

рухової сфери, визначаючи появу неспецифічного соматичного синдрому, зокрема, больового. Проте дотепер не існує наукових робіт, які розглядали б феноменологію дисморфних больових відчуттів у підлітків з психічними розладами.

Також, на даний час недостатньо досліджень, спрямованих на створення та втілення у клінічну практику методичних розробок щодо діагностики та комплексної терапії больових синдромів при психічних розладах у підлітків.

Мета дослідження: На підставі дослідження особливостей клінічної структури дисморфних больових відчуттів у підлітків з психічними розладами розробити комплексну психофармакотерапію і психотерапію та оцінити ефективність проведених заходів. Встановити основні соціально-демографічні характеристики обстеженого підліткового контингенту.

Вибір цільових груп дослідження, методів дослідження й організація його процедури були зумовлені метою і завданнями роботи. За дослідженням з метою вивчення особливостей больового синдрому в підлітково-юнацькому віці нами було відібрано 367 підлітків. Пацієнтам надавалось право не відповідати на будь-яке питання, а також перервати опитування, нічого при цьому не пояснюючи. Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 304 підлітки, з них — 174 дівчини (57,2 %) і 130 юнаків (42,8 %), віком 16—17 років (середній вік дівчат склав  $16,8 \pm 0,4$  роки, середній вік юнаків —  $16,6 \pm 0,7$  роки). Всі пацієнти мали незакінчену середню освіту: 267 осіб (87,8 %) навчалися в 10 або 11 класах середньої школи, а 37 (12,2 %) — на першому чи другому курсі середнього спеціального навчального закладу (коледж або училище).

В результаті аналізу соціально-демографічних характеристик обстежених було виявлено такі фактори, які мають негативний вплив на стан здоров'я досліджених: конфліктність родини (в результаті порушення дисморфних больових відчуттів з батьком — 26,64 %; в результаті порушення дисморфних больових відчуттів з матір'ю — 43,09 %; в результаті порушення подружньої взаємодії між батьками — 42,43 %), відсутність взаєморозуміння між батьками та підлітками (між батьком та підлітком — 18,75 %; між матір'ю та підлітком — 25,66 %); середній або низький рівень успішності навчання (71,38 %).

УДК 616.89-092:355.257.6 «364»

**В. В. Чугунов, Н. В. Данилевская, В. А. Курило**  
Запорозький державний медичний  
університет МОЗ України, г. Запорозьке

### **Структурно-динамічні особливості ПТСР у військовослужащих в умовах «гібридної війни»**

Постстрессовое расстройство (ПТСР) занимает доминирующее место в структуре психических нарушений, ассоциированных с боевыми действиями, как провоцирующим фактором амплификации психопатологии. Несмотря на обозначенные «классические» симптомы ПТСР, которые составляют ядро патологии, нельзя говорить об абсолютной идентичности клинической картины ПТСР в контексте «гибридной войны».

На современном этапе отслеживаются следующие структурно-динамические особенности ПТСР у военнослужащих АТО в Украине, в дополнение к «классическим»:

— развитие ПТСР у военнослужащих обычно имеет более пролонгированный «латентный период». Имею-

щиеся симптомы заболевания военнослужащий начинает трактовать как болезненные только тогда, когда они обостряются до «угрожающих жизни», приводящих к невозможности адекватного выполнения военных задач;

— развитие ПТСР обычно носит прогрессивный характер, где основные симптомы закрепляются медленно, по мере наслаивания психотравмирующих факторов, с выраженной экзакербацией в периоды «постстрессорного благополучия» (демобилизация, отпуск и т. п.);

— основной симптоматике чаще всего предшествует диссомнический синдром с тягостными сновидениями; он же выступает экзакербирующим фактором заболевания; высок удельный вес тревожно-фобических реакций, страха смерти; доминирование депрессивного компонента на поздних этапах заболевания, по симптоматике приближающегося к эндогенной депрессии;

— провоцирующим фактором навязчивых, фобически окрашенных воспоминаний часто выступают не внешние, а интрапсихические обстоятельства: рассуждения о собственном «бесперспективном» будущем, ожидания неминуемой гибели в случае продолжения службы, ощущение собственной беспомощности и другие компоненты аутоиндуцирования;

— тенденции к нарушению комплаенса к терапии через диссимуляцию и дезагравацию проявлений заболевания, преуменьшение значения терапевтических мероприятий, малопродуктивность контакта в раскрытии своих переживаний;

— доминирование аутосоциального дистанцирования на первых этапах госпитализации, что очень быстро сменяется желанием вернуться «на войну, к товарищам» вопреки тяжести заболевания;

— психогенная фиксация на психотравме с чувством жалости к себе и размышлением о других, лучших моделях реагирования в стрессорной ситуации, не характерна на первых этапах формирования ПТСР у военнослужащих, привлеченных к АТО, и приобщается только на более поздних этапах;

— психоорганический синдром верифицируется почти у всех больных, что объясняется коморбидной патологией, связанной с боевыми действиями, в т. ч. контузией, черепно-мозговой травмой и т. д.

— наличие психопатизации личности как коморбидного ПТСР состояния идентичного с ПТСР генеза;

— пролонгированность и малокурабельность симптоматики, отсутствие достаточного ответа на фармакологические вмешательства, в т. ч. на анксиолитики и антидепрессанты.

Не последнюю роль в экзакербации и амплификации ПТСР в реалиях «гибридной войны» играют:

— наличие базовой невротизации: самовосприятие собственной социальной и физической незащищенности и беспомощности как во время психотравмирующих факторов, так до и после них;

— трезвый образ жизни, как это не парадоксально, выступает фактором риска развития ПТСР, что ставит задачу поиска альтернативных алкоголю релаксантов в среде военнослужащих, привлеченных к боевым действиям в условиях «гибридной войны»;

— «социально-психологическое несоответствие», в т. ч. несоответствие «катастрофической» ситуации собственным представлениям военнослужащих о ней, психологическая неготовность к боевым действиям.

Таким образом, можно заключить, что проявления ПТСР у военнослужащих Украины, привлеченных к участию в АТО, наравне с сохранением симптоматики,

которая выступает «ядром» ПТСР, имеют структурно-динамические особенности, специфические именно для этой категории больных. Прежде всего это связано со спецификой «гибридной войны».

Указанные различия требуют дальнейшего тщательного изучения для внедрения профилактических и реабилитационных мероприятий как медико-социального, так и организационного спектра, для предупреждения возникновения и хронизации рассматриваемой патологии.

УДК 616.85-039:615-05:001.8

*Л. Ф. Шестопалова, О. С. Марута*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков*

**Субъективное восприятие автобиографических событий у пациентов с невротическими расстройствами**

Проблема репрезентации жизненного пути личности становится весьма актуальной в современном мире в связи с переломными историческими периодами трансформаций на макросоциальном уровне, сопровождающимися социальной нестабильностью и напряженностью, обуславливающими изменения индивидуальной судьбы. При этом особую важность в теоретическом и практическом отношении представляет изучение жизненного пути и его репрезентации у пациентов с невротической патологией, при которой именно значимые события прошлого и субъективное видение будущего составляют основу психогенного конфликта, в то же время являясь потенциалом его разрешения. Вместе с тем, особенности жизненного пути при различных формах невротической патологии остаются до настоящего времени неизученными.

Вышеизложенное определило цель данного исследования — определить особенности репрезентации субъективной картины жизненного пути больных с различными формами невротических расстройств.

В качестве инструмента применяли методику «Психологическая автобиография». Было обследовано 120 больных невротическими расстройствами, из них 40 — с неврастенией (F 48), 40 — с тревожно-фобическими расстройствами (F 40—41), 40 — с диссоциативными расстройствами (F 44). Контрольную группу составили 40 здоровых лиц без признаков невротической патологии.

Результаты проведенных исследований показали, что для пациентов с невротической патологией характерно снижение общей продуктивности и лёгкости актуализации образов прошлого и будущего. У пациентов с тревожно-фобическими расстройствами и неврастенией показатели продуктивности были ниже, чем при диссоциативных расстройствах. Наряду с этим у этих пациентов отмечалось сокращение времени ретроспекции и антиципации, что указывает на снижение значимости прошлых событий и возрастание — будущих. Наибольшие показатели ретроспекции и антиципации выявлены при неврастении. При тревожно-фобических и диссоциативных расстройствах пациенты проявили психологическую незрелость к разрешению невротического конфликта.

Типологическая структура жизненного пути у пациентов с невротической патологией характеризуется преобладанием событий личностно-психологического и социального типов, что обусловлено высокой зна-

чимостью социальных факторов состояния для этих пациентов. При этом у пациентов с диссоциативными расстройствами чаще встречались события биологического типа, у пациентов с тревожно-фобическими — личностно-психологического типа, а социальные были доминирующими при неврастении.

Полученные данные углубляют существующие представления о личностно-психологических механизмах неврозогенеза и могут быть использованы при проведении психокоррекции у пациентов с невротической патологией.

УДК 616.895.8-06:616-002.5:362.2]

*О. В. Широков*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія», м. Дніпропетровськ*

**Особливості психосоціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з кістковим туберкульозом, в аспекті диференціації підходів до їх психосоціальної реабілітації**

Хворі на тяжкі психічні розлади належать до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз: кількість хворих на активний туберкульоз у психіатричних стаціонарах становить 3—6 %, а серед дорослих пацієнтів психіатричної служби випадки захворювання на туберкульоз спостерігаються у 4—5 разів частіше, ніж у соматичних стаціонарах. Існує і зворотна тенденція: частота психічних захворювань у хворих на вперше діагностований туберкульоз становить 3—4 %. Летальність з приводу туберкульозу у психічних хворих в декілька разів вища, ніж серед загальної популяції населення.

Причини високої захворюваності на туберкульоз у психічно хворих багатогранні: порушення елементарних гігієнічних правил, зниження імунітету, яке пов'язують з неповноцінним харчуванням, відмова від прийому їжі, порушення лікарняного режиму. Крім цього, допускають, що психічні захворювання ослаблюють регуляторну роль центральної нервової системи в складних механізмах імунітету. Так, на туберкульоз частіше хворіють хворі на шизофренію, значно рідше — на іншу психічну патологію. Туберкульоз переважно виникає внаслідок ендемічної реактивації і частіше розвивається на тлі психічного захворювання, а якщо навпаки, то специфічний процес, як правило, має важчий перебіг.

У більшості психічно хворих туберкульоз виникає і розвивається безсимптомно або із слабо вираженими клінічними проявами, що пов'язано з психікою хворих, неспроможністю оцінити перші клінічні ознаки недуги, а також з труднощами їх обстеження. Все це призводить до того, що туберкульоз у хворих дуже часто діагностується в занедбаній формі з бактеріовиділенням (у 60—70 %) і порожнинами розпаду (у 80 %), або з ускладненнями і позалеженними ураженнями.

Якщо питання поєднання туберкульозу легенів, як найбільш розповсюдженої його форми, та психічного розладу іноді стає об'єктом уваги дослідників, то коморбідність інших його форм, зокрема, кісткового туберкульозу, взагалі залишається поза увагою науковців. Між тим, перебіг кісткового туберкульозу обумовлює обмеження можливості пересування й належного рівня психосоціального функціонування (ПСФ) хворих, а в разі поєднання цієї патології з шизофренією — значно збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів, сприяє формуванню синдрому госпіталізму та проявів самостигматизації.