити особливості психосоціального функціонування хворих на вугрову хворобу, для встановлення мішеней подальшої психокорекції.

Дослідження проводилося на базі клініки «Медбуд» протягом 2014 – 2016 років. У тестуванні взяло участь 142 хворих з вугровою хворобою та 70 опитуваних без соматичної патології. Використана методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонд.

У хворих на вугрову хворобу виявлено зниження психосоціальної адаптації, що проявлялося накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими, формуванням самооцінки шляхом орієнтації на стороннє ставлення, схильністю займати підлеглу позицію у взаємодії.

Для пацієнтів з акне найбільш вагомим чинником соціально-психологічної дезадаптації було порушення самосприйняття та самоставлення, які виступали психопатологічним підґрунтям потенціювання та розгортання інших проявів порушення адаптації.

У жінок вугрова хвороба мала більш виражений негативний вплив на психосоціальне функціонування у порівнянні з чоловіками внаслідок культурально-обумовленої соціальної детермінації краси жінки як вагомому чинника її соціальної успішності.

Прояви психосоціальної дезадаптації, в особливості самосприйняття, – це важливі мішені медико-психологічного впливу для пацієнтів з акне. Програма медико-психологічної допомоги для хворих на вугрову хворобу має враховувати гендерні відмінності соціально-психологічної адаптації.

УДК 616.89

## ИЗМЕНЕНИЯ АУТОРЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

Литовченко Т.А.<sup>1</sup>, Якубенко Ю.В.<sup>1</sup>, Шунина Н.В.<sup>2</sup>, Шевченко Л.М.<sup>2</sup>, Гноевая О.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра неврологии и детской неврологии;

<sup>2</sup>Центральная клиническая больница на железнодорожном транспорте №1

Черепно-мозговая травма является наиболее распространенной из всех видов механических повреждений. В ответ на повреждение мозга возникают нарушения мозгового кровообращения, ликвороциркуляции, проницаемости гематоэнцефалического барьера.

В связи с этим **целью нашего исследования** явилось изучение показателей гемодинамика и реактивности сосудов головного мозга у пациентов, перенесших легкую черепно-мозговую травму. Нами было обследовано 60 пациентов, перенесших легкую черепно-мозговую травму, в возрасте от 25 до 35 лет. Из них 50 мужчин и 10 женщин. Длительность после травмы составляла 2 – 3 года. Контрольная группа включала 20 практически здоровых лиц (13 мужчин и 7 женщин), соответствующих по полу и возрасту группе обследованных. Всем пациентам проведено комплексное клиничко-неврологическое исследование. В исследование не принимали участие пациенты с сопутствующей актуальной соматической патологией.

Всем пациентам для оценки гемодинамики показателей линейной скорости кровотока (ЛСК) и показателей реактивности сосудов в системе каротидного бассейна (общие, наружные и внутренне сонные артерии) использовали метод ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) с применением прибора для УЗДГ e Saote Megas GPX 2004 г., линейный датчик 7,5 – 10 мгц. Исследование проводили по стандартной методике. Для определения реактивности сосудов головного мозга применяли гиперкапнический и гипокapнический тесты по стандартной методике. Для оценки

гемо-динамики и реактивности сосудов каротидного бассейна, мы учитывали исходную среднюю ЛСК (срЛСК), систолическую линейную скорость кровотока (сЛСК), значение индекса периферического сопротивления (RI), пульсационный индекса (PI). Оценивали  $v_0$  – среднюю фоновую ЛСК,  $v_1$  – среднюю ЛСК на фоне гиперкапнии,  $v_2$  – среднюю ЛСК на фоне гипокapнии, овершут (компенсаторный подъем ЛСК в ответ на гиперкапнию).

Рассчитывали коэффициент овершута (КО), коэффициент реактивности на фоне гиперкапнии (КР+), коэффициент реактивности на фоне гипокapнии (КР-) коэффициент вазомоторной реактивности (ивмр).

При проведении ультразвуковой доплерографии с применением гипер- и гипокapнических тестов в контрольной группе наблюдались следующие изменения в виде повышения ЛСК после проведения гиперкапнического теста на 49,2%, подъем ЛСК после проведения гипокapнического теста составил 26,8% (рис.1). Коэффициент овершута(КО) составил  $1,33 \pm 0,02$ . В норме коэффициент овершута (КО) составляет от 1,24 до 1,54, снижение менее 1,2 – свидетельствует о гипореактивности. Значение коэффициента равно  $1,00 \pm 0,05$  соответствует ареактивности.

При проведении ультразвуковой доплерографии с применением гипер- и гипокapнических тестов у пациентов с последствиями легких черепно-мозговых травм было выявлено, что КО составил  $1,11 \pm 0,02$  ( $p < 0,001$ ). Наблюдалось повышение ЛСК после проведения гиперкапнического теста на 29,8%, подъем ЛСК после проведения гипокapнического теста составил 38,4%. Коэффициент реактивности на гиперкапническую нагрузку у больных с последствиями легких черепно-мозговых травм был ниже, чем у пациентов контрольной группы ( $0,33 \pm 0,05$  и  $0,45 \pm 0,05$  усл. ед. Соответственно,  $p < 0,0001$ ). Коэффициент реактивности на гипокapническую нагрузку у больных с последствиями легких черепно-мозговых травм был ниже, чем у здоровых лиц ( $0,44 \pm 0,07$  и  $0,55 \pm 0,04$  усл. ед. Соответственно,  $p < 0,0001$ ). Индекс вазомоторной реактивности у больных с последствиями ЧМТ был ниже, чем в контрольной группе ( $70,1 \pm 0,05$  и  $96,2 \pm 0,02$  соответственно,  $p < 0,0001$ ). Была выявлена незначительная асимметрия кровотока, которая усиливалась при гипер- и гипокapнии. Было установлено раннее атеросклеротическое поражения сосудов головного мозга у пациентов перенесших черепно-мозговую травму, в виде наличия гемодинамически незначимых атеросклеротический бляшек. Наблюдалась незначительная асимметрия кровотока, которая усиливалась при проведении гипер- и гиповентиляционных проб. Была установлена зависимость усиления кровотока на противоположной стороне от полученной травмы у пациентов перенесших ушиб легкой степени головного мозга. Обнаружена парадоксальная реакция сосудов бассейна общей сонной артерии в виде снижения или замедленной реакции сосудов на гиперкапнию (при повышении ЛСК в норме) и повышение и / или замедление реакции сосудов на гипокapнию (в норме наблюдается снижение ЛСК).

У пациентов с последствиями перенесенных черепно-мозговых травм наблюдаются нарушения ауторегуляция мозгового кровообращения в виде нарушения реактивности сосудов в сторону снижения линейной скорости кровотока, повышения показателей индексов резистивности. Парадоксальная реакция сосудов, возникающая у пациентов перенесших черепно-мозговую травму при проведении гиперкапнической и / или гипокapнической проб, вероятнее, связана со снижением эластичности стенок сосудов в результате микроструктурных повреждений стенки сосудов и как следствие раннего развития атеросклеротических изменений, а также проявление длительного ангиоспазма.

УДК 616.8 (086.076)

## **СПЕЦИФИКА ПОРУШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ ВНЗ, ЯКІ МАЮТЬ ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ**

**Лобунець Г.Ю.**

*Центр психічного здоров'я студентської молоді (м. Харків)*

Зараз в Україні існує проблема адаптації осіб з інвалідністю є вельми актуальною. Спостерігаються негативні тенденції погіршення здоров'я студентської молоді під впливом соціальних, економічних, психологічних факторів тощо. Студенти-інваліди, які мають розлади адаптації практично не отримують медико-психологічну допомогу, хоча часто перебувають на поточному спостере-

женні з приводу свого захворювання. Взагалі не існує системи медико-психологічного супроводу студентів-інвалідів.

Своєчасне виявлення у таких студентів психологічних розладів адаптації, спрямування студентів до фахівців необхідного напрямку, вчасне проведення психологічної корекції може зберегти багатьох студентів-інвалідів від прогресуючого розвитку цих розладів, аж до набуття рівня захворювання – це і є принцип третинної профілактики ускладнень захворювання, яке призвело до інвалідності.

В системі реабілітаційних заходів психологічна корекція та соціальна реабілітація відіграє одну з головних ролей. Методи психологічної корекції відносно осіб з інвалідністю, які навчаються в вищих навчальних закладах, зовсім не розроблена і потребує системного вивчення. Також потребує розробки система медико-психологічної корекції розладів адаптації у осіб з інвалідністю, які навчаються у вищих навчальних закладах на підставі вивчення їх структури, динаміки патопсихологічних механізмів формування.

Виходячи з цього, ми проводили обстеження в динаміці на протязі 2009 – 2011 років. Всього було обстежено 75 студентів-інвалідів з розладами адаптації. З 45 проводилася медико-психологічна корекція, 30 студентів становили контрольну групу.

Дослідження включало комплекс методик: структуроване діагностичне інтерв'ю; психодіагностичний метод з застосуванням модульно-сформованих шкал психологічних порушень; патопсихологічний метод з застосуванням експериментально-психологічних методик (тести Тейлор, Айзенка, Леонгарда – Шмішека, опитувальник Бека).

Отримані результати послужили підґрунтям для формування системи медико-психологічної корекції дезадаптивних станів у студентів-інвалідів. Апробація системи показала її високу ефективність у 80% випадків, у 15% отримані помірні результати, у 5% – не отримано.

УДК 616.89

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЙ ГИПНОЗ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Лозинина А.Г.**

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

Современная стоматология в СНГ всё больше стремится перейти в исключительно коммерческую нишу. Такой переход обусловлен коллапсом государственной медицины и необратимой конкуренцией в сервисе социальных практик. Маркетинговые тенденции мобилизуют усилия врачей и управляющих клиниками на системы скидок, экскурсий, открытых мероприятий, конференций, рекомендаций и бесплатных профилактических осмотров.

Однако малый процент сегмента отечественной стоматологии стремится к презентации психологических и психотерапевтических услуг, внимание к которым давно обращено в профессиональных сообществах за рубежом. Ярким примером является развитие ассоциаций клинического гипноза в стоматологии (Немецкая ассоциация врачебного гипноза; Болгарская ассоциация гипноза; Французская ассоциация медицинского гипноза; Австрийская ассоциация стоматологов применяющих гипноз и т.д.). Одними из главных запросов практикующих стоматологов является гипноанестезия, позволяющая на стадиях повышенной внушаемости, достигнуть обезболивания и снижения уровня психоэмоциональных переживаний.

Детская стоматология не исключение в плане практики медицинского гипноза, поскольку управление сознанием и вниманием ребёнка – ключевая задача оптимизации стоматологического приёма. При этом повысить качество и искренность сервиса работы с ребёнком возможно исключительно при условии интеграции подходов по сотрудничеству в системе «родитель – ребёнок – врач». Смысл нашего исследования заключается не просто в улучшении качества общения с детьми и их близкими, а провести комплексный анализ личностных, социально-психологических особенностей триады «ребёнок – родитель – стоматолог», оценку внутрисемейного общения, и на основании полученных данных разработать коррекционную систему негативной межличностной коммуникации в детской стоматологии.

За 2016 год нами проведена комплексная оценка качества обслуживания в 5 детских стоматологических клиниках. Собрано 786 родительских и 563 детских отзывов. Реализовано пилотажное исследование психоэмоционального состояния детей до и после врачебного приёма. В настоящее время проводится психодиагностика тревожного поведения врачей и их эмоционального интеллекта, влияющих на ухудшение межличностного общения на приёме. По результатам будут набраны группы обследованных и разработаны стратегии психотерапии для всех участников триады в детской стоматологии.

УДК 159.97:613.861

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ВПЛИВІВ ТЕЛЕВІЗІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УМОВАХ ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ**

**Марков А.Р.**

*Національна академія Генеральної Прокуратури України*

Останні два роки Україна знаходиться в стані гібридної війни, ключовою характеристикою якої є масивна психологічна та інформаційна обробка місцевого населення шляхом використання прийомів і способів інформаційно-психологічної війни (ІПВ). В цьому випадку ІПВ виступає і як самостійний засіб агресії, і як спосіб потенціювання руйнівних наслідків від застосування класичних прийомів ведення воєнних дій регулярної армії з приєднанням до них нерегулярних незаконних збройних формувань. Масштаби ІПВ, розгорнуті проти України, є надзвичайно потужними: за оцінкою зарубіжних експертів (Ф. Брідлав, 2015), «...це найбільш дивовижний інформаційний бліцкриг, який коли-небудь бачили в історії інформаційних воєн».

За даними вітчизняних фахівців, 45% інформації, яка поширюється у вітчизняному інформаційному полі, має ознаки цілеспрямованої зовнішньої маніпуляції, і є проявами інформаційно-психологічної війни (ІПВ), спрямованої проти нашої держави. Серед усіх джерел ЗМІ, застосованих в якості інформаційно-психологічної зброї, найбільш руйнівний вплив має телебачення, як найбільш масовий та потужний ЗМІ-ресурс.

Телевізійні ЗМІ РФ, за свідцтвом російських же фахівців, працюють за допомогою прийомів так званої «чорної» спецпропаганди воєнного часу, яку в юності їх нинішні керівники вчили на військових кафедрах радянських вузів. Т. Зв. Бойова, або «чорна», пропаганда допускає будь-яке спотворення реальних фактів задля вирішення пропагандистських завдань, маніпулює психікою людей, методом глибокої емоційної травми впливає на підсвідомість, змушує вірити – в супереч логіці і розуму – в брехню і дезінформацію, розпалює нетерпимість, підбурює до насильства. В сучасній телепродукції РФ фахівцями було ідентифіковано декілька найбільш деструктивних прийомів ІПВ.

1) Метод «гнилого оселедця». Технологія наступна: підбирається помилкове, максимально брудне і скандальне звинувачення (наприклад, дрібне злодійство, або розтління дітей, або вбивство, бажано з жадібності). Мета «гнилого оселедця» не в тому, щоб це звинувачення довести, а в тому, щоб викликати широке, публічне обговорення його несправедливості і невинуватості, бо, як тільки обвинувачення стає предметом публічного обговорення, неминуче виникають його «прихильники» і «супротивники», «знавці» і «експерти», «обвинувачі» і «захисники» обвинуваченого. Але, незалежно від своїх поглядів, всі учасники дискусії знову і знову вимовляють ім'я обвинуваченого в зв'язку з брудним і скандальним звинуваченням, втираючи таким чином все більше «гнилого оселедця» в його «одяг», поки нарешті цей «запах» не починає слідувати за ним всюди, а питання «вбив-вкрав-спокусив, чи, все-таки, ні» стає головним при згадці його імені.

2) Метод «40 на 60», започаткований Й. Геббельсом, полягає у створенні ЗМІ, які 60 відсотків своєї інформації дають в інтересах супротивника, але, заробивши таким чином його довіру, решту 40 відсотків використовують для надзвичайно ефективної, завдяки сформованій довірі, дезінформації.

3) Метод «великої брехні», суть якого полягає в тому, щоб з максимальним ступенем впевненості запропонувати аудиторії настільки глобальну і жахливу брехню, що практично неможливо повірити, що можна брехати про таке. Правильно скомпонована і добре придумана «велика

брехня» викликає у слухача чи глядача глибоку емоційну травму, яка потім надовго визначає його погляди всупереч будь-яким доводам логіки. Особливо добре працюють в цьому сенсі помилкові описи жорстоких знущань над дітьми або жінками: наприклад, повідомлення про розп'яту дитину за рахунок глибокої емоційної травми, яку воно викликає, надовго визначить погляди людини, котра цю інформацію отримала, скільки б її потім не намагалися переконати щодо неможливості даного факту, використовуючи звичайні логічні доводи.

4) Метод «абсолютної очевидності», який полягає в тому, щоб замість того, щоб щось доводити, інформація, в якій треба переконати аудиторію, подається як щось очевидне, само собою зрозуміле і тому – безумовно підтримуване переважаючою більшістю населення. Незважаючи на зовнішню простоту, цей метод неймовірно ефективний, оскільки людська психіка автоматично реагує на думку більшості, прагнучи приєднатися до нього (важливо тільки пам'ятати, що більшість обов'язково має бути переважаючою, а її підтримка абсолютною і безумовною – в іншому випадку ефекту приєднання не виникає). Однак, якщо ці умови дотримуються, то число прихильників «позиції більшості» починає поступово вірно рости, а з плином часу збільшується вже в геометричній прогресії – в основному, за рахунок представників низьких соціальних верств, які найбільш схильні до «ефекту приєднання». Одним з класичних способів підтримки методу «абсолютної очевидності» є, наприклад, оприлюднення результатів різного роду соціологічних опитувань, які демонструють абсолютне суспільну єдність з того чи іншого питання.

Зазначені прийоми «чорної» пропаганди впливають на телеаудиторію на рівні глибоких психологічних механізмів таким чином, що наслідки цього впливу неможливо зняти звичайними логічними аргументами. «Велика брехня» досягає цього ефекту за допомогою емоційної травми, метод очевидності – через «ефект приєднання», «гнилий оселедець» – за рахунок впровадження у свідомість аудиторії прямої асоціації між об'єктом атаки і брудним, скандальним обвинуваченням.

Отже, на сьогодні можна стверджувати, що негативного впливу ІПВ зазнає практично усе населення України, яке поділяється на тих, хто стає безпосереднім суб'єктом комбінованого впливу ІПВ та власного негативного досвіду (бійці АТО, члени родин бійців, родичі загиблих бійців, військово-полонені, заручники та їх родичі, тимчасово переміщені особи, родичі біженців, що їх приймають, населення, що проживає на територіях бойових дій, медичні працівники, що надають допомогу пораненим, волонтери), та усіх інших – суб'єктів класичного впливу ІПВ через опосередковані інформаційні потоки.

Серед негативних медико-психологічних наслідків, які спостерігаються зараз серед населення України, найбільш значущим стає високий ризик поширення і розвитку різноманітних порушень психічної сфери, серед яких превалюють як донозологічні – соціально-стресові розлади та окремі ознаки проявів або клінічно сформована психологічна дезадаптація, так і клінічно окреслені психічні розлади – гостра реакція горя, гостра реакція на стрес; розлади адаптації; посттравматичний стресовий розлад.

Між тим, сучасна медична психологія не в змозі адекватно відповісти на виклики реальної клініко-психологічної практики стосовно ефективного вирішення нових проблем, що постали в сфері її компетенції. На теперішній час відсутні дослідження, що розкривали би питання особливостей проявів і механізмів розвитку дезадаптивних соціально-стресових станів в умовах ІПВ, що унеможливає надання таким особам кваліфікованої медико-психологічної допомоги та психопрофілактику подібних хворобливих станів.

Враховуючи зазначене, нами здійснюється робота, метою якої є створення диференційованої системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки населення, що постраждало від ІПВ.

## МОТИВАЦІЯ УЧАСТІ В РОДИННОМУ БІЗНЕСІ У ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ ВЛАСНИКІВ ЯК МАРКЕР ЗДОРОВ'Я СІМ'І

Маркова А.С.

*Медичний і психологічний центр «Айва», м. Київ*

Проблема здоров'я сім'ї в родинях, що займаються спільним приватним бізнесом, на сьогодні набуває актуальності, яка буде зростати по мірі старіння першого покоління засновників українських підприємств.

З метою визначення проявів та чинників розвитку порушення сімейного здоров'я в родинях, які ведуть спільний бізнес, для встановлення мішеней психокорекційного впливу, нами було комплексно обстежено 85 сімей.

Дослідження проводилось протягом 2014 – 2016 рр. На базі медичного і психологічного центру «Айва» (м. Київ) й передбачало участь 2-х поколінь: батьків – засновників бізнесу, та їх повнолітніх дітей, які були залучені до батьківської справи. Обстеження включало використання соціально-демографічного, клініко-психологічного та психодіагностичного методів, результати яких було піддано обробці методами математичної статистики.

На першому етапі роботи, для підтвердження описаних в літературі тенденцій щодо наявності/відсутності міжпоколінного конфлікту стосовно участі дітей у батьківському бізнесі, та виявлення критеріїв стратифікації обстежених на групи дослідження, нами здійснено аналіз мотивації до праці в родинній справі у молодшого покоління (за спеціально розробленою анкетною), встановлення наявності і вираженості рівню професійної дезадаптації (з використанням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації», розробленого О. Н. Родіною і адаптованого для оцінки стану робочих різних професій М. А. Дмитрієвою, 2003), та оцінка потреби у психологічній допомозі (за однойменним опитувальником І. Неупокоевої, 2003).

**Результати дослідження.** Серед загальної кількості мотивів, що визначали участь дітей у батьківській справі, нами виділено три основних ( $p < 0,01$ ), що характеризують визначені тенденції: а) щире бажання молодшого покоління (32 особи, 37,6%); б) пасивна згода та пристосування (21 особа, 24,7%); в) вимушене підкорення батьківській волі з внутрішнім прихованим спротивом (32 особи, 37,6%).

Розподіл обстежених за рівнем професійної дезадаптації (ПД) дозволив згрупувати обстежених таким чином. Низький рівень ПД був зареєстрований серед батьків у 31 особи (36,5%), а серед дітей у 23 осіб (27,1%); помірний рівень – у 40 обстежених батьків (47,1%) та 22 дітей (25,9%); виражений рівень – у 12 батьків (14,1%) та 27 дітей (31,8%); високий рівень – у 1 з батьків (1,9%) та 13 дітей (15,3%).

Високий рівень потреби в психологічній допомозі визнали 44 респонденти з молодого покоління (51,8%); середній рівень – 5 осіб з батьків (5,9%) та 9 – з дітей (10,6%); 80 батьків (94,1%) та 32 з дітей (37,6%) не бачили необхідності в психологічній допомозі.

Подальше узагальнення й аналіз отриманих даних дозволив встановити прямий тісний кореляційний зв'язок між мотивацією до участі в родинному бізнесі, наявністю ПД та потребою в психологічній допомозі ( $r \geq 0,7$ ;  $p < 0,01$ ).

Так, респонденти молодшого покоління, що брали участь у батьківській справі за власним бажанням (32 особи, 100%), демонстрували відсутність ПД (23 особи, 71,9%) або її окремі ознаки помірного рівню вираженості (9 осіб, 28,1%), та відсутність необхідності психологічної допомоги (32 особи, 100%). Їх батьки також характеризувались низькою (28 осіб, 87,5%) або ознаками помірно вираженої (3 особи, 9,4%) ПД та відсутністю показань для психологічної допомоги (32 особи, 100%). В той же час, у осіб 2-го покоління бізнесу серед тих, хто брав участь в ньому за пасивною згодою та пристосувальною мотивацією (21 особа, 100%), у 11 осіб (52,4%) встановлений помірний рівень, а у 10 осіб (47,6%) – виражений рівень ПД; у 7 осіб (33,3%) – середня, а у 14 осіб (66,7%) – висока потреба у психологічній допомозі. Їх батьки характеризувалися помірним рівнем ПД (19 осіб, 90,5%; у 2 осіб (9,5%) встановлено низький її рівень) та відсутністю прагнення до отримання психологічної допомоги (18 осіб, 85,7%; лише 3 особи (14,3%) визнали середню потребу).

Серед тих, хто був залучений до родинного бізнесу за примусом батьків (32 особи, 100%), у 2 осіб (6,3%) діагностовано помірний, у 17 (53,1%) – виражений, а у 13 (40,6%) – високий рівень ПД. Відповідно, 30 осіб (93,8%) визнали високу, а 2 особи (6,3%) – середню потребу у психологічній допомозі.

Для їх батьків виявився притаманним помірний (18 осіб, 56,3%) або виражений (12 осіб, 37,5%) рівень ПД (в поодиноких випадках виявлено низький – 1 особа, 3,1% та високий – 1 особа, 3,1% – рівні ПД). Не дивлячись на наявність дезадаптивного стану різного рівню вираженості, переважна більшість респондентів не визнавала потреби в психологічній допомозі (30 осіб, 93,8%), пояснюючи це недовірою до психологічного консультування та небажанням марної трати дорогоцінного часу.

Таким чином, обрані параметри оцінки дали змогу чітко визначити достовірну різницю між обстеженими, та виявити критерії стратифікації обстежених на групи. Основним критерієм, за яким встановлено достовірну різницю, була мотивація участі в родинному бізнесі дітей засновників, що підкріплювалось даними вивчення в них наявності й вираженості ПД і потреби в психологічній допомозі. Отже, до основної групи дослідження нами віднесено 53 родини з ознаками ПД, молодше покоління в яких брало участь у батьківській справі за примусом, або пасивно підкорюючись обставинам та бажанням батьків. Групу порівняння, відповідно, склали 32 родини без ознак ПД та потреби в психологічній допомозі, в яких діти за власним бажанням працювали в родинному бізнесі. Отримані результати дозволили наочно продемонструвати необхідність вивчення питання психологічного здоров'я членів сім'ї, що займаються спільним бізнесом, та обґрунтувати коректність методологічних підходів при здійсненні дослідження.

УДК 159.95

## **АФІЛІАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСОБИСТОСТІ**

**Махонько Д.С., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

Спілкування в житті людини є засобом взаємодії за допомогою котрого 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 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 по-

---

треби. 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.

УДК 616.891.6-092: 616.8-085.851

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИППОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ АТО, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

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

Ции 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 детей и подростков 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 эмоциональностабилизирующая – 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 лошадей. 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.



## **КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ ФАКТОРОВ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

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

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

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

В настоящее время проблема помощи и коррекции детям и подросткам с девиантным поведением имеет одностороннюю направленность. Все обязанности по психокоррекции данного контингента возлагаются на органы правопорядка. В качестве пилотного проекта была создана программа психосоциальной реабилитации подростков с девиантным поведением на базе «Есорапк».

В проекте участвовали подростки 12 – 14 лет с различными нарушениями поведения. Целью проекта являлось: оптимизация оказания социально-психологической помощи детям

И подросткам с девиантным поведением путем разработки системы психологической коррекции и социального воспитания на базе центра психосоциальной реабилитации детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами, а также создание необходимых условий, которые расширяют комфортное и безопасное для ребенка пространство с целью усиления позитивных влияний и нейтрализации негативных воздействий социальной среды.

Успешность проекта зависела от комплексного и долгосрочного подхода к формированию специалистами координально новых и социально приемлемых форм взаимодействия в семье и в коллективе у участников группы. Ведущую роль сыграла сочетанность двух направлений работы, а именно психокоррекционной (коррекционные развивающие тренинги, индивидуальная терапия, семейная терапия, анималотерапия) и социальных работ (уход за животными, трудотерапия, экотерапия, участие в жизни FeldmanEсorapк.

Причастность каждого участника к жизнедеятельности FeldmanEсorapк под руководством специалистов (специалисты реабилитационного центра психолог и психотерапевт, социальные работники FeldmanEсorapк) помогла детям сформировать чувство толерантности к социальным требованиям и межличностным взаимоотношениям и ответственности за собственное поведение. В свою очередь, нестандартный способ проведения психокоррекции позволил организовать плодотворный и творческий досуг, результатами которого стали снижение уровня агрессии и тревоги, повышение уровня мотивации к успешной деятельности и формирование новых навыков решения проблем и конфликтных ситуаций со сверстниками и членами семьи.

УДК 616.899-053.2:616.8-085.851

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИГРОВОЙ АНИМАЛОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

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

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

Анализ индивидуально-психологических и межличностных проблем в семьях с ребенком с психологическими расстройствами отображает различные аспекты сложных процессов взаимодействия ребенка с окружающими, восприятия малыша близкими, его развития и формирования как личности.

Одним из приоритетных направлений современных исследований является изучение особенность микро- и макросоциальных взаимодействий ребенка и семьи: личностной сферы родителей, адаптационных механизмов семьи, которые предотвращают их психологическую деструкцию.

На сегодняшний день активно разрабатываются новые и усовершенствуются традиционные модели медико-психологической реабилитации детей с нарушением различных психических сфер. Одной из современных и наиболее эффективных систем помощи детям раннего возраста с нарушением здоровья и развития и их семьями, которая широко используется в мире, является система раннего вмешательства, направленная на эффективное преодоление, коррекцию и Компенсацию отклонений в развитии у детей с первых дней жизни и сопровождения семей.

---

На сегодняшнее время психологическая составляющая раннего вмешательства, в отличии от медицинской и коррекционно-восстановительной, наименее разработана.

Одним из наиболее перспективных разработок в области психического здоровья детского возраста является развивающаяся область игровой анималотерапии. Игровая анималотерапия представляет собой синтез двух подходов, направленных на развитие ребенка – игровая психотерапия и анималотерапия.

В центре психосоциальной реабилитации детей и подростков «Фельдман Экопарк» игровая анималотерапия используется в основном в качестве дополнения к другим терапевтическим методикам, таким как игровая терапия, внутрисемейная терапия, семейная терапия, психообразовательные программы для родителей, и когнитивно-поведенческая терапия.

Существует нескольких руководящих принципов данного метода.

1. В максимально возможной степени поощрение равного и взаимного уважения участвующих детей и животных.

2. Деятельность в игровой анималотерапии должна быть безопасной и приятной для всех участников. Если такая деятельность является опасной для любой из сторон, она останавливается и заменяется другой терапевтической активностью.

3. В ходе игровой анималотерапии ребенок и животное принимаются такими, какие они есть. От детей и животного-терапевта не строятся ожидания «правильного поведения».

4. В игровой анималотерапии акцент делается не на контроле, а на отношениях. Так же как животное-терапевт узнает, как вести себя во время сессий, дети учатся, как вести себя уважительно и гуманно с животным. Процесс игровой анималотерапии позволяет детям строить здоровые взаимоотношения с животным-терапевтом.

5. Игровая анималотерапия основывается на твердых принципах развития ребенка, работы с ним в условиях экосистемы и гуманного обращения с животным. Используются только позитивные отношения потенциального взаимодействия, которые наилучшим образом совместимы с процессом психокоррекционной работы.

В ходе игровой анималотерапии участники лучше узнают о себе и других, участвуют в мероприятиях с животными, а потом прорабатывают свои мысли и чувства с терапевтической командой непосредственно после занятия, «здесь и сейчас». Во многих случаях дети легко видят параллели между своими эмоциональными реакциями, поведением и моделями в игровой анималотерапии с аналогичными ситуациями в повседневной жизни.

Таким образом, игровая анималотерапия сочетает в себе два перспективных терапевтических подхода в работе с детьми, подростками и семьями: игровая терапия и анималотерапия. Живое присутствие животных в качестве терапевтических партнеров предлагает детям новые возможности для снижения защиты, обучения выражать свои чувства, строить здоровые отношения, и преодолевать проблемы. Такой опыт может изменить мнения детей о себе и дать им возможности, предлагая новое понимание их взаимоотношений с другими животными и в конечном счете, другими людьми. Поле игровой анималотерапии существенно выросло, и есть надежда, что дальнейшее обучение и использование игровой анималотерапии приведет к увеличению исследований процессов и результатов.

УДК 616.89

### **ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

**Михайлов Б.В.<sup>1</sup>, Водка М.Е.<sup>2</sup>, Алиева Т.А.<sup>1</sup>, Вашките и.Д.<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 ВОЗ 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 FeldmanEcopark создает центр психосоциальной реабилитации для детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами (далее – центр). Приоритетной задачей является восстановление био-психосоциальной 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 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 Feldman Ecopark.

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 психообразовательные программы, посвященные особенностям воспитательного процесса детей и подростков в школьной среде.

## ПОБУДОВА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ

**Михайлов Б.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

В теперішній час, як ніколи, зростає важливість медико-психологічного супроводу чисельних верств населення. Найближчим часом ця тенденція буде зберігатися і підсилюватися.

МОЗ України і Департаментами охорони здоров'я облдержадміністрацій проведено комплекс організаційних заходів із забезпечення медико-психологічною допомогою учасників АТО і тимчасово переміщених осіб. Практичні психологи надають психологічну допомогу безпосередньо в загальносоматичних і спеціалізованих закладах охорони здоров'я, в консультативних центрах і пунктах регіональних штабів з соцзабезпечення тимчасово переміщених громадян, в складі комплексних медико-психологічних і психіатричних бригад, створених у всіх областях України.

<b>Загальна ресурсна база спеціалістів в Україні складає:</b>			
<b>Фахівці</b>	<b>Штатні посади</b>	<b>Займані посади</b>	<b>Фізичні особи</b>
психотерапевти	317	231	219
лікарі-психологи*	213	162	181
практичні психологи*	655	618	630
* За даними автоматизованої бази даних МОЗ від 2012 року			

Пропозиції щодо оптимізації цієї роботи:

1. Перевірити стан комплексних медико-психологічних бригад (у складі психотерапевта, лікаря-психолога / практичного психолога і лікарів психіатра та нарколога за потребою), при необхідності оновити їх особовий склад, узгодити порядок направлення пацієнтів за відповідними рівнями амбулаторної і стаціонарної мережі.
2. Наказом МОЗ України від 12.03.2008 року №122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 року №33», назва посади «психолог» була змінена на назву «лікар-психолог» або «практичний психолог» в залежності від профілю закладу та його функцій.

Разом з тим, у вищих медичних закладах і факультетах післядипломної освіти скасована спеціалізація практичних психологів з медичної психології і навіть тематичне удосконалення, хоча відповідні навчальні плани і програми розроблені. Зараз потрібно негайне відновлення підготовки зазначених фахівців.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ТА НОРМАТИВНЕ УРЕГУЛЮВАННЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ПРИРОДНИХ, ТЕХНОГЕННИХ АБО СОЦІАЛЬНИХ КАТАСТРОФ

**Михайлов Б.В., Григорович Г.О.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

В теперішній час в Україні склалася напружена соціальна ситуація. Сучасне суспільство характеризується стрімким розвитком технічних галузей знань і наукоємних технологій. Це призводить до позитивних змін в житті суспільства. Однак є чинники, що спричиняють до негативного впливу на життя людей. Серед таких – зростання кількості і масштабів техногенних і природних катастроф. Це обумовлює необхідність створення системи медико-психологічної реабілітації постраждалих

Внаслідок катастрофічних подій техногенного і природного походження. На цьому фоні з'явився новий чинник – проведення антитерористичної операції.

На виконання Постанови Кабінету Міністрів України від 12.08.2009 року №859, Міністерство охорони здоров'я України та Міністерством з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи були видані сумісні накази від 20.11.2009 року

№849/776 та від 26.05.2010 року №438/386, якими була створена міжвідомча комісія і робоча група з питань утворення і функціонування центрів медико-психологічної реабілітації та затверджено перелік санаторно-курортних закладів, де зараз створюються центри.

Основним завданням центрів є психотерапевтична та медико-психологічна допомога особам, які перенесли катастрофічні події техногенного або природного походження, або їх ліквідаторам та максимально можливе відновлення рівня здоров'я, рівня соціального функціонування і якості життя цих контингентів за допомогою лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів.

Центри працюють за програмою медико-психологічної реабілітації, яка побудована за алгоритмізовано-модульною схемою. Програма затверджена у медичних рекомендаціях, виданих МОЗ України.

В подальшому МОЗ і МНС заплановано проводити моніторинг роботи центрів, щорічні семінари працівників центрів і проведення курсів тематичного удосконалення на профільних кафедрах, факультетів і закладів післядипломної освіти.

Сформована система медико-психологічної реабілітації і її подальше удосконалення дасть можливість максимального відновлення здоров'я, рівня соціального функціонування і якості життя осіб, які постраждали внаслідок впливу природних і техногенних катастроф.

УДК 616.89

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

**Михайлов Б.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

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 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 психотерапе-

втичного 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 психологічного 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 психосоматичними 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 само сприйняття 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 атипів нейрорепетики, 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, кабінети 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 само сприйняття 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 – атипові 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 само сприйняття 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.

УДК 616.89

## **ПРОБЛЕМА ДЕПРЕСІЙ 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 пси-

хотравмуючих 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., Ruirperez 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 психоемоційний вітально зумовлений компонент зникає, формуються тривожно-депресивні порушення, гіпо- і анозогностичний типи сприйняття свого стану.

У пацієнтів з МІ 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 НПП у осіб, що перенесли ІМ та МІ, яка побудована за мультимодальним принципом. Для хворих з ІМ система включає проведення особистісно-орієнтованої, раціональної психотерапії та АТ, для хворих з МІ – гіпноугестивної, КБТ, когнітивного і аутотренінгу.

УДК 616.89

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ**

**Мищенко А.Н., Рыженко М.В.**

*Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина  
кафедра психиатрии, наркологии, неврологии та медицинской психологии*

Так называемые в мировой литературе военные синдромы: афганский, вьетнамский, ливийский и другие являются с одной стороны психосоциальным отклонением и с другой – особенностью выражения нормальной реакции на достаточно сильные психотравмирующие проявления внешних воздействий на нормально-сформированный организм человека. При этом, во многих случаях крайней реакцией на значительное психотравмирующее воздействие может быть развитие так называемого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

ПТСР на сегодня является актуальной проблемой не только для нашего сообщества: по многочисленным исследованиям, распространенность ПТСР во всем мире занимает от 1% до 14%; а в многочисленных группах риска – даже до 60% и более. Ежегодный прирост больных с ПТСР составляет более чем 3,5%.

Многолетние исследования психических расстройств, возникающих после воздействия значительно-выраженного стресса (ведение боевых действий; возникновение природных, техногенных и других катастроф; физическое и/или сексуальное насилие; насильственная смерть других; террористические нападения, пожары и др.) Позволили установить наличие у пострадавших общей психофизической симптоматики с ярко выраженной очерченностью и специфичностью черт: чрезмерная агрессия (иногда замкнутость), наличие головных болей, внезапные перепады давления, приходящие нарушения сна, так называемые «флешбеки» (ситуативные болезненные кратковременные воспоминания действия психотравмирующей ситуации), бессонница, выраженная апатия и другие. Также к основным психоэмоциональным проявлениям



после воздействия психотравмирующей ситуации относятся: страх, демонстративность и агрессивность поведения, подозрительность, пессимизм, ощущение «заброшенности», недоверие к окружающим, утрата смысла дальнейшего существования, неуверенность в себе и своих силах, тревожность, негативизм к окружающим и представителям власти, склонность к опасности, конфликтность, неустойчивость психики, эмоциональная напряженность и обособленность, чрезмерная раздражительность и агрессивность, вспышки гнева и приступов тревоги, и страха, и др.

Своевременное диагностирование и психокоррекционное вмешательство при возникновении данного нарушения является предпосылкой возврата пациента с ПТСР к нормальному существованию в современном социуме. Имеется многочисленное количество методик и механизмов, эффективно используемых в процессе психокоррекции и терапии ПТСР. Существует четыре основные группы данных механизмов вмешательства: образовательные; соблюдение здорового образа жизни (достаточная физическая активность, здоровый сон, правильное питание, отказ от алкоголя и наркотических веществ и др.); социальная адаптация и интеграции (семейная и групповая психотерапия, социальная реабилитация и др.); психотерапия, направленная на борьбу со страхами, травмирующими воспоминаниями, «переработку» проблемы и др. При этом применяют следующие психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, психическая саморегуляция; когнитивная психотерапия; личностно-ориентированная терапия; гештальт-терапия и др.

УДК 616.89

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДЛЯ ЛІКАРІВ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Мухаровська І.Р.

*Київський міський клінічний онкологічний центр*

Професійна діяльність лікарів, пов'язана з високим рівнем стресу, що обумовлено зі взаємодією з хворими людьми, які переживають фізичні та психологічні страждання. Одним з найбільш відомих негативних наслідків професійного стресу є синдром емоційного вигорання.

**Мета дослідження** – на основі оцінки вираженості компонентів емоційного вигорання, ідентифікації джерел професійного стресу, потреб у інформації та психологічних навиках, визначити мішені медико-психологічної допомоги для лікарів-онкологів.

Дослідження було проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру. В опитуванні прийняло участь 50 лікарів-онкологів (27 жінок та 23 чоловіків). В якості діагностичного інструментарію було використано опитувальник Mbi-hss та спеціально розроблений опитувальник.

Чинниками професійного стресу лікарів-онкологів були комунікація та взаємодія з пацієнтами та членами їх сім'ї, характеристики онкологічної патології як соматичної нозології, особливості організації діяльності та вимоги до професійних навиків. У кожного з лікарів спостерігалися ознаки дезадаптивного впливу професійного стресу, а кожен з 7 спеціалістів переживав інтенсивний робочий стрес з негативними наслідками для виконуваної діяльності та власного здоров'я. Відмінності у структурі складових вигорання корінилися у особливостях професійної діяльності. Опитування лікарів виявило високу потребу щодо інформації з питань психоонкології (84%) та практичних навиків (88%).

Медико-психологічна допомога для лікарів включає інформування щодо значимих аспектів психоонкології та покращення професійної взаємодії з онкологічними пацієнтами. Відмінності у роботі лікарів різних онкологічних спеціальностей обумовлюють диференціювання заходів медико-психологічної допомоги залежно від клінічних завдань та практичних потреб.

## ОСОБЛИВОСТІ ЕМПАТІЇ ТА САМООЦІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВІКУ

Набойченко Т.В., Селюкова Т.В.

*Національний університет цивільного захисту України*

Великий вплив на усі аспекти життєдіяльності та поведінки людини у будь-якому віці мають такі властивості особистості як самооцінка та емпатійність. Емпатія – індивідуально-психологічна властивість людини, характеризує її здатність до співпереживання, співчуття, розуміння емоційного стану інших людей. Здатність до емпатії частково є соціально обумовленою рисою характеру, а по-части – генетично зумовленою особливістю темпераменту. В якості особливих форм емпатії виділяють співпереживання – переживання суб'єктом тих самих емоційних станів, які відчуває інша людина, через ототожнення з ним, і співчуття – переживання власних емоційних станів із приводу почуттів іншої людини. Основні складові емпатії – емоційна ідентифікація, особистісна рефлексія, альтруїстичні форми поведінки і загальна позитивна установка в спілкуванні з людьми.

З рівнем розвитку емпатійних здібностей пов'язаний вибір способу вирішення складних конфліктних ситуацій. Людина з високим рівнем емпатії воліє конструктивні способи, що враховують інтереси і переживання інших людей і спрямовані на надання дієвої допомоги, підтримку і розвиток відносин. Людина з низьким рівнем емпатії воліє використовувати директивні, силові (деструктивні, без урахування інтересів і почуттів іншої людини) способи її дозволу, або пасивні – відхід від вирішення, ігнорування ситуації, перекладання відповідальності за прийняття рішень на іншого.

Емпатична здатність індивідів зростає, як правило, із зростанням життєвого досвіду, також емпатія легше реалізується в разі подібності поведінкових і емоційних реакцій суб'єктів. Але розвиток емпатії пов'язаний не тільки з життєвим ситуативним досвідом суб'єкта – активний вплив на розвиток емпатійних почуттів людини, наприклад, можуть мати художні твори, адже увага читача акцентується на проблемах героїв, їхніх стражданнях і радощах, аналізуються способи поведінки в різних ситуаціях.

Емпатія – це перш за все усвідомлення емоційного стану іншої людини і здатність розділити її досвід. В останньому випадку ми фактично відчуваємо ті ж емоції. Це дуже важливо для розуміння та допомоги людині, яка перебуває в складній життєвій ситуації. Співпереживання іншій людині означає дещо більше, ніж жаль до неї чи задоволення її вчинками. Ми глибоко розділяємо з нею такі емоції як радість, страждання, гнів. Можна виділити три основних фази перебігу емпатії, функціонування яких забезпечується різними психологічними механізмами: це емотивно-когнітивна фаза емпатійного процесу, почуттєва фаза та вчинково-дієва фаза емпатійного процесу.

Самооцінка – цінність, значимість якої індивід наділяє себе в цілому й окремі сторони своєї особистості, діяльності, поведінки. Самооцінка виступає як відносно стійкий структурний утвір, компонент самопізнання і як процес самооцінювання. Основу самооцінки становить система особистісних змістів індивіда, прийнята їм система цінностей.

Самооцінка визначає взаємини людини з оточуючими, його критичність, вимогливість до себе, ставлення до успіхів і невдач. Значну роль у формуванні самооцінки грають оцінка оточуючих особистості і досягнень індивіда.

Адекватна самооцінка дозволяє людині правильно співвідносити свої сили із завданнями різної складності і з вимогами тих, що оточують. Неадекватна (завищена або занижена) самооцінка деформує внутрішній світ особи, спотворює її мотиваційна і емоційно-вольова сфери і тим самим перешкоджає гармонійному розвитку.

Причинами низької самооцінки у осіб віком від 19 до 25 років може бути самоневизначеність, невпевненість, негативні навіювання оточуючих, або негативні самонавіювання. Низька самооцінка в такому віці підтримується в тих випадках, коли особи вважають, що програють у порівнянні з іншими. При цьому можливо, вони забувають, що невдачі – також цінний ресурс досвіду, а також що їх індивідуальність не менше унікальна, ніж у інших людей. Також важливим є питання про критерії оцінки та самооцінки, в деяких, навіть професійних областях, не кажучи вже про особисті стосунки, вони можуть залишатися відносними або недостатньо чітко проявленними.

Висока самооцінка у людей віком від 36 до 46 років, як правило, стає невід'ємною якістю ус- пішної людини, незалежно від професії – будь то політики, бізнесмени, представники творчих спе- ціальностей. Однак поширені і випадки завищеної самооцінки, коли люди дотримуються занадто високої думки про себе, власні таланти і здібності, в той час як реальні їх досягнення, на думку експертів в тій чи іншій облас- ті, представляються більш-менш скромними. Це залежить від того, який тип поведінки та мотивів прита- манний кожній окремій особистості. Існує два типи поведінки – прагнення до успіху та уникання невдач.

У разі якщо людина дотримується першого виду мислення, він налаштований більш позитив- но, його увагу менш акцентовано на труднощах, і в цьому випадку думки, висловлювані в соціумі, просто менш значущі для нього і його рівня самооцінки. Людина, що виходить з другої позиції, менш схильний до ризику, проявляє більше обережності і нерідко знаходить в житті підтверджен- ня своїм страхам, що його шлях до цілей пов'язаний з нескінченними перешкодами і тривогами. Такий тип поведінки, можливо, не дозволяє йому підняти самооцінку.

УДК 616.891-06:616.12-008.331.1

### **РОЗЛАДИ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ (КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ)**

**Ніконенко В.А.<sup>1</sup>, Романова І.В.<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня;*

*<sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

В теперішній час проблема вивчення психопатологічних явищ при серцево-судинних захво- рюваннях є достатньої актуальною за запитами теорії та клінічної практики. Дані факти є цілком необхідними для ретельного відображення того, що в дійсності робиться із психікою хворих.

Психопатологічний процес у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) може розвиватися в ре- зультаті тривалих негативних психічних впливів, особливо під впливом постійних негативних емо- ційних чинників. Це викликає патологічно інертне застійне збудження гіпоталамусу, що супрово- джується підвищеною продукцією гіпофізарно-надниркових гормонів, що надають пресор- ний ефект на серцево-судинну та нервову систему. У міру розвитку захворювання настає ішемія ни- ркової тканини, утворюється ренін-гіпертензін, підвищувальний тонус артеріол, що свідчить про порушення нервово-гуморальної регуляції артеріального тиску.

Психічні порушення при артеріальній гіпертензії викликають інтерес у великій ланки фахів- ців, понад усе не з ракурсу формування специфічної внутрішньої картини хвороби, а з точки зору обумовленої реакції когнітивної сфери пацієнтів на історію дебюту, подальшого розвитку, факту частішої хроніфікації та приймання підтримуючої гіпотензивної фармакологічної терапії. Всі вказані моменти безумовно відображаються на динаміці психопатологічної симптоматики.

Спектр психічних розладів у хворих на АГ є достатньої різноманітним та недостатньо структу- рованим з точки зору досліджень. Не існує диференційно-діагностичних критеріїв їх оцінки. Однак, практично вся симптоматика відіграє свою роль у зниженні працездатності хворих. Пацієнти не можуть виконувати своїх обов'язків на роботі. Дуже часто на перший план виступають психогенно обумовлені розлади, тривожні та депресивні розлади.

В аспекті проблеми психосоматичних кореляцій ми провели комплекс анамнестичних, клі- ніко-психологічних і клініко-психопатологічних досліджень хворих на АГ з депресивною та три- вожною симптоматикою, невротичними розладами – 194 чоловіків. Нами була проведено аналіз

Клінічного дослідження та зроблено прогноз реалізації подальших психодіагностичних та те- рапевтичних і психопрофілактичних тактик у хворих.

На початковій стадії АГ (гіпертонічна фаза, транзиторна гіпертонія) психічні порушення є ма- ловираженими. Вони зводяться до появи астеничного симптомокомплексу – підвищеної стомлюва- ності, емоційної нестійкості і легких депресивних або депресивно-іпохондричних компонентів. В деяких випадках розвиваються неврозоподібні або психопатоподібні синдроми, які проявляються дратівливістю, безпричинної тривогию. Іноді загострюються характерологічні особливості особи- стості. Слід зазначити, що при збільшенні артеріального тиску стан погіршується, а при його нор- малізації самопочуття хворих стає краще.

На другій стадії розвитку гіпертонічної хвороби (лабільна і стабільна гіпертонія) психопатологічні порушення набувають більш виражений характер. У цей період особливо помітні тривожно-депресивні розлади з параноїчними компонентами. Подібні стани частіше виникають гостро, нетривало і лише в окремих випадках бувають затяжними.

**Висновки:** запити теорії та практики сьогодення вимагають від дослідників у галузі охорони психічного здоров'я узагальнення закономірностей та особливостей розвитку психопатологічних розладів у хворих на АГ таким чином, щоб допомога такому контингенту хворим надавалася комплексно та проводилася своєчасна психопрофілактика АГ.

УДК 616-082-053.2(477.61/62)

### **ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №1 ДЕТЯМ ИЗ ДОНЕЦКОЙ И ЛУГАНСКОГО ОБЛАСТЕЙ**

**Пионтковская О.В., Савво А.Н., Халтурина Т.А., Соловьева А.Г., Стрелец Е.В.**

*Харьковская областная детская клиническая больница №1*

Оказание высокоспециализированной медицинской помощи детям является основным направлением в работе Харьковской Областной детской клинической больницы №1, которая является одной из крупнейших детских учреждений Харьковской области на 420 коек. В структуру больницы входят: консультативная поликлиника на 240 посещений в смену, 16 специализированных отделений, в том числе 3 центра Региональный центр детской иммунологии, аккредитованный МОЗ Украины, Областной центр детской аллергологии, Областной центр детской хирургической стоматологии, 8 вспомогательных служб. Стационар рассчитан на 220 коек хирургического и 200 коек соматического профиля. В больнице работает 764 сотрудника: врачей 144, м/с – 319, младшие м/с – 187, общий штат 113 человек, 14 сотрудников имеют ученые степени: доктора медицинских наук – 1, кандидата медицинских наук – 13, научные звания профессора – 1, доцента – 2 сотрудника, 2 заслуженных работника здравоохранения.

Больница является базой трех высших медицинских учреждений, на которой работают 7 кафедр: Харьковского национального медицинского университета (детской хирургии и детской анестезиологии, пропедевтики педиатрии №2, стоматологии детского возраста, челюстно – лицевой хирургии и имплантологии; акушерства, гинекологии и детской гинекологии); Харьковской медицинской академии последипломного образования (онкологии и детской онкологии, хирургии сердца, магистральных сосудов и детской хирургии); Харьковского Национального университета им. В.Н. Каразина (кафедра общей и клинической иммунологии и аллергологии).

В Харьковской Областной детской клинической больницы №1 проходят обучение врачи - интерны, повышают квалификацию врачи курсанты, а также средний медицинский персонал. Проводятся тренинги для персонала и врачей. Врачи больницы проходят тренинги и стажировку в ведущих клиниках Европы, успешно внедряют новые методики зарубежных коллег в практику лечебного учреждения.

Больница отвечает всем требованиям III уровня аккредитации, имеет высшую аккредитационную категорию, сертификат ISO 9001:2008.

Такой лечебный, научный и технический потенциал позволяет оказывать медицинскую помощь не только жителям Харьковской области, но и других областей.

С 2014 по 2016 г. в Харьковской Областной детской клинической больницы №1 была оказана медицинская помощь 4609 детям жителям Донецкой и Луганской областей, из них в Харьковской Областной детской консультативной поликлиники 2088 (45,3%) детей, в том числе 76 (3,6%) детей первого года жизни.

В стационаре всего: 2521 (54,7%) чел., из Донецкой области - 1516 (32,9%) чел, Луганской области – 1005 (21,8%) чел, из них прооперированно 839 (33,3%). По профилю дети распределились следующим образом: соматический профиль 805 (31,9%), хирургический профиль 1717 (68,1%), в т.ч.

Реанимационных больных 45 (1,8%) пациентов. По возрасту: до 1 года 607 (24,1%), из них новорожденные 197 (7,8%).

Дети в Харьковскую Областную детскую клиническую больницу №1 поступали из различных лечебных учреждений, а также по направлению Харьковской Областной детской консультативной поликлиники, а именно: ХОДКП 627 (24,8%); из лечебных учреждений Донецкой и Луганской областей – 530 (21,1%); лечебных учреждений города Харькова – 255 (10,2%); из Харьковских Областных лечебных учреждений – 209 (8,3%). Самообращением – 449 (17,8%). Санитарным транспортом в

Больницу было доставлено 82,2% (2072) детей. Ургентно поступило 75% (1890); планово 25% (630) детей. Исходы заболевания: с выздоровлением – 1310 (52%); с улучшением 1175 (46,6%), умершие – 36 (1,4%).

Всем детям, поступавшим в Харьковскую Областную детскую клиническую больницу №1 была оказана высокоспециализированная медицинская помощь в соответствии протоколам МОЗ Украины и локальным протоколам учреждения.

УДК 159.95

## **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА КОМУНІКАТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У КУРСАНТІВ ТА СТУДЕНТІВ НУЦЗУ**

**Піцур А.М., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

В даний час проблема емоційного інтелекту та комунікативної соціальної компетентності стає все більш популярною у науковому світі. Різні тлумачення аспектів цих понять мали місце в усі часи при вивченні проблеми емоційної культури людини та суспільства.

Емоційний інтелект – група ментальних здібностей, які беруть участь в усвідомленні та розумінні власних емоцій і емоцій оточуючих. Люди з високим рівнем емоційного інтелекту добре розуміють свої емоції і почуття інших людей, можуть ефективно керувати своєю емоційною сферою, і тому в суспільстві їх поведінка більш адаптивна і вони легше досягають своїх цілей у взаємодії з оточуючими. Емоційний інтелект (EQ) – це показник нашої здатності до спілкування, вміння усвідомлювати свої емоції та розуміти почуття інших людей. EQ вважається емоційним еквівалентом пізнавального інтелекту. Емоційний інтелект трактується як здатність диференціювати позитивні і негативні почуття, а також знання про те, як змінити свій емоційний стан з негативного на позитивний. Рівень емоційного інтелекту є важливим засобом успішної самореалізації особистості.

Під комунікативною компетентністю розуміють здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, певну сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне спілкування. Вона передбачає уміння змінювати глибину і коло спілкування, розуміти і бути зрозумілим для партнера по спілкуванню. Комунікативна компетентність формується в умовах безпосередньої взаємодії, тому є результатом досвіду спілкування між людьми.

Дослідження проводилося на базі Національного університету цивільного захисту України. В дослідженні брали участь 2 групи респондентів: юнаків та дівчат. Кожна група складалась з 40 осіб, вік піддослідних від 18 до 20 років.

Виходячи з результатів за методикою «Емоційний інтелект» Н. Холла ми можемо сказати, що за шкалами «емоційна обізнаність», «управління своїми емоціями» та шкалою «емпатія» визначаються вірогідні відмінності між групами на статистично значущому рівні, а саме: за шкалою «емоційна обізнаність» ( $p < 0,05$ ), це говорить про те, що дівчата більш спроможні підтримувати емоційний інтерес до всього, що їх оточує, відчувати себе щасливими та бути компетентними у власних почуттях, ніж юнаки; за шкалою «управління своїми емоціями» ( $p < 0,01$ ), це говорить про те, що юнаки набагато краще можуть управляти власними емоціями, володіти собою, це відображається у вигляді зусиль заспокоїти себе, позбавитись тривожного стану, що виникає, суму або роздратованості, ніж дівчата; за шкалою «емпатія» ( $p < 0,05$ ) – дівчата більш спроможні розпізнавати та розуміти емоції, що виникають в інших людей та співпереживати їм, аніж юнаки. Дівчата є більш чутливими до оточуючого. За шкалами «самомотивація» і «розпізнавання емоцій інших людей» достовірних відмінностей між групами не було.

Рівень емоційного інтелекту є важливим засобом успішної самореалізації особистості. Високий емоційний інтелект допомагає збалансувати емоції і розум, відчути внутрішню свободу та

відповідальність за себе, усвідомити власні потреби і мотиви поведінки, рівновагу, а також скорегувати стратегію власного життя. Він асоціюється з почуттям загального щастя. Низький емоційний інтелект характеризується страхом, самотністю, нестабільністю, агресією, почуттям провини, депресією, фрустрацією.

Для визначення гендерних особливостей комунікативної соціальної компетентності використана методика «Діагностика комунікативної соціальної компетентності» за ред. Н.П. Фетіскіна, В.В. Козлова, Г.М. Мануйлова. Майже за всіма шкалами (6 із 9) визначаються вірогідно значущі відмінності між групами, а саме: дівчата більш легкі у спілкуванні, відкриті та товариські; вони більш чутливі, такі, що тягнуться до інших, з художнім мисленням; вони більш кмітливі, життєрадісні, безтурботні, веселі. Хлопці, в свою чергу, більш емоційно стійкі, емоційно зрілі, спокійні, розсудливі; також юнаки більш незалежні, віддають перевагу власним рішенням, орієнтовані на себе; у хлопців виражена схильність до асоціальної поведінки.

УДК 616.89

### **ХАРАКТЕРИСТИКА БОЕВЫХ И НЕБОЕВЫХ СТРЕССОРОВ У КОМБАТАНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ И СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ**

**Пономарёв В.и., Пономарёва В.В.**

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина  
кафедра психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии*

Изучение формирования ранее не свойственных для комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) агрессивных поведенческих паттернов актуально, так как повышенная агрессивность, проявляемая физически и вербально, нарушает ранее сложившуюся коммуникацию между супругами и обуславливает развитие супружеской дезадаптации, что проявляется в снижении сексуального функционирования в супружеской диаде, снижении качества жизни у супругов в целом. Также важно изучение небоевых стрессорных факторов у комбатантов с ПТСР, так как по мнению исследователей данной проблемы, определенные процессы социальной реадaptации после увольнения из армии могут играть роль триггера и / или модификатора расстройств, возникших как следствие перенесенной психологической травмы в условиях боевых действий.

Целью нашего исследования было изучение боевых и небоевых стрессоров у комбатантов с ПТСР, вернувшихся из зоны боевых действий и проявивших признаки несвойственной ранее и (или) избыточной агрессивности по отношению к жене, что повлекло развитие супружеской дезадаптации. В исследовательскую выборку были включены 48 военнослужащих-мужчин, проходивших ранее службу в зоне АТО на востоке Украины, с признаками посттравматического стрессового расстройства – ПТСР (рубрика F43.1 по МКБ-10), обследованных непосредственно в период с 2014 по 2016 г. Из них в основную группу («А») вошли 28 человек с ПТСР, систематически проявляющих агрессию в отношении супруги, группу сравнения («Б») составили 20 человек, страдающих ПТСР без проявлений агрессивности по отношению к супруге. Общим для всех исследованных было на-

личие хорошего уровня адаптированности в супружеской паре комбатантов до их участия в АТО.

К боевым стрессорам были отнесены различные стрессогенные ситуации, участниками и (или) свидетелями которых были комбатанты в районах боевых действий. Установлены следующие различия в структуре боевых стрессоров у респондентов групп сравнения. Все обследованные являлись непосредственными участниками боев, из них 87,5% комбатантов неоднократно участвовали в боевых столкновениях с противником. Однако комбатанты группы «А» значительно чаще участвовали в боевых действиях, которые отличались особой жестокостью и кровопролитностью, во время которых им приходилось убивать противника в рукопашном бою (41,67% – комбатанты из группы «А» и 10,0% – комбатанты из группы «Б»;  $t = 4,44$ ;  $p = 0,000$ ). Все обследованные указывали на то, что были свидетелями ранений и гибели сослуживцев. Среди субъективно наиболее значимых боевых стрессоров для комбатантов из группы «А» 89,29% называли гибель или ранение

товарищей, тогда как в группе «Б» этот показатель был достоверно ниже – 60,00% ( $\chi^2 = 28,51$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,000$ ). Кроме того, комбатанты из группы «А» достоверно чаще ( $\chi^2 = 11,78$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,001$ ) принимали участие в опознании, отправке изуродованных тел погибших (85,71%), чем комбатанты из группы «Б» (45,00%). К небоевым стрессорам были отнесены социальные ситуации, в которых комбатанты испытывали чувства униженного личного достоинства, эмоционального отвержения окружающими, вины выжившего и тоски по погибшим. Подобные переживания у лиц, переживших боевую психическую травму, по данным литературы сопровождаются ощущениями безысходности и легкостью возникновения аффективного напряжения на, казалось бы, безобидные, безадресные высказывания кого-либо из окружающих.

Установлено, что комбатанты из группы «А» при возвращении из районов боевых действий и в первое время после этого достоверно чаще ( $\chi^2 = 11,78$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,001$ ) подвергались действию небоевых стрессоров (85,71%), чем комбатанты из группы «Б» (45,0%).

Чувство униженного личного достоинства испытали 89,29% комбатантов из группы «А», тогда как в группе «Б» этот показатель был достоверно ниже – 60,00% ( $\chi^2 = 28,51$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,000$ ); чувство эмоционального отвержения окружающими испытали 85,71% комбатантов из группы «А» и 45,00% комбатантов из группы «Б» ( $\chi^2 = 11,78$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,001$ ); вины выжившего и тоски по погибшим испытали 28,57% комбатантов из группы «А» и только 10,00% комбатантов из группы «Б» ( $\chi^2 = 12,08$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,001$ ).

Таким образом, в результате сравнительного исследования структуры контингента обследованных по сопряженным признакам можно было определить более или менее информативный «усредненный портрет» комбатанта из группы «А», склонного к проявлению агрессивного поведения по отношению к супруге. У такого военнослужащего наиболее вероятным вариантом непосредственного воздействия на него боевых стрессоров было участие в рукопашных схватках с противником. Он часто становился свидетелем гибели сослуживцев, при этом непосредственно принимал участие в опознании изуродованных трупов и их отправке. По возвращении из района боевых действий часто оказывался участником или свидетелем социальных ситуаций, в которых испытывал чувства униженного личного достоинства, эмоционального отвержения окружающими, вины выжившего и тоски по погибшим.

Полученные результаты могут указывать на констелляцию небоевых стрессоров периода социальной реадaptации комбатантов с ПТСР как на потенциальный модификатор ПТСР, изменяющий в частности конативный аспект агрессии при ПТСР.

УДК 616.89

## **ТИПИ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ ДО СТРЕСОВИХ УМОВ**

**Приходько І.І., Колесніченко О.С., Мацегора я.В.**

*Національна академія Національної гвардії України  
науково-дослідний центр Національної гвардії України (м. Харків)*

Службово-бойова діяльність військовослужбовця Національної гвардії України (далі НГУ) проходить в екстремальних умовах, вона характеризується постійним нервово-психічним напруженням, фізичними перевантаженнями, високим ризиком для життя та здоров'я особового складу, що висуває підвищені вимоги до особистості військовослужбовця, до його адаптаційного потенціалу. Проблеми адаптації людини до стресових подій вже тривалий час у центрі уваги вітчизняних і зарубіжних вчених. В їх дослідженнях було визначено, що психологічні наслідки впливів психогенних факторів військових конфліктів обумовлюють широке коло різноманітних порушень, які різними авторами описуються як бойові психічні травми, гострі реакції на стрес, соціально-стресові розлади, комбатантна акцентуація особистості, ПТСР та ін.

Так, В.О. Пономаренко виділяє певні добіологічні бар'єри, які попереджають негативний вплив бойового стресу на військовослужбовця, – це психічне здоров'я, світоглядні установки, розвинене відчуття військового обов'язку та професіоналізм особового складу. Автор визначає, що під час бойового стресу відбувається інтеграція двох основних завдань для особистості: зберегти

інших та себе.

Як окрему категорію, А.Г. Маклаков визначає особистісний адаптаційний потенціал, як інтегральну характеристику психічного розвитку особистості, яка дозволяє диференціювати людей за ступенем їх стійкості до впливу психоемоційних стресорів, а також за ступенем успішності вирішення ними завдань в екстремальних умовах.

В.О. Бодров, О.О. Обознов пропонують стійкість до стресу розглядати як інтегративну властивість особистості – стресостійкість, яка характеризується необхідним ступенем адаптації індивіда до впливу екстремальних факторів середовища та професійної діяльності.

За даними Ю.І. Погодіна та ін., загальна характеристика психічного стану військовослужбовців залежить від особистісних особливостей і періоду бойової діяльності: наприкінці бойових дій у 80% офіцерів було виявлено виражені ознаки бойової психічної травми, які певною мірою потребували спеціалізованої медико-психологічної допомоги.

Попри існуючу поширеність досліджень з зазначеної проблематики, актуальними залишається не лише визначення різних особливостей адаптації до стресу, але й їх узагальнення, для здійснення диференційованої професійної психологічної підготовки фахівців ризиконебезпечних професій. З метою визначення типів адаптації до стресу у військовослужбовців НГУ співробітниками науково-дослідної лабораторії морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності військовослужбовців НГУ було проведене власне емпіричне дослідження.

Для визначення типів адаптації військовослужбовців до екстремальних умов нами використано комплекс психодіагностичних методик: «Шкала реактивної та особистісної тривоги» авторів Ч. Спілберга – Ю. Ханіна; опитувальник оцінки стану адаптації «ОСАДА» (автор С.І. Яковенко); «Опитувальник травматичного стресу» (ОТС) (автор І. О. Котенєв).

Для узагальнення результатів за цими методиками було використано процедуру кластерного аналізу, яка дозволила говорити про 4 типи адаптації до стресових умов:

– перший тип – «прогнозуючий небезпеку» (68,38%) – має високу здатність до передбачення негативних наслідків подій і критичне ставлення до своїх можливостей, частіше за інші типи використовує стратегію уникнення прогнозованої небезпеки, що забезпечує йому меншу травматизацію в актуальній ситуації і, відповідно, зменшують вірогідність розвитку ПТСР;

– другий тип – «відвертий, відкритий зовнішньому світу (і небезпеці)» (21,37%) – не сприймають оточуючий світ як небезпечний і загрозовий, нехтують небезпекою;

– третій тип – «віктимний, приймаючий роль постраждалого (жертви)» (6,84%) – прагне викликати співчуття, виправдати свою поведінку відомими (поширеними серед військовослужбовців на психологічних лекторіях) даними про стрес та ПТСР;

– четвертий тип – «витісняючий, приховуючий свій страх» (3,42%) – усвідомлюючи власну тривогу, намагається її приховати від оточуючих (а можливо і від самих себе), компенсувати зайвою бравадою.

Результати цього дослідження є важливими для диференціації професійної психологічної підготовки військовослужбовців НГУ до дій в екстремальних умовах та профілактики у них ПТСР.

УДК 616.89

### **КОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ ЩОДО ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ПОВЕДІНКИ, ЯКІ СКОЇЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'І**

**Романова І. В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

Згідно нашим та міжнародним дослідженням ефективність психопрофілактики насильства в сім'ї підвищується, якщо до системи медико-соціальної допомоги залучені як постраждалі від насильства в сім'ї, так і особи, які вчинили насильство.

З 2009 року була створена за нашою участю та впроваджується державна «Програма корекційної роботи з особами, які вчинили насильство в сім'ї, та основні засади її реалізації» в межах спільного проекту Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Координатора проєктів ОБСЄ в Україні. Корекційна програма містить алгоритм взаємодії державних, правоохоронних, громадських організацій щодо організаційно – правових засад впровадження корекційної роботи



з особами, які вчинили насильство в сім'ї в Україні.

За останні 3 роки нами було досліджено 43 особи віком від 18 до 53 років, які скоїли насильство в сім'ї двічі чи більше раз.

Випадки насильства в сім'ї були зумовлені тривалим, хронічним характером дії. Насильство в сім'ї – реальна дія або загроза умисної фізичної, сексуальної, психологічної або економічної дії, примуси з боку однієї особи по відношенню до іншого, з яким особа має або мало інтимні або інші значущі стосунки, з метою контролю, залякування, навіювання почуття страху. Насильство в сім'ї зазвичай приховано від очей оточуючих, тому його попередження є важливим показником якості життя. Причини цього знаходяться в латентності феномену, відсутності загальноприйнятих критеріїв видів і типів насильства. В медичних закладах можливо зафіксувати наслідки фізичного насильства; при тому ж констатація психологічного, сексуального, економічного насильства остається проблематичною.

Насильство може викликати різні порушення в емоційній та когнітивних сферах, в поведінці, розлади апетиту, сну; зловживання наркотиками, алкоголізм; мимовільне відтворення травматичних дій в поведінці. Порушення, що виникають після насильства, зачіпають усі рівні людського функціонування, які призводять до стійких особових змін. Окрім безпосереднього впливу пережитого насильства може призводити до довгострокових наслідків, що часто впливають на усе подальше життя.

Розробка дієвих заходів профілактики і допомоги не тільки жертвам насильства, але й особам, що вчинили насильство, поліпшення соціально-економічних показників сприяють зниженню кількості випадків насильства в сім'ях і поліпшенню психічного здоров'я популяції, в цілому. Корекційна програма складається з індивідуального психологічного консультування та групової психоко-рекції агресивної поведінки осіб, які повторно вчинили насильство в сім'ї, формування системи особисті- ного контролю за емоціями та поведінкою у цих осіб.

Важливим аспектом проведеного нами психологічного консультування і сімейної психотерапії, групової психотерапії в плані профілактики рецидиву насильства було фокусування членів сім'ї на можливості адаптації, залучення членів сім'ї до вираження своїх емоцій і переживань, акцентування на сильних якостях особистості членів сім'ї, формування нових можливостей комунікації членів сім'ї, аналізі перспектив, визначення планів сім'ї, запобігання поведінці, що провокує агресивну та девіантну поведінку членів родини.

УДК: 316.334.

## **ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ І ПСИХОТЕРАПІЯ ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ГЕНДЕРНО ОБУСЛОВЛЕННОГО НАСИЛИЯ**

**Романова І.В.**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии*

Разработка, внедрение и усовершенствование модели оказания социальной и психотерапевтической помощи женщинам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия, в последние 5 лет в Украине становится все более актуальной в связи с ростом случаев насилия в семье, а также Насилия по признаку пола. Гендерно обусловленное насилие (ГОН) над женщинами имеет различные виды и формы, но их следствием всегда является психологическая и социальная дезадаптация, серьезный ущерб для здоровья, стойкое снижение качества жизни, не только женщины, но и членов ее семьи. Учитывая курс Украины на европейскую интеграцию, предусматривающую 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 особую социальную и практическую значимость. По данным Министерства социальной поли- тики Украины, в 2014 году по всей территории Украины зафиксировано около 103 000 случаев насилия в семье. Жертвами ГОН, в основном выступают женщины. Проблемы психосоциальной ре- билитации и психотерапии, пострадавших от ГОН и домашнего насилия особенно обострились в условиях вооруженного конфликта на востоке Украины, т.к. Гражданское население

---

ние, особенно женщины и дети, включая внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), составило подавляющее большинство среди тех, на ком негативно сказались последствия вооруженных конфликтов.

Несомненно, в 2013-2016гг. Назрела необходимость ратификации Верховной Радой Украины Стамбульской Конвенции Совета Европы о предотвращении насилия в отношении женщин и домашнего насилия, и реализации Национального плана действий по выполнению Резолюции Совета Безопасности ООН 1325 «женщины, мир, безопасность».

Согласно ст. 3 Стамбульской Конвенции Совета Европы : «насилие в отношении женщин – это нарушение прав человека и форма дискриминации в отношении женщин и означает все акты насилия в отношении женщин по гендерному признаку, результатом которых является или может быть физическое, сексуальное, психологическое или экономический ущерб или страдания в отношении женщин, в том числе угрозы таких действий, принуждение или произвольное лишение свободы, независимо от того, происходит ли это в публичном или частном жизни». Среди форм насилия в отношении женщин выделяют: принудительный брак, преследование, насилие, связанное с приданым; физическое, психологическое насилие в семье, сексуальное насилие по отношению к девочкам /женщинам, изнасилование в браке; внебрачное насилие; насилие, связанное с эксплуатацией, торговля женщинами и принудительная проституция; женское обрезание, другие традиционные практики, наносящие ущерб женщинам; принудительные беременность, аборт и стерилизация; сексуальные домогательства, запугивания на работе и в образовательных учреждениях; насилие со стороны или при попустительстве государства.

Большинство насильственных действий по отношению к женщинам совершается в случаях, когда семья часто меняет место жительства, члены семьи злоупотребляют алкоголем или наркотическими веществами, семьи являются неполными, в семье дети воспитываются отчимом.

Нами были обследованы с 2013 по 2016 гг. 68 женщин, пострадавших от ГОН в возрасте 19 – 50 лет, 23 женщины были из группы ВПЛ. В группе вмешательства проводилась психотерапия и длиннофокусная психосоциальная реабилитация 68 женщинам жертвам ГОН. 59% женщин перенесли физическое насилие в виде побоев, 100% – психологическое давление в виде угроз и оскорблений, 6% – экономическое насилие, 6% перенесли сексуальное насилие.

Формой психологического давления на женщин зачастую являлось манипулирование интересами ребенка при разводе, когда мужа пытались оскорбить, унижить жену и снизить авторитет жены и матери, 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. Spielberger – Ханина; определение уровня нейротизма личностного опросника h.J. Eysenck, определения стиля поведения в конфликтной ситуации К.Томаса, тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН.

У женщин, пострадавших от ГОН, были выявлены психопатологические изменения личности не только в виде формирования виктимных черт характера, но и в виде формирования агрессивности: они сами испытывали раздражительность, вспыльчивость, гнев. Часто их агрессивность проявлялась в конфликтности, а вспышки их гнева не имели видимой причины и часто отражались на детях. Большинство же женщин проявляли пассивность, подчиняемость, не могли защитить свои интересы и интересы детей, у них формировалась психологическая зависимость от общения с агрессором в семье. Часто в проявлениях насилия над собой женщины с сформированными виктимными чертами характера видели внимание и проявления любви к себе. И в том, и в другом случае нарушалась коммуникация с членами семьи, снижалась самооценка женщины и ее ребенка. Женщины с низкой самооценкой переживали чувство вины, стыда. Для них были характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, невозможности изменить и контролировать ситуацию. Анализ показателей эмоционального состояния у пациенток, характеризовавших взаимоотношения в своей семье как неудовлетворительные, показал, что у последних чаще

диагностировались низкие показатели настроения (+29%), высокий уровень нейротизма (+19%), значительная реактивная (+31%) и личностная (+25%) тревожность.

Проявления невротических расстройств у женщин в 35% случаев наблюдались в виде острой реакции на стресс, у 29% наблюдались сочетанные расстройства сна, у 20% женщин – неврастенического синдрома, у 10% – расстройств адаптации, у 7% женщин – в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства, у 10% женщин – посттравматического стрессового расстройства. Проявления соматоформных расстройств отмечались в 17% случаев преимущественно с нарушением сердечно-сосудистой системы и дыхательной системы.

Принципы социально-психологической реабилитации и психотерапии женщин и членов их семей соответствовали этапности, комплексности, приемственности, последовательности. Нами применялись следующие методики: психологическое консультирование; суггестивная психотерапия; системная семейная психотерапия; рациональная и когнитивная, поведенческая психотерапия. Комплексная терапия и реабилитация была направлена на оценку психотравмирующей ситуации и формирования новых представлений о ней и выработку адекватных форм реагирования и поведения, профилактики формирования виктимных черт личности у женщин.

Психологическое консультирование решало задачи разрешения трудностей пострадавшей женщины через создание условий для выражения сильных эмоций, приобретения ею чувства контроля над собой, четкого определения актуальных проблем, создания оснований принятия пациенткой себя и пережитого психотравмирующего события.

В системной семейной психотерапии мы фокусировались на возможности адаптации женщин и членов семьи, привлечении женщин и членов семьи к выражению своих эмоций и переживаний, акцентировании на сильных качествах личности членов семьи, формировании новых возможностей коммуникации членов семьи, анализе перспектив, определении планов семьи, профилактики рецидивов насилия, контроле агрессивного поведения членов семьи и женщин.

Социальная реабилитация состояла в создании условий для безопасного проживания женщины и детей, социальной адаптации в новых условиях и месте проживания, восстановления утраченных документов, социального статуса женщины, социального сопровождения семей, где зафиксированы случаи ГОН.

В итоге у 95% женщин редуцировались проявления невротических и соматоформных расстройств, было достигнуто повышение самооценки, уверенности в себе, улучшение самочувствия женщин, также улучшился психологический климат во всех семьях.

**Выводы:** комплексный интегративный подход к психосоциальной реабилитации и психотерапии женщин, пострадавших от ГОН, представляется нам эффективным и требующий внимания в системе медико-психологической помощи лицам, пострадавшим от насилия в семье. Мы считаем, что необходимо в различных регионах Украины организовать структуру государственных медико-социальных центров для оказания комплексной помощи лицам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия.

УДК 616.89

## **СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ЖЕНЩИН И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ**

**И.В. Романова, Н.М. Колесник**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра психотерапии*

Модель оказания социально-психологической и психотерапевтической помощи женщинам, перенесшим насилие в семье, в последнее десятилетие в Украине становится все более актуальной в связи с ростом случаев насилия в семье, обострением её социальной, психологической и медицинской значимости. Применение психотерапии подростков, пострадавших от насилия в семье, в сочетании с базисной терапией на фоне базисной медикаментозной терапии, режима питания и индивидуально дозированных физических нагрузок привело к улучшению самочувствия 88 женщин и 42 подростков, социально-психологической реабилитации, компенсации невротических и соматоформных расстройств, развившихся у них после перенесенного насилия в семье.

Насилие в семье над женщинами имеет различные виды и формы, но их следствием всегда является психологическая и социальная дезадаптация, серьезный ущерб для здоровья, стойкое снижение качества жизни, не только женщины, но и членов ее семьи. У женщин существует потребность в ощущении безопасности и поддержки в семье для нормального формирования позитивного психологического микроклимата семьи и ее функционирования.

Большинство насильственных действий по отношению к женщинам совершается в случаях, когда семья часто меняет место жительства, члены семьи злоупотребляют алкоголем или наркотическими веществами, семьи являются неполными, в семье дети воспитываются отчимом.

Комплексный интегративный подход к психологическому консультированию, психокоррекции и психотерапии женщин, перенесших насилие в семье, представляется нам эффективным и требующий внимания в системе медицинско-психологической помощи лицам, пострадавшим от насилия в семье. После психологической травмы, вызванной насилием в семье у ребёнка развивается интенсивный дистресс, при котором личность подростка поражается на биологическом, психологическом и поведенческом уровнях.

Мы считаем, что необходимо в различных регионах Украины организовать структуру государственных медико-социальных центров для оказания комплексной помощи лицам, пострадавшим от насилия. На суппортивном этапе психотерапии или на поддерживающем этапе семейной психокоррекции именно комплексная помощь медико-социальных центров являются оптимальными для лечебного процесса и социально-психологической адаптации. Важно также, что жертва насилия на период от 2 недель до месяца живет вне условий дома, где происходило зачастую насилие или переживались первые впечатления и эмоции после острой реакции на стресс-эпизода насилия.

Согласно данным кризисных центров стран СНГ, Украины к насилию в семье приводит целый комплекс причин, обусловленных особенностями личности и поведения мужчины: сценарий родительской семьи как «социальная эстафета», в котором отец проявлял насилие по отношению к матери; мужчина сам страдал в детстве от насилия родителей; высокий уровень тревожности по поводу своего авторитета и доминирующего положения в семье; наличие традиционного представления о доминирующем положении мужчины в семье на другими членами; уверенность мужчины, что женщина имеет потребность быть в роли жертвы.

Нами были обследованы с 2006 по 2014 г. 88 семей, где наблюдалось физическое и психическое насилие в семье над женщинами. В 40 семьях детей воспитывали отчиму, 29 семьи были неполными, где женщина воспитывала 1 – 2 детей. В целом, нами было обследовано 88 женщин в возрасте 19 – 53 лет. В группе вмешательства проводилась психотерапия 88 женщинам жертвам насилия в семье. 57% женщин перенесли физическое насилие в виде побоев, 98% – психологическое давление в виде угроз и оскорблений, 6% – экономическое насилие, 1% – сексуальное насилие. Из психологических причин, согласно нашим данным, надо отметить низкий уровень самосознания и самоконтроля мужчины, наличие алкогольной и других зависимостей; наличие высокого уровня стресса, обусловленными неблагоприятными социально-бытовыми и экономическими причинами, наличие диссоциальных и эмоционально неустойчивых расстройств личности у мужчины; грубая и стойкая позиция безнаказанности, безответственности и пренебрежения социальными нормами; низкий порог разряда агрессии.

Экспериментально-психологическое исследование группы вмешательства включало методики – тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН; тест определения уровня реактивной и личностной тревожности шкалы С.Д. Spielberger – Ю.Л. Ханина; уровень нейротизма личностного опросника Н.Ж. Eysenck, определения стиля поведения в конфликтной ситуации К. Томаса.

У подростков, подвергшиеся насилию в семье, были выявлены психопатологические изменения формирования личности не только в виде формирования виктимных черт характера, но и в виде формирования агрессивности: они сами испытывали гнев, который чаще всего изливали или на предметы и игрушки, или на более слабых: младших по возрасту детей, на животных. Часто их агрессивность проявлялась в игре, а вспышки их гнева не имели видимой причины. У других

подростков проявлялась пассивность в поведении и реагирование, они не могли себя защитить. И в том, и в другом случае нарушалась коммуникация с членами семьи и сверстниками, снижалась самооценка ребенка. Подростки с низкой самооценкой переживали чувство вины, стыда. Для них были характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности. Вследствие этого подростку трудно было добиться уважения окружающих, успеха, общение его со сверстниками было затруднено, отсутствовали близкие друзья, отмечалась изоляция и не популярность у других подростков.

Принципы реабилитации, социально-психологической коррекции и психотерапии женщин и подростков, и членов их семей соответствовали этапности, комплексности, последовательности. Комплекс психотерапии у подростков жертв насилия в семье включал дифференцированное соединение методов семейной, личностно-ориентированной, индивидуальной, поведенческой психотерапии. Нами применялись следующие методики психотерапии: психологическое консультирование; суггестивная психотерапия; системная семейная психотерапия; игровая психотерапия, сказкотерапия, рациональная и когнитивная психотерапия. Наш комплекс был направлен на оценку психотравмирующей ситуации и формирования новых представлений о ней и выработку адекватных форм реагирования и поведения, профилактику формирования виктимных черт личности у подростков, коррекцию агрессивных форм поведения подростков. Также психотерапия 52 женщин и 22 подростков позволила улучшить их соматическое здоровье, укрепить иммунитет, про- должить лечение соматоформных расстройств, улучшить показатели качества жизни подростков. В системной семейной психотерапии мы фокусировались на возможности адаптации подростков и членов семьи, привлечении подростков и членов семьи к выражению своих эмоций и переживаний, акцентировании на сильных качествах личности членов семьи, формировании новых возможностей коммуникации членов семьи, анализе перспектив, определении планов семьи, профилактики рецидивов насилия, контроле агрессивного поведения членов семьи и подростков.

УДК 616.69-009.2

## **ДО ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ**

**Росінський Г.С.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Серед різноманітних психосоціальних чинників психічної травматизації, притаманних сучасній Україні, виділяють декілька, що мають найбільш потужний деструктивний потенціал.

Найбільший ступінь негативного впливу на окремі групи людей мають військовий або цивільно-військовий фактори. Вразливою групою щодо дії воєнного фактору стають бійці та комбатанти, що захищали країну, беручі участь у бойових діях (станом на липень 2016 статус учасника бойових дій отримали більше ніж 170 тисяч осіб); під негативний вплив цивільно-військового фактору підпадають, в першу чергу, члени родин військослужбовців – як ті, хто втратили своїх захисників, так і ті, хто дочекався повернення рідних.

Кожен учасник бойових дій потребує певного часу для адаптації до мирного життя. З проблемами адаптації демобілізованого військослужбовця сім'я зіштовхується вже в перший місяць після повернення бійця додому. При поверненні демобілізованого до мирного життя, у багатьох випадках сприйняття ним навколишнього середовища відбувається через «військову призму дійсності», загострення відчуття біполярного сприймання світу за парадигмою «свій» — «чужий». Це, безперечно, накладає відбиток на сімейні відносини, бо більшість з членів родин демобілізованих військослужбовців не готові приймати об'єктивні зміни, що відбулися з їх рідними, чекаючи допомоги від них, замість того, щоб бути готовими цю допомогу надати бійцям. Таким чином, замість потужного джерела психологічного реабілітаційного ресурсу, родина бійця перетворюється на додатковий пси- хотравмуючий чинник, обтяжуючи і без того складний психологічний стан військослужбовця.

---

За даними Науково-дослідницького центру гуманітарних проблем Збройних Сил України, 80% військослужбовців – учасників антитерористичної операції, є психологічно травмованими на момент демобілізації. Можливо, тому, згідно сучасних статистичних даних, 80% розлучень, що зафіксовані в Україні протягом 2015 – 2016 рр., відбулися в родинах демобілізованих бійців, причому переважна більшість з них відбувалася а першу півроку після повернення з війни.

З огляду на зазначене, актуальність і необхідність розробки заходів психологічної корекції та психопрофілактики порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців, не викликає сумніву. Саме тому, нами здійснюється робота, метою якої є створення комплексу заходів психологічної корекції та психопрофілактики порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників антитерористичної операції, що буде зроблено на основі вивчення його феноменології та механізмів розвитку.

УДК 616.89

### **КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ**

**Самойлова О.В.**

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна  
кафедра психіатрії, наркології, неврології та медичної психології*

Постравматичний стресовий розлад (ПТСР) має різноманітність клінічних проявів, що залежать від тривалості його перебігу або дії психотравмуючих чинників. За даними дослідників, більшість осіб, у яких проявляються симптоми ПТСР, пережили дві або більше психотравми. Під психотравмованою особистістю зазвичай розуміють таку особистість, яка не просто сформувалася під впливом травматичного стресу, колись пережитого, а стала вважати позитивними патологічні зміни, що відбулися з нею, знаходити певні психологічно-економічні вигоди в цьому, іноді навіть пишатися цим. Часто психотравмована особистість – це особа з відносно стійким набором впізнавальних рис, що формуються під впливом психотравми. У випадках, коли людина не змогла або не захотіла проаналізувати, що все-таки з нею сталося, то замість одних, руйнівних базових ілюзій, створюються інші, більш деструктивні.

Опис травмованої особистості може нагадати деякі особливості підліткової психології. Для підлітка це необхідний етап реалізації. Але дорослою, зрілою особистістю стає тільки той, хто, пройшовши через цей період, подолає в собі підліткові риси. Якщо такий образ світу залишається у дорослої людини, то він вже може вважатися інфантильно-травмованою особистістю.

Основними групами симптомів ПТСР, які виділяють є: інтрузія (мимовільне вторгнення повторюваних переживань травматичної події у вигляді спогадів, сновидінь; раптове виникнення страху, ілюзій, галюцинацій, дисоціативних епізодів («флешбеків»); уникнення і загальна емоційна глухота – спроби позбутися думок та асоціацій, нездатність згадати важливі моменти психотравмуючої події, зниження загального інтересу до життя, почуття відчуження від друзів і близьких, обмеженість відчуття емоційних переживань, відчуття нетривалості майбутнього; гіперактивність – постійне фізіологічне надлишкове збудження (порушення сну, дратівливість, труднощі концентрації уваги, підвищена настороженість, перебільшена реакція на несподіваний подразник).

Всі ці симптоми виникають незабаром після закінчення дії стресової ситуації, але можуть бути відстрочені на період до шести місяців і більше.

У дітей та підлітків прояви ПТСР мають дещо інший характер, ніж у дорослих. Так, до найбільш поширених проявів ПТСР у дитини слід віднести: страх бути відокремленим від батьків; втрата раніше набутих навичок або здібностей (наприклад, уміння ходити в туалет); проблеми зі сном і кошмари; песимістичні, повторювані ігри, в яких повторюються тема або аспекти психотравмуючої події; нові страхи, фобії, занепокоєння які, на перший погляд, не пов'язані з психотравмуючою подією (наприклад, страх монстрів); відтворення психотравми в іграх, оповіданнях або малюнках; почуття болю без будь-яких видимих причин; дратівливість і агресія; інше.

При цьому, при хронічному перебігу ПТСР у дітей відзначаються почуття відчаю або безнадійності, нездатності до продуктивної діяльності, дратівливість, спалахи гніву, епізоди агресивної поведінки, послаблення взаємозв'язку з іншими людьми, що може призвести до соціальної дезадаптації.

УДК 159.98

## **ОСОБЛИВОСТІ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ, ОРГАНІЗОВАНOSTІ І САМОКОНТРОЛЮ У КУРСАНТІВ НУЦЗУ – 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 за-безпечує підпорядкування різних видів діяльності мотиву самовдосконалення. Ці аспекти життя індивіда невідривно 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, не достатньо. 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 «ДУМЭОЛП» – 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 із способом життя цих груп людей, який відрізняється. Відомо, що курсанти мають суворий регламент щодо розпорядку дня, деталей виконання навчальних та службових завдань. Тому «бути організованим» є необхідністю курсанта, від цього наряду 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.

УДК 195.95

## **ОСОБЛИВОСТІ ВОЛЬОВИХ ЯКОСТЕЙ МАЙБУТНІХ ПРАЦІВНИКІВ ДСНС УКРАЇНИ**

**Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

На сучасному етапі розвитку суспільства, науки, появи нових високих технологій підвищується ризик виникнення масштабних катастроф, аварій, лих. У зв'язку з цим особливе значення має пошук ресурсних можливостей фахівців, що беруть участь у ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, а саме – працівників ДСНСУ.

У всьому світі професія рятувальника вважається однією з найнебезпечніших. Адже це і робота в екстремальних ситуаціях, і ризик для життя, і величезна відповідальність за інших людей. В екстремальних ситуаціях працівнику ДСНС необхідно оцінити ситуацію, прийняти правильне рішення і при цьому мати адекватну поведінку. Ефективність професійної діяльності працівників ДСНС залежить як від генетично обумовлених властивостей особистості, так і від професійно важливих якостей, знань, умінь і навичок, набутих у процесі діяльності.

Актуальність проблеми полягає в тому, що професійна діяльність працівників ДСНСУ, що забезпечує ліквідацію наслідків надзвичайних ситуацій, протікає в особливих умовах і характеризується впливом значної кількості стресогенних факторів, вплив яких при недостатньому розвитку професійно важливих якостей призводить до зниження ефективності виконання діяльності, професійного вигорання і психосоматичних порушень.

У зв'язку з цим виникає потреба в діагностиці професійно важливих якостей курсантів-рятувальників з метою виявлення тих сторін особистості, які потребують розвитку або корекції для ефективного виконання обов'язків у майбутньому. В нашому дослідженні ми зокрема розглянемо одну із складових професійно-важливих якостей рятувальника – це вольові якості особистості.

Вольова поведінка характеризується рядом особливостей. Однією з головних вважається свідомість вольових дій, які спрямовані на досягнення поставленої мети. Вольові якості – це особливості вольової регуляції, які виявляються в конкретних специфічних умовах, обумовлених характером труднощів, що долаються.

Відповідальність – зовнішній або внутрішній контроль над діяльністю, що відображає соціальне, морально-правове ставлення до суспільства, що виражається у виконанні прийнятих мо-



ральних і правових норм і правил, свого обов'язку. Ця вольова якість є дуже важливою для працівника ДСНСУ, оскільки під час роботи він несе відповідальність не тільки за своє життя, а за життя людей, тому повинен відповідально ставитись до виконання своїх обов'язків.

Ініціативність – здатність вживати спроби до реалізації ідей, що виникли у людини.

Самостійність – здатність свідомо приймати рішення й уміти не піддаватися впливу різних факторів, що перешкоджають досягненню поставленої мети, здатність критично оцінювати поради й пропозиції інших людей, діяти на основі своїх поглядів і переконань і при цьому вносити у свої дії корективи, сформовані на основі отриманих порад.

Ініціативність та самостійність відіграють важливу роль у надзвичайних ситуаціях, коли потрібно знайти оптимальне рішення для вирішення ситуації.

Цілеспрямованість – свідомо й активна спрямованість особистості на досягнення певного результату діяльності.

Наполегливість – це систематичний прояв сили волі при прагненні людини досягти віддалену за часом ціль, незважаючи на виникаючі перешкоди й труднощі. Наполегливість відіграє важливу роль при підготовці, тренуваннях, учбових заняттях, де відточується майстерність та навички рятувальника.

Витримка – це стійкий прояв здатності придушувати імпульсивні, мало обдумані емоційні реакції, не піддаватися спокусі, тобто придушувати сильні потяги, бажання. У повсякденній свідомості ця якість сприймається як холонокровність, відсутність гарячності в поведінці при виникненні конфлікту. По суті, тут проявляється гальмівна функція волі. Витримка відіграє важливу роль під час комунікації працівників ДСНСУ між собою та людьми, що потребують порятунку.

Рішучість – це така вольова якість, що характеризується мінімальним часом ухвалення рішення в значимій для людини ситуації, що є дуже важливим у надзвичайній ситуації для рятувальника.

Для визначення вольових якостей у курсантів в порівнянні зі студентами був використаний опитувальник вольових якостей людини (ВКЛ) М.В. Чумакова.

Отримані дані вказують на те, що в досліджуваних групах розвиток більшості вольових якостей, а саме відповідальність та ініціативність мають незначні розбіжності в показниках ( $p \leq 0,05$ ), наполегливість та уважність – достатні розбіжності ( $p \leq 0,01$ ), витримка – значні розбіжності ( $p \leq 0,001$ ). Більшість емоційно-вольових якостей краще розвинена у курсантів, серед них можна назвати відповідальність, рішучість, самостійність, витримка, наполегливість, енергійність, уважність. Ініціативність та цілеспрямованість краще розвинені у студентів, що зумовлено перебуванням курсантів та студентів у різних середовищах.

Таким чином, проведене нами дослідження професійно-важливих якостей майбутніх працівників ДСНСУ дозволяє однозначно стверджувати, що у курсантів-рятувальників, зокрема вольові якості, значно краще розвинені, ніж у студентів. Це зумовлено умовами навчання та завданнями, які курсанти та студенти виконують впродовж навчальної діяльності, тому відповідно до структури та змісту завдань вдосконалюються певні емоційно-вольові якості.

УДК 616.89

## **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В ЛОКАЛЬНОМУ ВІЙСЬКОВОМУ КОНФЛІКТІ**

**Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України (м. Харків),  
кафедра психології діяльності в особливих умовах*

На сьогоднішній день проблема дітей, які пережили той чи інший травматичний досвід, стає однією з центральних в дитячій психології. Травматичні стресові ситуації можуть негативно вплинути на стан здоров'я дорослих і особливо дітей. У дитини може зафіксуватися в пам'яті картина події. Вона буде знову і знову представляти найстрашніші моменти того, що сталося. Дитина може втратити віру в те, що дорослі, в тому числі й батьки, можуть впоратися з ситуацією. У нього зникають відчуття захищеності, почуття впевненості в собі і в близьких людях. Дитина, що пережила військові дії, відчуває такі ж сильні почуття, що і дорослі (страх повторення події, руйнування ілюзії

---

справедливості світу, безпорадність). Вона не бачить життєвої перспективи (не знає, що буде з ним через день, місяць, рік; втрачає інтерес до раніше привабливих для нього занять).

У дітей прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) мають деякі особливості. Згідно фактам, описаним в літературі, якщо дорослі відчувають зазвичай страх, жах, почуття безпорадності, то у дітей нерідко спостерігається дезорганізована поведінка. У дорослих виникають болісні повторювані спогади про трагедію, а діти повторно грають в трагічні події без відчуття після гри почуття полегшення. Відомо, що реакції дітей на психотравмуючі події багаті в чому залежать від реагування на психотравму батьків та інших значущих осіб. Разлука з батьками, бурхливі обговорення дорослими трагедії, загострення сімейних конфліктів зазвичай посилюють прояви ПТСР в дитячому віці. У підлітків, в структурі психотравми, незалежно від ступеня включеності в психотравматичну ситуацію, домінуючу позицію займає сенс власного я. Батьки також повинні отримувати допомогу по відновленню самоконтролю, можливості впоратися з власними почуттями, тривогами, реакціями на кризу. Очевидно, що психологічна робота в екстремальних ситуаціях – це комплекс діяльності різних фахівців, що включає різні техніки і технології роботи з людьми, що опинилися в важких життєвих ситуаціях.

Зупинимось на методах із творчим самовираженням, одним з позитивних якостей яких, в реабілітації жертв локальних військових конфліктів є те, що ці методи засновані на невербальному вираженні почуттів. Як правило, цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як засіб винести травмуючі переживання зовні, звільнитися від надлишку емоцій і почуттів. Прийоми арт-терапії пов'язані з уявленням про те, що в будь-якій людині закладена здатність до проектування своїх внутрішніх конфліктів в візуальні форми. Якщо ж образотворча діяльність здійснюється в групі, то це створює передумови для обміну досвідом, як на вербальному, так і невербальному рівнях, а також призводить до усвідомлення спільності переживань, що може вести до подолання почуттів самотності та ізоляції. Цінним також є те, що арт-терапія стимулює розкриття творчого потенціалу особистості і активізує її захисно-приспосувальні механізми. Як відомо, травматичний досвід зберігається в образній формі. Робота з візуальними образами часто є ефективним засобом подолання наслідків психічних травм. Акт художньої творчості супроводжується найчастіше дуже сильними почуттями і веде до катарсису. Робота з образотворчими матеріалами дає вихід почуттям роздратування, гніву, образи, сорому, зменшує фрустрацію. Програма реабілітації полягає в поліпшенні емоційного стану і самовідчуття учасників, подоланні емоційного дискомфорту. Велика увага повинна приділятися доступу до власних внутрішніх відчуттів, які внаслідок перенесеної дитиною шоккової травми повністю втрачені. Застосування арт-терапевтичних методів надає позитивний вплив на такі показники, як тривожність, рівень соціальної фрустрованості, самооцінка. Відгук батьків і вихователів свідчать про те, що стан переважної більшості дітей, з якими проводилась психокорекція, істотно покращився.

Відзначаються позитивні тенденції у вирівнюванні відносин з батьками при спільній творчій діяльності дітей і батьків. Звернення уваги батьків до продуктів діяльності дітей веде до поліпшення відносин, що можна віднести за рахунок спільних вправ. Досвід спілкування з природою, з іншими людьми – все це сприяє тому, що у батьків з'являється нова життєва перспектива. Саме спільна участь в цих заняттях, щира розмова під час малювання допомагають батькам і дітям стати ближче один до одного. Діти відчувають щире зацікавлення найближчих людей у вирішенні їх проблем. Батьки, які самі проводять заняття, можуть більше дізнатися про внутрішній світ своєї дитини, про його насущні переживання, бажання та інтереси.

У підсумку можна констатувати, що техніка психокорекційного впливу повинна бути сконцентрована на наступних аспектах: – корекції емоційного самопочуття дитини (підлітка); – корекції страхів (емоційне отреагування); – зниженні рівня збуджуваності і агресії; – навчання методам саморегуляції (управління своїм емоційним станом); – розвиток адаптивності дітей і підлітків через позитивні форми взаємодії; – психолого-педагогічне консультування батьків і просвіта педагогічного колективу шкіл з питань супроводу дітей з ПТСР.

## СТРАТЕГІЇ РЕАГУВАННЯ В СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЯХ: ОПАНОВУЮЧА ПОВЕДІНКА ТА ЗАХИСТ

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 дозвіл, 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 поряд 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 совладання (активність-пасивність); спрямованість зусиль людини (на ситуацію, на себе, на інший предмет); адаптивність-дезадаптивність стратегій, тощо (Є.В. Бітюцька, 2006).

## СТРУКТУРА БРАЧНО-СЕМЕЙНИХ УСТАНОВОК СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЁЖИ

Селюкова Т.В.

*Национальный университет гражданской защиты Украины*

По мнению ряда исследователей, современный брак переживает глубокий кризис или период кардинальных перемен. Брачно-семейные отношения продолжают оставаться одной из ведущих социальных ценностей, но эволюционируют по форме и по содержанию. В условиях ослабления социального контроля в области брачно-семейных отношений, размывания социальных норм и утраты семейных традиций молодые люди испытывают серьезные затруднения в определении собственного взгляда на брак. При отсутствии четких ориентиров повышается риск неудачного выбора брачного партнера и последующих дисгармоничных отношений, вследствие чего моло-

дые люди длительное время не решаются на официальные отношения, проживая в гражданских браках.

Перечисленные проблемы определяют актуальность нашего исследования: изучения брачно-семейных установок современной молодежи. В исследовании данного вопроса мы выделяем два основных аспекта: структура брачно-семейных установок и динамика брачно-семейных установок. Исследование проводилось на базе Национального университета гражданской защиты Украины. В качестве респондентов принимали участие юноши и девушки в количестве 60 человек. Возраст испытуемых 18 – 23 года.

В исследовании был использован психодиагностический комплекс:

1) «Методика диагностики межличностных отношений» Т. Лири (для оценки представлений о реальном и идеальном партнере); 2) методика «ценностные ориентации» М. Рокича; 3) методика «измерение установок в семейной паре» Ю.Е. Алешинной; 4) методика «Рольевые ожидания и притязания в браке» А.Н. Волковой; 5) методика Ч. Осгуда в модификации Е.В. Змановской (для оценки эмоционального отношения к партнеру и одному из родителей).

В ходе психодиагностического исследования получены данные, которые позволяют сделать некоторые выводы об особенностях структуры и содержания брачно-семейных установок современной молодежи:

1) Наблюдается тенденция к нивелированию гендерных различий в установках и ролевом поведении молодых людей в браке, что может обуславливать высокий уровень внутрличностных и межличностных конфликтов;

2) На фоне размывания социальных норм выявлено конфликтное отношение молодых мужчин и женщин к собственной лидирующей роли в семье (стремление к лидерству в сочетании с ожиданием высокой инициативы со стороны партнера; ожидание одновременно лидерства и уступчивости со стороны партнера), что обуславливает, с одной стороны, взаимную неудовлетворенность, с другой – высокую конкуренцию молодых супругов за личную власть в супружеских отношениях;

3) С точки зрения содержания социальных ценностей отмечается их сходство у юношей и девушек, а также достаточная взаимная согласованность: основополагающими ценностями являются здоровье и любовь, отмечается явная ориентация на тип семьи, где акцент делается на равные отношения, поддержку и психологическую близость, романтические отношения в браке;

4) При совпадении ценностных ориентаций выявлена рассогласованность в ролевых ожиданиях молодых супругов, а также рассогласование ролевых ожиданий от супруга и ролевых притязаний (собственной готовности к выполнению супружеских функций);

5) Наблюдается тенденция выбора супруга по двум основным принципам: по принципу компенсации (поиск супруга с качествами, которых не хватало у родителя противоположного пола) и принципу тождественности (поиск супруга с качествами, идентичными особенностям родителя противоположного пола);

6) Ведущими социально-психологическими факторами, определяющими особенности структуры и содержания брачно-семейных установок современной молодежи, являются: ценностно-нормативный кризис в обществе, форма брака, отношения супругов с собственными родителями и родителями партнера, личностные особенности супругов.

УДК 159.95

## **ЦІНІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ ЯК СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ОФІЦЕРІВ ДСНС**

**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-смысловая 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 відмітні 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 внутрішньоособистісних 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 самореалізація 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. Альошиної, 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.

УДК 616.89

## **СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО «СПАЛЕННЯ» ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ВИНИКНЕННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У РЯТУВАЛЬНИКІВ**

**Селюкова Т.В., Рогоза я.Р.**

*Національний університет цивільного захисту України (м. Харків)*

У наш час проблема впливу професійної діяльності на психічні стани людини заслуговує на особливу увагу і потребує поглибленого вивчення у працівників структурних підрозділів Державної служби України з надзвичайних ситуацій (далі ДСНСУ), адже їх професійна діяльність реалізується в умовах постійного впливу надзвичайних ситуацій різного характеру, значного фізіологічного і психічного навантаження, браку часу та правильності прийняття рішень. Все це передбачає високі вимоги до особистості рятувальника. Актуальність подібних вивчень зростає із розвитком психологічного забезпечення в структурах ДСНС, що обумовлює вибір даної теми.

Кожен рятувальник, рано чи пізно, стикається з проблемою емоційного виснаження оскільки специфіка службової діяльності містить у собі емоційне насичення, психофізичну напругу та високий відсоток факторів, що спричиняють стрес. Стресові ситуації на робочому місці – це звичайне явище тому, що пожежні-рятувальники часто діють в умовах недостатньої, невизначеної інформації, дефіциту часу та високої відповідальності за результати праці. Вони в багатьох випадках залишаються останньою надією для постраждалого населення, зважаючи на можливість залишитися живими та отримати дієву допомогу.

---

Однією з головних характеристик сучасного світу є наростання частоти і масштабів появи екстремальних ситуацій, катастроф, до яких сучасна наука відносить стихійні лиха, техногенні катастрофи і безпосередні конфлікти у вигляді озброєних дій окремих осіб, бандитських формувань і терористів, а також бойові дії окремих держав.

На фоні таких причин виникнення та розвитку синдрому емоційного «вигорання», не рідко, у рятувальників можна помітити наявність професійних деформацій. Професійна деформація особистості – це зміна психологічної структури, якостей особистості під впливом професійних обов'язків. Це негативна реакція організму на особливості роботи, що включає в себе психологічні, психофізичні та поведінкові компоненти. У подальшому виснажується моральна сфера та фізичні можливості людини.

Перебування рятувальників у постійному стані стресу може призвести до професійної дисфункції підрозділів та служби в цілому. Без сумніву, спектр причин виникнення професійних деформацій дуже великий. Феномен може проявлятися як зовнішньо, так і мати більш глибокий характер. В основному, це залежить від індивідуальних психологічних особливостей людини (стресостійкість, тип темпераменту, мотивація та інше), або від професійних особливостей (стаж, матеріальні аспекти, відносини у колективі, кар'єрний зріст та інше). Враховуючи цей факт, та те, що робота рятувальників пов'язана з порятунком людей, майнових цінностей та ліквідацією надзвичайних ситуацій, наявність професійних деформацій для працівників підрозділів ДСНС є недопустимою.

Окрім аналізу літератури з проблем синдрому емоційного «вигорання» та феномену професійної деформації, в роботі були використані емпіричні методи з використанням методик оцінки рівня емоційного «спалення» В.В. Бойко, опитувальник «Міні-Мульт» (скорочений варіант ММРІ) та шкала професійного стресу.

Після проведеного дослідження серед рятувальників структурних підрозділів ДСНС було виявлено наявність емоційного виснаження у всіх досліджуваних на різних рівнях сформованості. У більшості рятувальників чітко сформована стадія «Напруження» та «Резистентції», для них характерна наявність психотравмуючих обставин, з якими вони здатні впоратися, проте такі обставини визивають занадто критичне ставлення до своєї особистості, спостерігається бажання до спрощення своїх службових обов'язків, яке виступає у даному випадку захисною функцією. Також має місце часткова втрата інтересу до службової діяльності, пригнічення емоційної сфери, погіршення фізичного самопочуття та інше. У незначній кількості рятувальників простежується формування стадії «Виснаження», для них характерними є неконтрольовані сплески емоцій, що чергуються з апатичністю, потреба у постійному виправдовуванні своїх вчинків, психосоматичні та психовегетативні розлади.

За даними опитувальника «Міні-Мульт» більшість досліджуваних мають високі бали за шкалами істерія (Н<sub>у</sub>), психопатія (Pd) та паранойяльність (Pa), для них характерне нестійкість настрою, соціальна дезадаптація у випадках невизначеності, конфліктність, переоцінка своїх дій, почуття поверхневості, скудні.

За шкалою професійного стресу для більшості опитувальних стрес є проблемою, з якою рятувальники постійно стикаються у своїй професійній діяльності, нерідко переносять службці проблеми у сферу сім'ї, що пригнічує міжособистісні відносини та посилює негативний вплив стресогенних факторів на людину.

Аналізуючи отримані данні можна стверджувати, що синдром емоційного «вигорання» на різних стадіях виступає детермінантою виникнення професійних деформацій у рятувальників. У зв'язку з цим, актуальною є потреба у поглиблених вивчення даної проблеми для виявлення нових фактів, які дозволять розширити ореол знань. Існує потреба у розробці та модифікації методів профілактики і боротьби з синдромом емоційного «вигорання» та професійними деформаціями у рятувальників для покращення їх функціональних станів і, як наслідок, успішності служби.

## **ЩОДО АКТУАЛЬНОСТІ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У МЕНЕДЖЕРІВ ВИЩОГО ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**

**Сидоренко О.О.**

*Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної і клінічної медицини»  
Державного Управління Справами*

Постійні психоемоційні навантаження є звичним станом сучасної людини, яка постійно знаходиться під тиском та негативним впливом з боку високих соціальних умов. Досягнення науково-тех-

нічної революції призвели до високої оснащеності виробництва і побуту, значно прискорили темп життя, міграції народонаселення, висунули безліч інших факторів, які у сукупності пред'являють підвищені вимоги до психічної діяльності людини і створюють додаткові навантаження. Ці обставини призвели до зростання чисельності дезадаптивних станів психіки у різних груп населення.

В багатьох наукових роботах останніх років відмічене зростання чисельності осіб із станами психічної дезадаптації, невротичними і психосоматичними розладами, у тому числі й серед управлінського персоналу. Відомо, що посада керівника або менеджера вищого державного управління (МВДУ) висуває особливі вимоги до його особистості, тому досить важливе значення набуває у цьому контексті відповідність адаптивних структур особистості професійним вимогам до керівника. МВДУ, як люди відповідальних професій, що схильні до швидкого та напруженого стилю життя, мають специфічні характерологічні особливості: вони наполегливі в своїй роботі, націлені на результат, можуть бути нетерпимими, агресивними з оточуючими, приділяють мало уваги своєму здоров'ю, відпочинку. Саме ці індивідуально-психологічні характеристики, у багатьох випадках властиві вищеописаному контингенту, і стають передумовами психологічної дезадаптації чи соматизації захворювань.

Стани психологічної дезадаптації призводять до порушення поведінки, здатності правильно відображення і пізнання навколишнього світу, потреби у корисній творчій праці і часто призводять до тяжких наслідків. На теперішній час немає точних вичерпних даних щодо розповсюдженості порушень психологічної адаптації серед населення України в цілому, але їх профілактика і попередження – одне з основних завдань медичної служби.

Вищевикладене обумовлює необхідність вивчення клінічних проявів і чинників формування станів психологічної дезадаптації у МВДУ, щоб на цій основі розробити комплекс заходів їх медико-психологічної корекції, що і буде зроблено в результаті нашої роботи.

## **ОСОБЛИВОСТІ КОМУНІКАТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ**

**Сорокалет М.А., Селюкова Т.В.**

*Національний університет цивільного захисту України*

За останні роки в Україні сформувався новий тип соціальної спільноти – користувачі глобальних комп'ютерних мереж. Специфіка такого типу спільноти полягає в тому, що дане середовище з одного боку неоднорідне, утворене різними соціальними групами, а з іншого боку включає в себе складну динамічну єдність. В першу чергу це єдність взаємовпливів суспільства на процеси всередині даного простору. Інтернет зараз набирає силу і значущість в сучасному суспільстві як інститут засобів масової інформації.

Користувачі в силу різних причин проводять все більше часу в мережі Інтернет. Збільшення числа користувачів відбувається за рахунок осіб молодого віку. В літературі приводяться дані, що приблизно 45% аудиторії українського Інтернету складають саме особи молодого віку (від 18 до 24 років), при цьому наголошується, що кількість молоді в інтернеті зростає швидше, ніж кількість представників інших вікових груп.

З метою вивчення та опису деяких соціально-демографічних та психологічних особливостей Інтернет-користувачів було проведено дослідження 80 респондентів у віці від 18 до 24 років, які

мають незакінчену і закінчену вищу освіту. За результатами обробки даних можна сформувати деяку картину, яка відображає основні особливості соціально-демографічних умов даної вибірки. Найбільш поширеним є стаж користування, що дорівнює 2 – 5 рокам (63%) з деяким переважанням користувачів, які кожен день використовують мережу з метою освіти (80%) і спілкування (63%). Ці дві категорії є найбільш переважними. Далі в порядку убавання ідуть впізнавання новин, пошук інформації та використання інтернет в цілях роботи.

Найбільш бажаними є наступні сайти: всі респонденти користуються послугами всіляких пошукових систем (вказуються найпоширеніші і популярні: yandex, google, rambler, mail). Другими в порядку убавання є форуми, дискусії, чати. Сюди ж можна віднести такі сайти, що з'явилися нещодавно – соціальні мережі. У підсумку можна говорити про такий собі узагальнений образ типового представника Інтернет-середовища, що є характерним для окремої соціальної категорії, якою є студенти.

Оскільки інтернет дає можливість приміряти на себе різні ролі, експериментувати з образами «я», реалізувати ідеальну складову образу «я», в нашому дослідженні ми виділяємо такий аспект як ідентифікація. Для цього були застосовані наступні методики: незавершені пропозиції Сакса – Сіднея; метафора, що спрямована на виявлення суб'єктивного ставлення опитуваних до Інтернет і яка зачіпає деякі характеристики я-концепції та опитувальник індивідуально-психологічних рис особистості Г. Айзенка (EPQ).

В рамках дослідження були виділені дві групи користувачів за ступенем ідентифікації та співставлення себе з віртуальним героєм. Розподілившись майже порівну, серед респондентів були представлені користувачі, які повністю співставляли себе з віртуальним образом так і ті, що демонстрували відсутність ідентифікації.

Для користувачів, які продемонстрували високий ступінь ідентифікації характерні: переважання негативних оцінок по відношенню до міжособистісних контактів в мережі, а також негативно або нейтрально забарвлених почуттів по відношенню до Інтернет; помірно підвищені показники спонтанності як високої пошукової активності; в оточуючих найбільш цінують особисті якості та комунікативну компетентність.

З іншого боку користувачам, у яких спостерігався низький рівень ідентифікації притаманні: високі показники сензитивності, тісно пов'язані з підвищеною та тонко диференційованою чутливістю людини щодо різних нюансів впливу середовища; переважання позитивних оцінок і позитивно забарвлених почуттів по відношенню до Інтернет; в оточуючих цінують в більшій мірі позитивне ставлення до власної особистості, комунікативну компетентність і особисті якості.

УДК 616-007

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ**

**Спасібухова В.С., Міхановська Н.Г., Михайлов Б.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії*

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 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 з вищевикладеного 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, атетодний 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 переважній 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%.

УДК 616.89

### **ПІДВИЩЕННЯ КОМПЛАЄНТНОСТІ У 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 комлаесу 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 використувалися 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 визначити рівень комплаєнсу на початку терапевтичного процесу. Комплаєнс має динамічний характер і може змінюватися в процесі проведення терапії, 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.

УДК 616.89

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ ТА ОРГАНІЧНІ УРАЖЕННЯ ЦНС**

**Федосєєв В.А.**

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

Проблема афективних та поведінкових розладів в дитячому і підлітковому віці є однією з най-

---

більш актуальною в сучасній психіатрії і психології. Невротичні розлади, що почалися в дитинстві, є не лише причиною високого суїцидального ризику, але і збільшують можливість виникнення депресії і інших психічних розладів в дорослому віці.

Нами проведено дослідження рівня алекситимії, депресії, тривожності, у дітей, що страждають на невротичні та соматоформні розлади і органічні ураження ЦНС; вивчити рівень тривожності у дітей, що страждають на невротичні та соматоформні розлади і органічні ураження ЦНС.

При проведенні дослідження виявлено, що більшість дітей з невротичними та соматоформними розладами мають «алекситимічний» тип особистості. У дітей знижена здатність до вербалізації емоційних станів, їм важко висловлювати свої почуття, знижена можливість до символізації, про що говорить бідність фантазії і інших проявів уяви. Такі діти більше фокусуються на зовнішні події, ніж на внутрішні переживання. Їм важко провести відмінність між почуттям і тілесним відчуттям, непритаманне співчуття, співпереживання і жалість інших людей, бракує інтуїції і уяви. Особистість таких людей характеризується примітивністю життєвої спрямованості, інфантильністю і, що особливо істотно, недостатністю функції рефлексії. Діти з органічними ураженнями ЦНС знаходяться у зоні ризику виявлення алекситимічного типу особистості, тому потрібно проводити додаткову діагностику, визначити фактори, які негативно впливають на досліджуваних, і в подальшому періодично тестувати для виключення негативної динаміки.

Досліджуючи рівень реактивної і особистісної тривожності ми виявили, що у групі дітей з невротичними та соматоформними розладами найбільша частка дітей, набрала середні бали за рівнем ситуативної тривожності. Такі діти об'єктивно реагують на нову та невідому ситуацію. Вони відчують деяку напругу, яка мобілізує їх сили, але не сприяє виникненню дискомфорту чи напруження. Третина дітей набрали високі бали за шкалою ситуативної тривожності. Цей показник характеризується суб'єктивними пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Що стосується особистісної тривоги слід зазначити, що більша половина опитуваних набрали високі бали. Тобто діти мають тенденції сприймати досить широке коло ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Четверть опитуваних мають помірний рівень особистісної тривожності. У таких респондентів адекватне ставлення до стресових ситуацій і така тривожність є нормою і не вимагає до нього особливої уваги. І така ж частка опитуваних отримала бали, що відповідають низькому рівню особистісної тривожності. Низька тривожність вимагає підвищення уваги до мотивів діяльності та підвищення почуття відповідальності.

У групі дітей з органічними ураженнями ЦНС третина опитуваних отримали низькі бали за шкалою ситуативної тривожності. Найбільша частка дітей мають помірний рівень ситуативної тривоги. Такі діти відчують деяку напругу, яка мобілізує їх сили, але не сприяє виникненню дискомфорту чи напруження. В цій же групі четверть дітей мають високий рівень ситуативної тривожності.

При визначенні рівня депресії у дітей, що страждають на невротичні і соматоформні розлади та органічні ураження ЦНС ми виявили, що у групі дітей з невротичними та соматоформними розладами найменша частка опитуваних мають бали, що свідчать про нормальний стан, відсутність депресії. Тобто загальний емоційний фон в нормі, настрої не пригнічений, присутня життєрадісність та активність. Найбільша частка дітей в цій групі має ознаки легкого ступеня депресії. Це характеризує досліджуваних нерізким пригніченням настрою («безрадісний настрої»), деяке зниження активності і інтересів, суб'єктивне відчуття загальмованості розумових процесів, послаблення інтенсивності позитивних емоцій і занепад життєрадісності і уяви, послаблення прихильності до життя, але чи не головне – це усвідомлення пацієнтом того факту, що його настрої залишається нижче того, яке відповідає обставинам його життя. Помірна депресія виявлена у чверті дітей в групі. У досліджуваних спостерігається виражене пригнічення настрою, загальмованість розумових і рухових процесів, що об'єктивно виявляється, значне зниження активності і працездатності, суїцидальні думки, наміри і спроби, зниження самооцінки, втрата перспективи майбутнього і песимістична оцінка минулого і сьогодення, втрата критичного відношення до хворобливого стану. У більшій частки дітей з органічними ураженнями ЦНС ми діагностували нормальний стан без

депресії. У дітей відсутнє зниження настрою, вони активні, мрійливі, життєрадісні. У чверті дітей проявляють ознаки легкого ступеня депресії. Діти мають нерізде пригнічення настрою, деяке зниження активності і інтересів, суб'єктивне відчуття загальмованості розумових процесів, послаблення інтенсивності позитивних емоцій і занепад життєрадісності і уяви, послаблення прихильності до життя. Настрій дитини залишається нижче того, яке відповідає обставинам його життя.

У найменшій частині досліджуваних проявляються ознаки помірної депресії. Таким опитуваним присутня виражена пригніченість настрою, загальмованість розумових і рухових процесів, що об'єктивно виявляється, значне зниження активності і працездатності, суїцидальні думки, наміри і спроби, зниження самооцінки, втрата перспективи майбутнього і песимістична оцінка минулого і сьогодення, втрата критичного відношення до хворобливого стану. В обох групах досліджуваних відсутні діти, які мають тяжкий ступінь депресії.

При співставленні даних у обстежених було виявлено значущі розбіжності між групами за показниками депресії. Діти з невротичними та соматоформними розладами мають значуще вищі показники депресії ніж діти з органічним ураженнями цнс. Це свідчить, що у дітей з невротичними та соматоформними розладами більше страждає емоційна сфера. Особливу увагу треба звертати на настрій дітей, найчастіше він пригнічений («безрадісний настрій»), можливе деяке зниження активності і інтересів, суб'єктивне відчуття загальмованості розумових процесів, послаблення інтенсивності позитивних емоцій і занепад життєрадісності і уяви, послаблення прихильності до життя. Ми припускаємо, що нездатність впливати на хід подій робить таких дітей легко схильними до депресії.

Виявлені особливості емоційної сфери у дітей, що страждають на невротичні та соматоформні розлади, а також на органічні розлади центральної нервової системи, дозволять розробити тактику психологічної та психотерапевтичної корекції у даній категорії хворих, що в свою чергу буде сприяти поліпшенню як психічного стану, так і соціальної адаптації цих дітей.

УДК 159.95

## **ОСОБЛИВОСТІ СПОСОБІВ ПОВЕДІНКИ В КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЯХ 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 виникненню 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.

Досліджуванні 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 – працівники 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 можуть розглядатися достатньою умовою, яка забезпечує успішність вирішення конфліктних ситуацій.

УДК 615.851:616.891.6

## **КОМПЛЕКСНА 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 відмінності 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)», F41.1 – «Генералізований тривожний розлад», F41.2 – «Змішаний тривожно-депресивний розлад», які знаходились на обстеженні та лікуванні у психіатричному 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.

УДК 159.98

## **ОСОБЛИВОСТІ САМООЦІНКИ ТА РІВНЯ ДОМАГАНЬ У ОСІБ З РІЗНОЮ СПРЯМОВАНІСТЮ ЛОКУСУ 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 домагань, 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 са-моповага необґрунтовано перебільшена і особистість проявляє самовпевненість, зверхне 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 інтернали більш впевнені, спокійні, позитивні, легше встановлюють міжособові відносини, незалежні. На відміну від екстерналів, в котрих підвищена тривожність, менша терпимість, і менша конформність.

## **НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И СОТРУДНИКОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ УКРАИНЫ**

**Шевченко Р.П.**

*Одесский национальный медицинский университет, кафедра философии*

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 человек с невротическими и психосоматическими расстройствами пациент часто теряет способность к адекватному пониманию тяжести собственного состояния здоровья, развиваются комплексы психосоциальной дезадаптации.

Необходимо изучение психосоматического отклонения с учётом личностных девиаций, а так же 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, так же разработана система оценивания степени эффективности разработанной системы психокоррекционных методов. Апробация системы показала её значительную эффективность в 69%, умеренную – в 19%, незначительную – в 12% случаев.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТСТРЕСОВОГО РЕАГУВАННЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ У ЗОНІ АТО**

**Шестопалова Л.Ф., Кожевнікова 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 коморбідно-контузійних станів, черепно-мозкових травм тощо. Значна кількість комбатантів не можуть повною мірою адаптуватись 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 виражені 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.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

## **ТИПОВІ ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ РОДИНИ ХВОРОГО НА ШИЗОФРЕНІЮ ЯК ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ**

**Шкода К.В.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Проблема психічних девіацій у найближчих родичів хворих на шизофренію, є важливою складовою комплексної проблеми сімейної та соціальної дезінтеграції, асоційованої з шизофренічним розладом. L. Galindo et al. (2016) підкреслюють, що патохарактерологічні зміни спостерігаються не лише у хворих на шизофренію, а й у їх родичів, не уражених шизофренією; останні виявили схильність до уникання проблем, знижену самостійність і меншу схильність до кооперативності.

Дані щодо причин несприятливих змін у психічній сфері родичів хворих на шизофренію є доволі суперечливими. Ряд дослідників наголошують на принциповій важливості соціально-стресового фактору, пов'язаного з наявністю психічного захворювання у близького родича (F. Shamsaei et al., 2015; O.O. Igberase et al., 2010; S. Vaghee et al., 2015; W. Rössler et al., 2005 та ін.), тоді як у інших дослідженнях (S. Jiang et al., 2015; M. Hormozpour et al., 2016 та ін.) Обґрунтовується нейробіологічна predisпозиція проблем у психічній сфері родичів хворих на шизофренію.

F. Shamsaei et al. (2015) повідомляють, що лише 7,6% осіб, які доглядають за хворими на шизофренію не відчувають тягара, пов'язаного з цим, 23,5% оцінили тягар як легкий до помірного, 41,8%

Помірний до важкого, і 27,1% – як важкий, при цьому на оцінку впливали вік, стать, рівень освіти та ставлення хворого, за яким здійснюється догляд. O.O. Igberase et al. (2010) повідомляють про асоційованість тягара шизофренії, що відчувають родичі хворих, з рівнем їх освіти, віком пацієнта і станом його зайнятості.

M.K. Ileselo et al. (2016) на підставі розширеного інтерв'ювання родичів, що безпосередньо доглядають хворих на шизофренію, виділили наступні основні проблеми, з якими вони стикаються: фінансові труднощі, відсутність соціальної підтримки, порушення сімейного функціонування, стигматизація і дискримінація, а також агресивна поведінка хворих. Автори наголошують на необхідності поєднання зусиль психіатричних служб і державної підтримки для осіб, які здійснюють догляд за психічно хворими, підкреслюючи, що сьогодні ця проблема залишається невирішеною. У дослідженні Ae-Ngibise et al. (2015) родичі, які здійснювали догляд за хворими, серед основних проблем визначали фінансові труднощі, соціальне відчуження, депресію і недостатність часу для виконання інших соціальних функцій.

M.B. Абрамова (2010) описує наступні скарги батьків у зв'язку з наявністю у їх сина захворювання на шизофренію: труднощі з навчанням, отриманням професії, працевлаштуванням (43% обстежених), поведінкові проблеми (20%), відстороненість і замкнутість хворих (15%), апатія і Небажання хворого щось робити (10%), соціальне відторгнення (13%). Усі ці проблеми обтяжують психологічний стан батьків хворих, і більшість з них не знали, як поводитися по відношенню до дітей і як впоратися зі своїм станом; у деяких сім'ях захворювання сина стало причиною розлучення.

S. Vaghee et al. (2015) підкреслюють, що стигматизація є одним з найпотужніших негативних впливів на осіб, які здійснюють догляд за хворими на шизофренію; однак увага, що приділяється цьому фактору, є недостатньою, і заходи щодо зменшення впливу стигматизації досі обмежені.

Таким чином, дані сучасної наукової літератури свідчать про суттєві порушення у психоемоційній сфері родичів хворих на шизофренію, які здійснюють догляд за пацієнтами, що зумовлює актуальність розробки відповідних психотерапевтичних та психокорекційних заходів.

УДК 616.89

## **ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНОГО РЕАГУВАННЯ У ЖІНОК З НЕВРОТИЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ (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 військослужбовців – учасників АТО (ДВС)), 25 хворих на ендогенну депресію (ГП-ЕД) та 25 психічно здорових жінок (ГП-З).

**Результати дослідження.** Виявлено, що у жінок впж серед симптомів когнітивно-афективного компонента депресії за шкалою Бека у більш вираженому ступеню 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-З – 90,0% жінок. Легка депресія діагностувалася у впж – 20,0%, ДВС – 50,0%, ГП-ЕД – не виявлено, ГП-З – 10,0% ( $p \leq 0,05$ ). Помірна депресія діагностувалася у впж – 26,0%, ВСД – 30,0%, ГП-ЕД – 24,0%, ГП-З – не виявлено ( $p \leq 0,05$ ). Виражена депресія діагностувалася у впж – 36,0%, ВСД – 13,0%, ГП-ЕД – 26,0%, ГП-З – не виявлено ( $p \leq 0,05$ ). Тяжка депресія діагностувалася у впж – 14,0%, ВСД – 2,0%, ГП-ЕД – 50,0%, ГП-З – 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 ступень» – ВПЖ та «легкий ступень» – ДВС. У ГП-ЕД – з піком, відповідно, на рівні «тяжкий ступень», 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 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.

УДК 616-084:159.98

### **ОПЫТ РАБОТЫ 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>Харьковского национального университета 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 проработались через диагностические сказочные рисунки, проигрывание лечебных авторских сказок Герасименко Е.В. с куклами. Главный лечебный эффект достигался через мягкое отреагирование через работу со сказочным персонажами в сочетании с двигательной «волшебной зарядкой». Считаем 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 мечях, играли в волка, драконов,

зомби, боксировали по-душки. Характерной была их потребность в телесном контакте – они часто обнимались, боролись, валились 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 близкого: 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 восстановления». 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 психогимнастический 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.

УДК 616.8-009:616.89-052

## **ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНО-НЕВРОТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТОК КОСМЕТОЛОГІЧНОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ САМОВІДНОШЕННЯ**

**Юдін М.А.**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Косметологічна медицина та естетична хірургія займаються корекцією як реальних дефектів зовнішності, так часто і виконують замісну психологічну функцію. Клієнтів косметологічних центрів можна поділити на 3 категорії:

А) з вираженими дефектами зовнішності, які потребують суттєвої медичної та естетичної корекції;

Б) з нормальною зовнішністю, при цьому звернення до косметолога має на меті підтримання природної краси;

В) дефекти зовнішності відсутні або незначні, однак суб'єктивно значно перебільшуються. Подібний поділ вказує на значимість психологічного сприйняття своєї зовнішності, формування гармонійного образу тіла та індивідуального реагування на зміни зовнішнього вигляду.

Психічна реакція на особливості власної зовнішності є важливою складовою для розуміння психогенезу розладів психологічної та психосоціальної адаптації пацієнтів, які звертаються до косметологів та дерматологів, що робить вивчення психопатологічного статусу даної категорії осіб актуальним завданням медико-психологічної служби.

**Мета дослідження** – виявити особливості афективно-невротичної симптоматики у пацієнтів косметологічного профілю.

У тестуванні прийняло участь 286 жінок, які звернулися за косметологічною допомогою. Опитуваних було поділено на 3 групи на основі критерію самовідношення: групу 1 склали особи з дизгармонійним типом з тенденцією до заниженої самооцінки (Г1, n = 108), групу 2 – з гармонійним типом (Г2, n = 96) та групу 3 – з дизгармонійним зі схильністю до завищеної самооцінки типом (Г3, n = 82). Визначення вираженості психопатологічної симптоматики проводилося за методикою Scl-90-R.

Провідними проявами афективно-невротичної симптоматики у жінок з дизгармонічним типом самовідношення зі схильністю до заниженої самооцінки були соматизація по астено-невротичному типу, виражений тривожний компонент (неспокій, напруженість, страх, очікування неприємностей, надмірне занепокоєння), нерішучість, потреба перепроверити власні дії, нав'язливі думки, упадок сил, гіпотимія, самозвинувачення, відчуття, що необхідно прикладати надмірні зусилля при виконанні діяльності, незручність у людних місцях, у пацієнок зі схильністю до завищеної самооцінки – соматизація з алгічними та гістріонними проявами, напруженість, нервовість, надмірне занепокоєння, нав'язливі думки, відчуття самотності, знижений настрій. У жінок з гармонійним самовідношенням соматизація проявлялася переважно цефалгіями, були присутні напруженість, менше нервовість, нав'язливі думки, потреба перепроверити свої дії та гіпотимія. Структура психопатологічних симптомів у пацієнок косметологічного профілю відображала змістовні особливості та спрямованість психічного відреагування у відповідь на стрес.

Жінки, які звертаються за косметологічною допомогою складають неоднорідну за психологічними характеристиками групу, що необхідно враховувати при наданні медичної та психологічної допомоги. Пацієнтки з дизгармонійним типом самовідношення, в особливості зі схильністю до низької самооцінки, становлять групу ризику щодо психічного здоров'я та потребують медико-психологічної допомоги.

УДК 159-616

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

ДРЕВІЦЬКА О. О., ДЯГІЛЬ О. В.

*Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії  
та наркології МОЗ України,  
Інститут соціальних наук ПРАТ «ВНЗ МАУП»*

В умовах надмірних стресів, на тлі погіршення екології, в Україні і в усьому світі зростає захворюваність на онкологічну патологію. У більшості пацієнтів така патологія супроводжується емоційними порушеннями. Відповідно, актуальною є розробка психологічної допомоги онкологічним хворим. У науковій літературі мало представлені комплексні підходи їх психологічної підтримки [1-4].

**Мета:** на основі проведених спостережень розробити принципи психологічної корекції емоційних порушень у пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

**Матеріал і методи дослідження:** за умов усвідомленої згоди у відділенні променевої діагностики обстежено пацієнтів з онкологічними діагнозами. Проведено аналіз рівня тривоги і депресії у 98 хворих з рівнем активності 80-90% за індексом Карновського. 12 пацієнтів були з числа осіб, переміщених із зони АТО. Переважна локалізація онкологічного процесу стосувалася: молочної залози, легенів, шлунку, щитоподібної залози, кишківника, простати. Гендерний розподіл пацієнтів був наступним: 50 чоловіків і 48 жінок. Середній вік обстежених складав 59,2±4,6 років.

**Результати.** За Госпітальною шкалою (HADS) [5] до психологічної корекції у пацієнтів спостерігався клінічний рівень (понад 11 балів) тривоги  $14,1 \pm 1,7$  і депресії –  $15,6 \pm 1,8$ , без суттєвої різниці за гендерними ознаками. Існувала тенденція, однак не було вірогідного збільшення рівнів тривоги і депресії у осіб, переміщених із зони АТО.

Комплекс психологічної корекції базувався на гуманістичній парадигмі та включав: аутотренінг, елементи (окремі вправи) з НЛП, арт-терапії. Заняття з аутотренінгу проводили, відповідно до класичних з певною модифікацією: у стані розслаблення навчали пацієнтів не тільки основних формул самонавіювання, але і проведенню самомасажу вух, долоней і стоп впродовж декількох хвилин двічі на день. Вправа з НЛП передбачала навчання візуалізації умовного «образу хвороби» та її індивідуальної саногенної трансформації. Арт-терапевтичним завданням було: намалювати на папері «образ хвороби» і потім знищити його, намалювати позитивний образ, що надихає на подальше життя, продумати і записати шляхи досягнення своєї емоційно позитивної мети.

Після 6-ти занять з психологом у хворих спостерігалася позитивна динаміка емоційного стану: тривога зменшилася на 4,9 балів ( $P < 0,05$ ), депресія на 5,4 бали ( $P < 0,05$ ). В процесі повторного дослідження пацієнти відмічали: поліпшення настрою, зменшення страху, посилення інтересу до своєї зовнішності і збільшення задоволення від улюблених занять.

#### **Висновок.**

Обстеження 98 пацієнтів з онкологічними захворюваннями, з рівнем активності 80-90% за індексом Карновського, показали наявність клінічного рівня емоційних порушень за шкалою HADS. Комплексний підхід у процесі психологічної корекції при онкологічних захворюваннях з використанням: занять з аутотренінгу, окремих вправ з НЛП і арт-терапії, – сприяв позитивним емоційним змінам, зокрема, вірогідному зменшенню рівня тривоги і депресивних переживань у пацієнтів.

#### **ЛІТЕРАТУРА:**

1. Andersen B. L., Rowland J. H., Somerfield M. R. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J. Clin. Oncol.* 2015; 11:133–134.
2. Linden W., Vodermaier A., MacKenzie R., Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J. Affect. Disord.* 2012;141:343–351
3. <http://diapharma.ua/articles/statistika-onkologichnih-zahvoryuvan-v-ukrayini>.
4. [http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn\\_20141104\\_808\\_dod.pdf](http://www.moz.gov.ua/docfiles/dn_20141104_808_dod.pdf)
5. <http://psychologiya.com.ua/etapy-konsultirovaniya.html>

УДК: 159.913

### **АКТИВАЦІЯ САНОГЕННИХ РЕСУРСІВ У ВЕТЕРАНІВ, ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ЗА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я З ЗОНИ АТО**

**ФІЛАТОВА О. А., ДРЕВІЦЬКА О. О.**

*Міжнародна академія освіти і науки (м. Київ)*

Особовий склад Збройних Сил України в зоні АТО виконує завдання в складних умовах: обмеженій кількості ресурсів, при втратах живої сили і техніки, за умов суперечливої інформації, що надходить через ЗМІ. Усе вказане має негативний вплив і викликає психофізичне виснаження у бійців.

**Мета:** запропонувати принципи формування саногенного потенціалу особистості у ветеранів і бійців АТО, які повертаються до мирного життя.

**Матеріал і методи дослідження:** розроблено і апробовано теоретичні підходи реабілітації бійців і ветеранів АТО, на основі гуманістичної парадигми.

Методика апробована в роботі з ветеранами Ірпінського воєнного шпиталю. Саногенний потенціал розвивали з формуванням протективних якостей: віри в себе, психічної врівноваженості, версійності мислення, багатого поведінкового репертуару. Робота велася як групова з 5-7 ветера-

---

нами: впродовж перших занять надавалася інформація з позицій гуманістичної парадигми, орієнтації на соціально та особистісно значимі цінності, формування вольових якостей в мирному житті; в подальших заняттях проводилося «прогривання» складних життєвих ситуацій, використання методики «пустого стільця».

Зменшували саногенний потенціал: адиктивні розлади, негативний досвід подолання стресів у минулому, патерналістичні установки особистості.

**Висновок.** Бійцям, які повертаються із зони бойових дій, рекомендовано адаптаційний період тривалістю мінімум 5-7 днів у складі свого ж підрозділу. При тому важлива психологічна саногенна робота з ними, на основі гуманістичної парадигми з врахуванням сукупності когнітивних, вольових, емоційних ресурсів і позитивного досвіду подолання травматичних подій.

ШАНОВНІ АВТОРИ!

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ,  
ЩО НАДАЮТЬСЯ АВТОРАМИ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ,  
ДИВИТЬСЯ НА САЙТІ ЖУРНАЛУ:

**WWW.UJMH.ORG**