

Как показали результаты изучения выраженности суицидального риска, суицидальные попытки делали 26,2% больных с депрессивной реакцией, 25,3% с депрессивным эпизодом, 24,6% с рекуррентным депрессивным расстройством и 23,9% больных с биполярным аффективным расстройством, длительный эпизод тяжелой депрессии; суицидальные решения и намерения отмечались в 35,6%, 32,9%, 43,2% и 39,6% больных соответственно; пассивные и активные суицидальные мысли стабильно возникали у 38,2% больных с депрессивной реакцией, 42,5% с депрессивным эпизодом, 32,2% с рекуррентным депрессивным расстройством и 36,5% больных с биполярным аффективным расстройством, длительный эпизод тяжелой депрессии.

На основании полученных в ходе работы данных была разработана и апробирована программа персонализированной психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения у больных с депрессивными расстройствами которая использовалась одновременно с фармакотерапией. Психотерапевтическая программа для больных с депрессивной реакцией включала использование индивидуальной кризисной психотерапии, когнитивной терапии Бека и биосуггестивной терапии. При депрессивном эпизоде использовались: рациональная психотерапия, индивидуальная и групповая когнитивная терапия Бека, личностно-ориентированная психотерапия,

экзистенциальная терапия Роджерса. При рекуррентном депрессивном расстройстве использовали рациональную психотерапию, когнитивно-поведенческую аналитическую психотерапию по Д. Мак-Каллоу, психотонические вариант аутогенной тренировки и телесно-ориентированную психотерапию. У больных с депрессивным эпизодом БАР использовали индивидуально-ориентированную краткосрочную психодинамическую психотерапию, индивидуальную и групповую когнитивную терапию Бека, прогрессивную мышечную релаксацию по Jacobson E., семейную психотерапию. Обязательной составляющей всех психотерапевтических программ было психообразование, которое включало в себя использование: информационного тренинга, тренинга интерперсонального взаимодействия, тренинга «Психологический баланс», обсуждение темы проблемы суицидального поведения. Проведенное 1,5-летнее катаристическое исследование подтвердило эффективность разработанных дифференцированных программ персонализированной психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения больных.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, суицидальное поведение, психотерапия, психообразование, эффективность терапии.

*Прийнято до друку 18.12.2019 р.*

## КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти  
КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради

*Мета роботи* – розробка технології комплексної оцінки ризику розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання.

Протягом 2016–2019 рр. обстежено 110 офіцерів командного складу морського торговельного флоту, 90 робітників-матросів морського торговельного флоту, 70 представників командної ланки морського пасажирського флоту і 30 рядових морського пасажирського флоту. Усі обстежені були чоловіками, громадянами України. Дослідження включало використання клініко-психопатологічного, психометричного і психодіагностичного методів.

В результаті роботи з'ясовано механізм клініко-патогенетичної взаємодії психопатологічних, пре-диспозиційно-біологічних, стресових та соціально-психологічних чинників та їх співвідношення в механізмах розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, на основі чого обґрунтовано технологію комплексної оцінки ризику їх розвитку. Виділено й розраховано стресовий, соціально-психологічний та пре-диспозиційно-біологічний кластери, що мають вплив на розвиток психопатологічної симптоматики пограничних психічних розладів, на основі чого запропоновано оціночну шкалу для визначення ймовірного ступеню виразності психопатологічної симптоматики за чотирма основними напрямками: соматизація, обсесивно-компульсивні розлади, депресія і тривожність.

Розроблена технологія може використовуватися в практиці охорони здоров'я для виявлення контингенту ризику щодо розвитку психопатологічної симптоматики.

*Ключові слова:* моряки далекого плавання, пограничні психічні розлади, комплексна оцінка ризику розвитку пограничних психічних розладів.

**Вступ.** Україна є одним зі світових лідерів з постачання фахівців на світовий ринок праці судноплавства. Хоча офіційної статистики працевлаштування моряків в Україні не ведеться, експерти оцінюють кількість українців, що обіймають командні та матроські посади на світовому морському торговельному флоті, у 70–150 тисяч осіб. При цьому, незважаючи на технічний і технологічний прогрес, мореплавство залишається однією з найнебезпечніших професій. Дані сучасних досліджень свідчать, що ризику, яким піддаються моряки, перевищують ризики найбільш небезпечних сухопутних професій. Крім стресу безпосередньої загрози життю і здоров'ю, моряки піддаються впливу потужного психоемоційного стресу внаслідок тривалої розлуки з сім'єю та звичним мікросоціальним оточенням, ізоляції в умовах обмеженого простору судна, необхідністю швидко адаптуватися в умовах мультинаціональних та мультикультурних екіпажів суден, вахтового режиму роботи, що пов'язаний із депривацією і погіршенням якості сну, обмеженням рекреаційних можливостей, нерегулярним

і неякісним харчуванням, а також негативним наслідком важкої фізичної праці (у матроського складу) і стресу відповідальності за судно, вантаж і команду (у командного складу) [1–6].

Закономірним є наявність у моряків широкого спектру психопатологічних розладів, виявлених у дослідженнях останніх років [5, 6]. Психічні розлади у екіпажів суден далекого плавання представлені переважно патологією непсихотичного регістру тривожно-депресивного, астенічного та обсесивно-фобічного спектру. Ряд авторів також зауважують на надзвичайно високій ураженості моряків диссомніями, а також на підвищеному ризику суїцидальної поведінки.

При цьому у сучасній науковій літературі наголошується на недостатній розробленості ряду питань, пов'язаних із вивченням психопатологічних проявів у членів екіпажів суден далекого плавання. Це вимагає проведення ґрунтовних наукових досліджень, результати яких лягли б в основу сучасних диференційованих лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для моряків далекого плавання.

**Мета роботи** – розробка технології комплексної оцінки ризику розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання (МДП).

**Контингент і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети на засадах інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2016–2019 років було обстежено 300 МДП, серед яких було 200 представників морського торговельного флоту (ТФ) – 110 фахівців командного складу (капітани далекого плавання, перші та другі помічники капітанів та ін., ФКСТФ), та 90 представників виконавчого складу (матроси, мотористи, обслуговуючий персонал, ФВСТФ), та 100 працівників морського пасажирського флоту (ПФ) України – 70 осіб командного складу (ФКСПФ) та 30 – рядового (ФВСПФ). Усі обстежені були чоловіками, громадянами України. Усі респонденти були обстежені в період після повернення з рейсу, на базі декількох медичних установ (медичний центр «Академарин» НУ ОМА, КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради, кафедра психіатрії, наркології та психології Одеського національного медичного університету, медичні центри «Крок до життя», «Віта» та ін.), під час добровільного звернення за консультацією лікаря-психіатра.

Дослідження включало використання клініко-психопатологічного, психометричного і психодіагностичного методів.

**Результати та їх обговорення.** Аналіз умов професійної діяльності обстежених дозволив виділити рангоспецифічні і видоспецифічні мезо- і мікросередовищні чинники професійно-обумовленого психосоціального стресу у МДП, що мали негативний вплив на стан їх психічного здоров'я.

Такими чинниками для ФКСТФ були:

- ненормований робочий день;
- надвисока відповідальність за збереження та доставку дороговартісного вантажу, за стан судна, за злагоджену роботу екіпажу;
- постійна напруга у зв'язку зі зміною погодних умов і інтенсивністю руху суден;
- постійний зовнішній інспекційний контроль з боку власника та працівників портів;
- брак особистого простору (порівняно з ФКС пасажирського флоту);
- одноманітність проведення часу, постійне знаходження в морі без можливості зійти на берег у портах;
- обмеження спілкування з родиною (обмеження інтернет-трафіку з боку власника).

Для ФКСПФ:

- ненормований робочий день;

- відповідальність за своєчасне виконання рейсу згідно графіку забезпечення екскурсійної програми пасажирів;

- відповідальність за стан судна, безпеку, комфорт та дозвілля пасажирів.

Для ФВСТФ:

- монотонна праця, пов'язана почасти з фізичним навантаженням;

- необхідність неухильного дотримання техніки безпеки при виконанні роботи;

- одноманітність проведення часу, постійне знаходження в морі без можливості зійти на берег у портах;

- брак особистого простору, соціальна депривація;

- обмеження спілкування з родиною (обмеження інтернет-трафіку з боку власника);

- оманливе відчуття несправедливості щодо фінансового забезпечення ФКС, порівняно з ними;

- значна конкуренція з боку фахівців з інших держав.

Для ФВСПФ:

- монотонна праця, пов'язана почасти з фізичним навантаженням;

- брак особистого простору, відсутність комфортних умов проживання (особливо у порівнянні з умовами проживання пасажирів);

- негативні наслідки позашлюбних зв'язків з обслуговуючим персоналом;

- оманливе відчуття несправедливості щодо фінансових можливостей пасажирів, порівняно з їхніми;

- заборона будь-яких перетинів з пасажиром, відчуття «людини другого сорту».

В ході подальшого дослідження було встановлено, що у міжрейсовий період 63,0% МДП, серед яких 69,1% ФКС й 58,9% ФВС ТФ, та 57,1% ФКС й 66,7% ФВС ПФ, мали ознаки психічної дезадаптації, які в більшості випадків не досягали клінічно окресленої вираженості. У 18% МДП, обстежених у міжрейсовий період, серед яких зустрічалися представники усіх обстежених груп (26,7% ФВСПФ, 21,1% ФВСТФ, 16,4% ФКСТФ і 12,8% ФКСПФ), діагностовано клінічно окреслені адаптаційні розлади, а саме, змішану тривожно-депресивну реакцію, пролонговану депресивну реакцію, розлад з переважанням порушення інших емоцій, а також зі змішаним порушенням емоцій і поведінки.

Серед ФКС більш інтенсивними були прояви тривожної симптоматики, середня вираженість якої наближалася до верхньої межі субклінічних значень, характерні для представників ТФ, в той час як у представників ПФ показники тривоги

були близькими до верхньої межі нормативних показників. Загальна вираженість депресивного реагування ФКС як торговельного, так і пасажирського морського флотів, знаходилася в амплітуді нормативних значень, однак, не дивлячись на загальну результуючу, в обох групах були виявлені особи з наднормовою вираженістю симптомів депресивного реагування, кількість яких виявилась подібною до кількості обстежених з клінічно вираженими адаптаційними розладами.

Крім того, було встановлено, що питома вага ФВС як ТФ, так і ПФ, мали прояви як тривожного, так і депресивного реагування у вигляді мозаїчного поєднання ангедонічної та астеничної симптоматики переважно незначної або помірної інтенсивності. ФВСПФ характеризувалися значуще більшою вираженістю симптомів депресії і тривоги, середня вираженість якої наближалася до верхньої межі субклінічних значень, в той час у ФВСТФ – до верхньої межі нормативних показників.

Для забезпечення комплексності оцінки і врахування максимальної кількості актуальних чинників ризику розвитку пограничних психічних розладів у МДП, показники оцінки окремих сфер, що мають вплив на розвиток психопатологічної симптоматики, було об'єднано у кластери. Нами було проаналізовано особливості кореляційних зв'язків між різними факторами у клініко-патогенетичній

моделі взаємодії предиспозиційно-біологічних, стресових та соціально-психологічних чинників. Усього нами було виділено три основних кластери: стресовий, що враховував вплив психологічного та психосоціального стресу; соціально-психологічний, що враховував вплив несприятливих соціальних чинників; і предиспозиційно-біологічний, що був орієнтований на оцінку впливу базових предиспозиційних психолого-біологічних характеристик.

Стресовий кластер включав суму показників за шкалою психологічного стресу PSM-25 та шкали психосоціального стресу Л. Рідера, помноженого на 100 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою PSM-25.

Соціально-психологічний кластер включав суму інтегрального показника соціальної підтримки, інтегрального показника сімейної тривоги та інтегрального показника якості життя.

Предиспозиційно-біологічний кластер включав суму індексу агресивності, індексу ворожості і показника особистісної тривоги за шкалою С. Spilberger.

Результати непараметричного кореляційного аналізу зв'язків між окремими кластерами і психопатологічною симптоматикою наведено у табл. 1 та на рис. 1.

Таблиця 1

Результати кореляційного аналізу показників психопатологічної симптоматики і різних кластерів чинників ризику її розвитку у МДП

Психопатологічна симптоматика	Кластер	Коефіцієнт rS	P
Соматизація	Стресовий кластер	0,715	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,712	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,615	<0,01
Обсесивно-компульсивна симптоматика	Стресовий кластер	0,513	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,513	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,456	<0,01
Депресія	Стресовий кластер	0,603	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,600	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,516	<0,01
Тривожність	Стресовий кластер	0,846	<0,01
	Соціально-психологічний кластер	-0,844	<0,01
	Предиспозиційно-біологічний кластер	0,770	<0,01

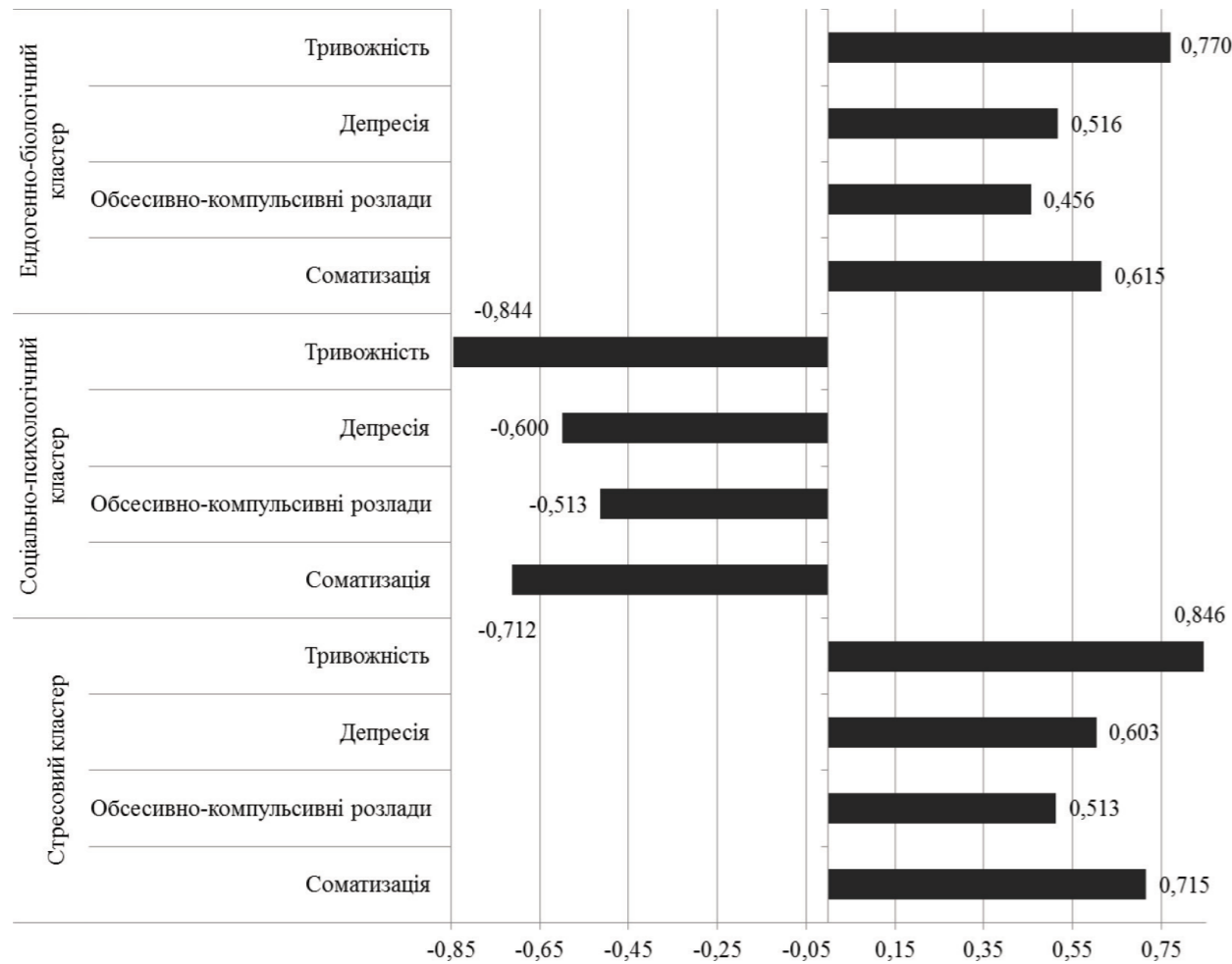


Рис. 1. Кореляційні зв'язки між показниками психопатологічної симптоматики та показниками за ключовими кластерами

Аналіз кількісних показників за окремими кластерами дозволив встановити характеристики, що відповідають певним рівням вираженості психопатологічної симптоматики з урахуванням її рівнів наведеної чи іншої психопатологічної симптоматики.

Кількісні значення показників за стресовим кластером у розрізі окремих видів психопатологічної симптоматики з урахуванням її рівнів наведено у табл. 2.

Таблиця 2

Значення показників за стресовим кластером, що відповідають певному рівню вираженості психопатологічної симптоматики (у балах)

Діапазон показників	M±m	Медіана	Інтерквартильний діапазон
Соматизація			
Від 0 балів до 0,50 балів	214,7±83,0	200,4	165,1-286,6
Від 0,51 балів до 1,00 балів	290,5±62,1	286,6	268,3-346,7
Від 1,01 балів до 1,50 балів	352,7±67,2	365,0	287,6-399,6
Понад 1,50 балів	428,1±35,2	432,1	400,1-462,7
Обсесивно-компульсивні розлади			
Від 0 балів до 0,50 балів	223,1±87,1	217,7	165,1-285,6
Від 0,51 балів до 1,00 балів	281,9±86,1	286,6	200,4-347,7
Від 1,01 балів до 1,50 балів	356,0±80,8	349,7	286,6-431,1
Понад 1,50 балів	415,4±63,9	431,6	430,1-448,4

Продовження табл. 2

Депресія			
Від 0 балів до 0,50 балів	183,3±84,1	187,8	98,1-268,8
Від 0,51 балів до 1,00 балів	293,3±81,7	286,6	218,2-348,7
Від 1,01 балів до 1,50 балів	411,6±45,5	432,1	382,3-432,1
Понад 1,50 балів	463,0±14,8	462,7	448,4-478,0
Тривожність			
Від 0 балів до 0,50 балів	204,1±69,3	200,4	165,1-269,3
Від 0,51 балів до 1,00 балів	310,1±50,7	331,4	285,6-346,7
Від 1,01 балів до 1,50 балів	371,4±38,2	366,0	348,7-384,3
Понад 1,50 балів	431,9±37,6	432,1	430,1-462,7

Кількісні показники за соціально-психологічною вираженості психопатологічної симптоматики, ним кластером, що відповідають різним рівням наведено у табл. 3.

Таблиця 3

Значення показників за соціально-психологічним кластером, що відповідають певному рівню вираженості психопатологічної симптоматики (у балах)

Діапазон показників	M±m	Медіана	Інтерквартильний діапазон
Соматизація			
Від 0 балів до 0,50 балів	79,1±20,9	82,0	58,0-98,0
Від 0,51 балів до 1,00 балів	59,7±14,9	56,0	47,0-68,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	55,2±9,5	47,5	41,0-65,0
Понад 1,50 балів	48,2±11,0	46,0	33,5-50,0
Обсесивно-компульсивні розлади			
Від 0 балів до 0,50 балів	76,5±21,3	77,0	57,0-96,0
Від 0,51 балів до 1,00 балів	63,1±20,7	56,0	46,0-81,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	47,4±13,8	44,0	37,0-57,0
Понад 1,50 балів	34,8±13,2	38,0	26,0-47,0
Депресія			
Від 0 балів до 0,50 балів	85,7±20,9	94,5	67,0-103,5
Від 0,51 балів до 1,00 балів	61,7±19,4	57,0	46,0-77,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	49,0±21,0	42,0	36,0-45,0
Понад 1,50 балів	37,0±14,9	33,0	30,0-48,0
Тривожність			
Від 0 балів до 0,50 балів	81,5±17,7	81,5	66,0-96,5
Від 0,51 балів до 1,00 балів	54,9±12,3	52,0	47,0-58,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	44,0±7,0	42,0	40,0-46,0
Понад 1,50 балів	39,2±24,8	37,0	34,0-50,0

Дані щодо кількісних характеристик за предиспозиційно-біологічним кластером, що відповідають окремим рівням вираженості різної психопатологічної симптоматики, наведено у табл. 4.

Таблиця 4

Значення показників за предиспозиційно-біологічним кластером, що відповідають певному рівню виразності психопатологічної симптоматики (у балах)

Діапазон показників	M±m	Медіана	Інтерквартильний діапазон
Соматизація			
Від 0 балів до 0,50 балів	126,2±22,0	126,0	109,0-142,0
Від 0,51 балів до 1,00 балів	144,6±19,1	145,0	133,0-160,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	153,5±18,3	153,0	140,0-166,0
Понад 1,50 балів	170,3±10,5	170,5	166,0-176,0
Обсесивно-компульсивні розлади			
Від 0 балів до 0,50 балів	127,5±22,0	127,0	109,0-145,0
Від 0,51 балів до 1,00 балів	141,9±22,5	142,0	126,0-160,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	156,7±20,7	159,0	140,0-172,0
Понад 1,50 балів	166,0±15,6	168,5	156,0-173,0
Депресія			
Від 0 балів до 0,50 балів	118,8±22,7	116,5	96,0-138,0
Від 0,51 балів до 1,00 балів	143,6±20,7	142,0	127,0-160,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	172,4±10,1	170,0	170,0-174,0
Понад 1,50 балів	177,7±9,6	176,0	169,0-188,0
Тривожність			
Від 0 балів до 0,50 балів	122,9±18,2	126,0	109,0-136,0
Від 0,51 балів до 1,00 балів	149,6±16,5	151,5	141,0-161,0
Від 1,01 балів до 1,50 балів	161,0±12,2	164,0	153,0-168,0
Понад 1,50 балів	172,3±11,0	172,0	168,0-178,0

Грунтуючись на результатах аналізу, нами була запропонована оціночна шкала для визначення ймовірного ступеню виразності психопатологічної симптоматики за чотирма основними напрямками: соматизація, обсесивно-компульсивні

розлади, депресія і тривожність, по трьох ключових кластерах: стресовому, соціально-психологічному та предиспозиційно-біологічному. Кількісні значення прогностичних показників наведено у табл. 5.

Таблиця 5

Кількісні значення показників для оцінки ступеню ризику психопатологічної симптоматики за окремими кластерами (у балах)

Ступінь ризику	Стресовий кластер	Соціально-психологічний кластер	Предиспозиційно-біологічний кластер
Соматизація			
Низький	до 264	до 72	до 138
Помірний	264-319	71-60	138-149
Високий	320-406	59-51	150-166
Дуже високий	понад 406	менше 51	понад 166
Обсесивно-компульсивні розлади			
Низький	до 254	до 70	до 135
Помірний	254-322	70-59	135-150
Високий	323-394	58-41	151-164
Дуже високий	понад 394	менше 41	понад 164

Продовження табл. 5

Депресія			
Низький	до 240	до 74	до 133
Помірний	240-371	74-55	133-163
Високий	371-453	54-46	164-175
Дуже високий	понад 453	менше 46	понад 175
Тривожність			
Низький	до 267	до 71	до 138
Помірний	267-347	71-52	138-157
Високий	348-402	51-33	158-167
Дуже високий	понад 402	менше 33	понад 167

Комплексна оцінка ризику конкретної психопатологічної симптоматики провадиться шляхом співставлення результатів оцінки за кожною шкалою.

**Висновок.** Таким чином, аналіз показників за різними сферами, що включають вплив психоемоційного та психосоціального стресу, соціально-психологічних факторів, а також предиспозиційно-біологічних факторів, дає можливість передбачати і кількісно оцінити ризик виникнення психопатологічної симптоматики у працівників флоту. Дані нашого дослідження можуть використовуватися в практиці охорони здоров'я для виявлення контингенту ризику щодо розвитку психопатологічної симптоматики.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Оніщенко Н.В., Побідаш А.Ю., Тімченко О.В., Христенко В.Є. (2012). Психологічні особливості життєвої стійкості моряків – жертв піратського полону: монографія. Х.: НУЦЗУ, 294.

2. Tavacıoğlu, L., Taç, U., Eski, Ö., & Gökmen, N. (2019). Burnout and job satisfaction among Turkish oceangoing seafarers. *International maritime health*, 70(4), 232–238. <https://doi.org/10.5603/IMH.2019.0037>

3. Jezewska, M., Leszczyńska, I., & Jaremin, B. (2006). Work-related stress at sea self estimation by maritime students and officers. *International maritime health*, 57(1–4), 66–75.

4. Borovnik M. (2011). Occupational health and safety of merchant seafarers from Kiribati and Tuvalu. *Asia Pacific viewpoint*, 52(3), 333–346. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8373.2011.01459.x>

5. Oldenburg, M., Jensen, H.J., & Wegner, R. (2013). Burnout syndrome in seafarers in the merchant marine service. *International archives of occupational and environmental health*, 86(4), 407–416. <https://doi.org/10.1007/s00420-012-0771-7>.

6. Carotenuto A., Molino I., Fasanaro A.M., Amenta F. (2012). Psychological stress in seafarers: a review. *International Maritime Health*, Vol. 63(4), 188–194.

#### КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У МОРЯКОВ ДАЛЬНЕГО ПЛАВАНИЯ

К.А. Косенко

Цель работы – разработка технологии комплексной оценки риска развития пограничных психических расстройств у моряков дальнего плавания.

В течение 2016–2019 г. обследовано 110 офицеров командного состава морского торгового флота, 90 матросов морского торгового флота, 70 представителей командного звена морского пассажирского флота и 30 рядовых морского пассажирского флота. Все обследованные были мужчинами, гражданами Украины. Исследование включало использование

клинико-психопатологического, психометрического и психодиагностического методов.

В результате работы выявлен механизм клинико-патогенетического взаимодействия психопатологических, предиспозиционно-биологических, стрессовых и социально-психологических факторов и их соотношение в механизмах развития пограничных психических расстройств у моряков дальнего плавания, на основе чего обоснована технология комплексной оценки риска их развития. Выделены и рассчитаны стрессовый, социально-психологический и предиспозиционно-

биологический кластеры, оказывающие влияние на развитие психопатологической симптоматики пограничных психических расстройств, на основе чего предложено оценочную шкалу для определения вероятной степени выраженности психопатологической симптоматики по четырем основным направлениям: соматизация, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессия и тревожность.

Разработанная технология может использоваться в практике здравоохранения для выявления контингента риска развития психопатологической симптоматики.

**Ключевые слова:** моряки дальнего плавания, пограничные психические расстройства, комплексная оценка риска развития пограничных психических расстройств.

## COMPREHENSIVE RISK ASSESSMENT OF THE DEVELOPMENT OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS IN SAILORS OF LONG-DISTANCE VOYAGES

**K.A. Kosenko**

*The purpose of the work* is to develop a technology for comprehensive risk assessment of the development of borderline mental disorders in sailors of long-distance voyages.

During 2016–2019, 110 officers of the command staff of the Merchant Fleet, 90 workers of the Merchant Fleet, 70 representatives of the command unit of the Passenger-Carrying Fleet and 30 sailors of the Passenger-Carrying Fleet were examined. All surveyed people were men, citizens of Ukraine. The study included the use of clinical and psychopathological, psychometric and psychodiagnostic methods.

As a result, the mechanism of clinical and pathogenetic interaction of psychopathological, predisposition-biological, stress and socio-psychological factors and their correlation in the mechanisms of development of borderline mental disorders in sailors of long-distance voyages has been found out, on the basis of which the

technology of comprehensive risk assessment of their development has been substantiated. Stress, socio-psychological and predisposition-biological clusters that influence the development of psychopathological symptoms of borderline mental disorders have been identified and calculated, on the basis of which an evaluation scale is proposed to determine the probable severity of psychopathological symptoms in four main areas: somatization, obsessive-compulsive disorders, depression and anxiety.

The developed technology can be used in health care practice to identify the contingent of risk for the development of psychopathological symptoms.

**Key words:** sailors of long-distance voyages, borderline mental disorders, comprehensive risk assessment of the development of borderline mental disorders.

*Принято до друку 05.11.2019*

## АНАЛІЗ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ З АДАПТАЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Метою статті було здійснення порівняльного аналізу стратегій копінг-поведінки у цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, для обґрунтування диференціації терапевтичних підходів при наданні ним спеціалізованої медичної допомоги.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 109 осіб, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту – до групи 1 (Г1) увійшло 6 дружин загиблих військовослужбовців; до групи 2 (Г2) було включено матерів, батьків і дружин учасників бойових дій (УБД), які повернулися до мирного життя – всього 71 особа; до групи 3 (Г3) – 32 внутрішньопереміщених осіб (12 чоловіків і 20 жінок). У всіх обстежених були діагностовані порушення психіки кластера F43.2 – адаптаційні розлади.

В ході роботи було виявлено, що родичам загиблих бійців притаманні вищі показники конструктивних копінг-стратегій (планування вирішення проблеми) та стратегії позитивної переоцінки (в рамках якої загибель родича розглядається як подвиг, жертва, принесена воїном для захисту держави від зовнішньої агресії), порівняно з іншими групами. У родичів військовослужбовців, які повернулися після участі у бойових діях, виявлено домінування стратегій самоконтролю, планування вирішення проблеми, позитивної переоцінки з пошуком соціальної підтримки, що може бути відображенням адаптації до нових умов, пов'язаних з поверненням родича з фронту. У внутрішньопереміщених осіб виявлено домінування стратегії планування вирішення проблеми, що може бути пояснене переважно впливом соціально-психологічних факторів: необхідністю покладатися насамперед на себе, недостатнім рівнем підтримки з боку держави, байдужим (а інколи й ворожим) ставленням нового оточення; закономірним у цьому сенсі є поєднання цієї стратегії з дистанціюванням і самоконтролем.

Виявлені особливості повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для даного контингенту.

**Ключові слова:** адаптаційні розлади, родичі учасників бойових дій, переселенці, копінг-стратегії.

**Вступ.** Суспільно-політичні процеси останніх років, насамперед, збройний конфлікт з Російською Федерацією на Сході України, зумовили глобальні трансформації у психоемоційній сфері українців і породили ряд нових соціально-психологічних явищ, у тому числі й небезпечних для психічного здоров'я, що значно підвищують ризик розвитку неспокійних психічних розладів [1–3]. Одним з найбільш важливих в цьому аспекті подій є поява нової соціальної групи – внутрішньопереміщених осіб (ВПО), що змушені були покинути місце постійного проживання внаслідок російської окупації або загрози насильства чи порушення їх прав через збройну агресію [4, 5]. Іншою психологічно вразливою соціальною групою, поява якої зумовлена збройним конфліктом на Сході України, є родичі військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях [6]; вони піддаються впливу потужного психоемоційного стресу, відчувають виражене емоційне напруження і, за умови розвитку неспокійних психічних розладів,

потребують особливих підходів при наданні ним спеціалізованої медичної допомоги [5].

**Метою** даної роботи було здійснення порівняльного аналізу стратегій копінг-поведінки у цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, для обґрунтування диференціації терапевтичних підходів при наданні ним спеціалізованої медичної допомоги.

**Контингент і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, було обстежено 109 осіб, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту – вдови військовослужбовців, які загинули під час участі в бойових діях, референтні родичі учасників бойових дій (УБД), які повернулись до мирного життя, та ВПО. Було сформовано три групи: до групи 1 (Г1) увійшло 6 дружин загиблих військовослужбовців; до групи 2 (Г2) було включено матерів, батьків і дружин УБД – всього 71 особа; до групи 3 (Г3) – 32 переселенців-ВПО (12 чоловіків і 20 жінок). У всіх обстежених були