

ISSN 2410-7484

Т. 22, 2 (85)' 2016

Науково-практичний журнал

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARHIV PSIHATRIYI

Vol. 22, no. 2 (85)' 2016



WWW.UNDISSPN.ORG.UA

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 22, № 2 (85) '2016

Заснований у листопаді 1995 р. (виходить 4 рази на рік)

Головний редактор І.Я. Пінчук
Заступник головного редактора О.О. Хаустова
Випусковий редактор І.Ф. Здорик



Редакційна колегія

Абдяхімова Ц.Б., Булахова Л.О., Марценковський І.А., Олійник О.П., Осуховська О.С., Пішель В.Я., Полив'яна М.Ю., Полшкова С.Г., Ревенок О.А., Степанова Н.М., Суховій О.О. Табачников С.І., Харченко Є.М., Чабан О.С., Шум С.С., Цюмік О.В.

Редакційна рада

К.В. Аймедов (Україна), Х. Бергер (Німеччина), В.С. Бітенський (Україна), П.В. Волошин (Україна), Н.О. Дзеружинська (Україна), С.К. Євтушенко (Україна), Б.Б. Івнєв (Україна), З. Каспер (Австрія), О.Г. Князевич (Україна), Г.М. Кожина (Україна), І. Куценко (США), О.А. Левада (Україна), І.В. Лінський (Україна), М.В. Маркова (Україна), Н.О. Марута (Україна), Р.А. Моїсеєнко (Україна), О.К. Напрєєнко (Україна), М.М. Пустовойт (Україна), Н.Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білорусь), Р. ван Ворен (Нідерланди), Н. Скокаускас (Норвегія), О.Ю. Табачников (Україна), Д. Томас (США), Л.М. Юр'єва (Україна), О.О. Фільц (Україна), В.В. Чайковська, (Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фрідмонт (США)

Засновник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Свідцтво про державну реєстрацію КВ № 16431-4903 ПР від 15.02.2010 р.

Журнал «Архів психіатрії» внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних наук (наказ Міністерства освіти і науки України 09.03.2016 №241).

Журнал представлений у міжнародній базі даних Google Scholar.

Адреса редакції

Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Тел./факс: (044) 503-87-80
e-mail: ifzdoryk@gmail.com, www.undisspn.org.ua

Видавець

ТОВ «Медікс Груп»
Свідцтво про державну реєстрацію КВ № 20786-10586 ПР від 13.06.2014 року, видане Міністерством юстиції України

Адреса видавця

03169, м. Київ, вул. Московська, 44/1, оф. 35
тел. (044) 246-09-60
e-mail: info@health-medix.com

Дизайн обкладинки: *Баранов І.*
Редактор-коректор: *Капкаєва Л.*
Комп'ютерна верстка: *Баранов І.*

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 5 від 25.05.2016 р.).
Надруковано ТОВ «Торговий дім «Ре:Агент» Медіа Маркетинг Груп», 04119, м. Київ, вул. Сім'ї Хохлових, 15
Формат 60x84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».
Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 85.

Редакція може публікувати матеріали, не розділяючи точки зору авторів.

За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Статті з позначкою* публікуються на правах реклами. Цілковите або часткове копіювання у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише за письмового дозволу редакції.

Рукописи не повертаються і не рецензуються. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

© Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, 2016.

ARHIV PSIHIATRIYI • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal

Vol. 22, no. 2 (85) '2016

Founded in November, 1995

The journal is published four times a year

Chief editor I.Ya. Pinchuk

Deputy chief editor O.O. Khaustova

Publishing editor I.F. Zdoryk



Editorial staff

Abdriakhimova C.B., Bulakhova L.O., Martsenkovsky I.A., Oliynyk O.P., Osukhovska O.S., Pishel V.Ia., Polyviana M.Yu., Polshkova S.H., Revenok O.A., Stepanova N.M., Sukhovii O.O., Tabachnikov S.I., Kharchenko Ye.M., Chaban O.S., Shum S.S., Tsiomik O.V.

Editorial board

K.V. Aimerov (Ukraine), Kh. Berher (Germany), V.S. Bitsenskyi (Ukraine), P.V. Voloshyn (Ukraine), N.O. Dzeruzhynska (Ukraine), S.K. Yevtushenko (Ukraine), B.B. Ivniev (Ukraine), Z. Kasper (Austria), O.G. Kniazevych (Ukraine), G.M. Kozhyna (Ukraine), I. Kutsenok (USA), O.A. Levada (Ukraine), I.V. Linskyi (Ukraine), M.V. Markova (Ukraine), N.O. Maruta (Ukraine), R.A. Moiseienko (Ukraine), O.K. Napryeyenko (Ukraine), M.M. Pustovoyt (Ukraine), N.G. Pshuk (Ukraine), P. Rynkov (Belarus), R. van Voren (Netherlands), N. Skokauskas (Norway), O.Yu. Tabachnikov (Ukraine), D. Tomas (USA), L.M. Yurieva (Ukraine), O.O. Filts (Ukraine), V.V. Chaikovska, (Ukraine), D. Uhrin (UK), V. Fridmont (USA).

Founder

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine

Certificate for state registration of print mass media KV № 6431-4903 PR, date 15 Feb, 2010

The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of theses are allowed to be published (The Resolution of the Ministry of Education and Science of Ukraine 09.03.2016 №241).

The Journal is presented in international database Google Scholar.

Address of editorial office

Ukraine, 04080, Kyiv, Frunze str., 103

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine

tel. (044) 503-87-80

web-site of the journal www.undisspn.org.ua

e-mail: ifzdoryk@gmail.com

Publisher

Ltd. «Medix Group»

Certificate for state registration of print mass media KV № 20786-10586 PR, date 13 Jun, 2014, issued by the Ministry of Justice of Ukraine

Address of publisher

Ukraine, 03169, Kyiv, Moskovska str., 44/1, office 35

tel. (044) 246-09-60

e-mail: info@health-medix.com

Cover design by *Baranov I.*

Editor-correction *Kapkaieva L.*

Page-proofs by *Baranov I.*

Approved for publication by the Academic Council of Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine (protocol № 5 dated 25 May 2016).

Printed Ltd. «Trade House «Re:Agent» Media Marketing Group», 04119, Kyiv, Sim'i Khokhlovykh str., 15

Format 60x84/8. Offset print. Offset paper. Headset «Minion Pro».

Editors can publish materials without sharing the point of view of the authors.

The reliability of the facts, quotations, names, place names and other data correspond to the authors. Articles marked *published as advertisements. The entire or partial copy in any way material published in this publication is permitted only with written permission of the publisher.

Manuscripts will not be returned and not reviewed. The advertiser is responsibility for the content of advertising material.

**ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ**

<i>В.Г. Безшейко</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ ІЗ КОМОРИДНИМИ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ З АКЦЕНТОМ НА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ	7
<i>О.В. Богомолец, І.Я. Пінчук, А.К. Ладик-Бризгалова</i> ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	11
<i>Є.Ю. Вербицький, Ю.О. Євтушенко</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАКТИВНОЇ ДЕПРЕСІЇ В СТРУКТУРІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ..	16

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>І.Я. Пінчук, О.О. Петриченко, О.В. Колодежний, І.Ф. Здорик</i> ДИНАМІКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В ПЕРІОД 2013–2015 РР.	20
<i>І.Я. Пінчук, Н.М. Степанова, О.В. Колодежний, І.Ф. Здорик</i> АНАЛІЗ СИСТЕМ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я КРАЇН – ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ТА УКРАЇНИ.	28

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>О.В. Кіосєва</i> ФУНКЦІОНАЛЬНІСТЬ СІМЕЙНОЇ СИСТЕМИ ЯК ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ ФАКТОР ПРЕДИКЦІЇ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ	40
<i>Н.О. Дзеружинська, В.О. Ломтева, О.К. Малютіна</i> ПСИХООСВІТА ЯК КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ .	46
<i>О.А. Левада, А.С. Троян</i> ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЕЛИКОГО СУДИННОГО НЕЙРОКОГНІТИВНОГО РОЗЛАДУ ЗА ОСТАННІ ДЕСЯТЬ РОКІВ: СТИСЛИЙ ОГЛЯД.	50
<i>М.В. Савіна</i> РІВЕНЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ І ПАТОЛОГІЧНОЇ ТРИВОГИ У ПОДРУЖЖІВ В РОДИНАХ ЖІНОК З РІЗНИМ СТАНОМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї	55

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>О.О. Молчанова, Н.О. Дзеружинська</i> НЕЙРОБІОЛОГІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	60
<i>Ю.А. Крамар</i> СЕРЕДОВИЩНІ ФАКТОРИ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ МАНІФЕСТАЦІЇ ТА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ШИЗОФРЕНІЇ	65
<i>О.М. Мишаківська</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ДЕМЕНЦІЄЮ, ЯКІ ТРИВАЛО ПЕРЕБУВАЮТЬ У МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ: РЕЗУЛЬТАТИ 6-МІСЯЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ. .	68
<i>О.І. Серікова, О.В. Скринник</i> СТРУКТУРА РЕМІСІЇ ПРИ БІПОЛЯРНОМУ АФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ПЕРЕНЕСЕНОГО ЕПІЗОДУ.	76

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>С.С. Кирилюк</i> «ПОРОБЛЕНО» ЯК КУЛЬТУРАЛЬНО СПЕЦИФІЧНИЙ ФЕНОМЕН ПСИХОЛОГІЧНОГО ОПРАЦЮВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТРАЖДАННЯ	80
<i>І.Р. Мухаровська</i> ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЗАСАДИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЯМ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ.	83
<i>М.В. Литвиненко</i> ОСОБЛИВОСТІ МІЖСОБІСТИСНИХ СТОСУНКІВ ХВОРИХ НА АКНЕ	88
<i>М.Ю. Вахтенков</i> ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ЯК ТРИГЕРНИЙ ФАКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	91

**PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE
TO MILITARY MEN
AND CIVILIANS DURING WARTIME**

<i>V.H. Bezsheiko</i> PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY FOR IMPROVING QUALITY OF LIFE	7
<i>O.V. Bogomolets, I.Ya. Pinchuk, A.K. Ladyk-Bryzgalova</i> PREVALENCE AND STRUCTURE OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS OF COMBATANTS	11
<i>E.J. Verbitsky, I.O. Evtushenko</i> CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURE OF REACTIVE DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC MENTAL STRESS-ASSOCIATED DISORDERS IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS FROM THE AREA ANTITERRORIST OPERATIONS IN LUGANSK REGION	16

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>I.Ya. Pinchuk, O.O. Petrichenko, O.V. Kolodezhny, I.F. Zdoryk</i> DYNAMICS OF THE MENTAL HEALTH OF POPULATION OF UKRAINE DURING 2013-2015	20
<i>I.Ya. Pinchuk, N.M. Stepanova, O.V. Kolodezhny, I.F. Zdoryk</i> ANALYSIS OF SYSTEMS OF MENTAL HEALTH CARE OF COUNTRIES – MEMBERS OF THE EUROPEAN UNION AND UKRAINE	28

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>O.V. Kioseva</i> FAMILY SYSTEM FUNCTIONALITY AS PSYCHOSOCIAL PREDICATES FACTORS OF STUDENTS' ADJUSTMENT DISORDER	40
<i>N.O. Dzeruzhinskaya, V.O. Lomteva, A.K. Malutina</i> PSYCHOEDUCATION AS CLINICAL AND SOCIAL DIMENSION OF REHABILITATION PROGRAMS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA	46
<i>O.A. Levada, A.S. Troyan</i> EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MAJOR VASCULAR NEUROCOGNITIVE DISORDER OVER THE LAST 10 YEARS: A BRIEF REVIEW	50
<i>M.V. Savina</i> PSYCHOSOCIAL STRESS LEVEL AND PATHOLOGICAL ANXIETY IN OF MARRIED COUPLES IN FAMILIES WITH DIFFERENT FAMILY HEALTH STATE AND ADDICTIVE BEHAVIOUR IN WOMEN	55

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>O.O. Molchanova, N.O. Dzeruzhinskaya</i> NEUROBIOLOGY OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	60
<i>Y.A. Kramar</i> ENVIRONMENT FACTORS, WHICH PROMOTE ONSET AND RISK OF SCHIZOPHRENIA	65
<i>O.M. Myshakivska</i> CHARACTERISTICS OF THE MENTAL STATE INPATIENTS WITH DEMENTIA: RESULTS OF THE 6-MONTH OBSERVATION.	68
<i>O.I. Syerikova, O.V. Skrynnyk</i> REMISSIONS' STRUCTURE IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER DEPENDING ON TYPE OF EPISODE ...	76

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>S.S. Kyrlyuk</i> «SOMEONE MADE IT TO ME» AS A CULTURALLY SPECIFIC PHENOMENON PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF DEPRESSIVE SUFFERING	80
<i>I.R. Mukharovska</i> BACKGROUND AND PRINCIPLES OF PSYCHOLOGICAL HELP FOR DOCTORS IN ONCOLOGY SERVICE.	83
<i>M.V. Litvinenko</i> FEATURES OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN PATIENTS WITH ACNE	88
<i>M.Y. Vahnenkov</i> POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AS TRIGGER FACTOR OF DIABETES	91

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

Т.М. Радченко
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ В ОЦІНЦІ
ПРОГРЕДІЄНТНОСТІ ОПОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК 98

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

ВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я 104

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

T.M. Radchenko
CLINICAL AND LABORATORY TECHNIQUES IN EVALUATION
OF PROGREDIENT OPIOID DEPENDENCE IN WOMEN 98

CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS

FROM THE SPECIALIZED PSYCHIATRIC CARE
TO THE MENTAL HEALTH SYSTEM. 104

ТЕЗИ

ТЕЗИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я», 14-15 КВІТНЯ 2016 Р., М. КИЇВ

Н.Ю. Васильєва
СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ
ДІЯНЬ ТА ВПЛИВ СИТУАЦІЙНОГО ЧИННИКА
НА КРИМІНАЛЬНУ АГРЕСІЮ ЖІНОК 109

К.В. Гузенко
РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ПРИ БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ 110

Н.В. Коваленко
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ
У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ 111

І.Г. Мудренко
ДО АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ
ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ДЕМЕНЦІЯМИ 112

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Ю.О. Євтушенко
НЕПАРАМЕТРИЧНІ КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ВМІСТОМ
ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ТА ІНТЕНСИВНІСТЮ
ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ СИРОВАТКИ КРОВІ
У ХВОРИХ НА ОПОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ. 113

В.В. Огоренко
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ
ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ
ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ 113

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД
ТА ПСИХОТИЧНІ ПРОЯВИ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ. 114

О.В. Прохорова
СИНДРОМ ВИКОНАВЧОЇ ДИСФУНКЦІЇ
У СТРУКТУРІ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ 115

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Ю.О. Євтушенко
ВИКОРИСТАННЯ ДИСКРИМІНАНТНОГО АНАЛІЗУ
В СТВОРЕННІ АЛГОРИТМУ ПРОГНОЗУВАННЯ
АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ 116

Н.В. Чередніченко, О.А. Левада
ЗНАЧЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ВИКЛИКАНОГО КОГНІТИВНОГО
ПОТЕНЦІАЛУ Р300 ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ
ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ТИПІВ М'ЯКИХ
НЕЙРОКОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ 116

Я.Ю. Марункевич
ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЗОПОДІБНИХ РОЗЛАДІВ
СУДИННОГО ГЕНЕЗУ 117

О.О. Стойка, Н.М. Козут
ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА ЛІКАРІВ-САНОЛОГІВ
МІСТА КИЄВА ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ 118

С.В. Римша, О.О. Комаринська
ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ВИВЧЕННЯ ПРОТЕЇНУ S 100
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ В ПСИХІАТРІЇ 119

В.С. Підкоритов, Н.А. Байбарак
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ
НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З СУПУТНЬОЮ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ. 120

О.І. Серікова, С.О. Український, О.В. Скринник,
О.С. Серікова, М.М. Марченко
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ
З СУПУТНИМИ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ 121

Ю.А. Блажевич
ІНІЦІАЛЬНИЙ ЕТАП ПСИХОЗУ
(КЛІНІКА, ДИНАМІКА) НА ПРИКЛАДІ ПАЦІЄНТІВ
З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ. 122

А.А. Педак
ЭЛЕМЕНТЫ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ –
«ОТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ – К СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ» 123

А.М. Кушнір
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ,
ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ
ЗА ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧНИМ МЕХАНІЗМОМ 124

Б.В. Михайлов, О.М. Зінченко, І.М. Сарвір, О.І. Кудінова,
І.Д. Вашикіте, Т.А. Алієва
ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО
СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ АТО 125

Д.А. Волощук
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД
ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ 126

Л.Н. Юрьєва, А.И. Мамчур, А.Н. Лазаренко, С.И. Гуца, Т.В. Сясева
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ
ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ 127

К.В. Аймедов, А.Е. Волощук, Ю.О. Асєєва, О.А. Толмачов
СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА КОНЦЕПЦІЯ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ 128

С.М. Міненко
ВПЛИВ ПІРАЦЕТАМУ НА ПОКАЗНИКИ АУТОІМУННОЇ
ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЗАТЯЖНІ
ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ 129

О.І. Масік
ТРИГЕРНА РОЛЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ
У РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПІДЛІТКІВ 130

С.В. Римша, Н.В. Раціборинська-Полякова
ОСОБИСТІСНИЙ РЕСУРС ПСИХІЧНО ХВОРИХ
ЯК ОСНОВА ПЕРЕХОДУ ДО СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я 131

Н.В. Раціборинська-Полякова
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ
ДОПОМОГИ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ В АНТИТЕРОРИСТИЧНИЙ
ОПЕРАЦІЇ НА БАЗІ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО
КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ ІНВАЛІДІВ ВІЙНИ:
ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ 132

А.Є. Ніколенко
ДІАГНОСТИКА ГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ 133

К.В. Дубовик
СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ РОЗЛАДАМИ МОВЛЕННЕВОГО
РОЗВИТКУ ТА РУХОВИМИ ФУНКЦІЯМИ У ДІТЕЙ І
З ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ
ТА РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ 133

В.С. Підкоритов, О.В. Скринник, С.О. Український,
О.С. Серікова, М.М. Марченко
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ
ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ. 134

О.М. Зборовський
ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ
НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ АТО 135

Б.В. Михайлов, Я.В. Криворотько, О.П. Михайлік,
О.А. Спасібухов, А.А. Галаченко
ПОЄДНАНА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ
ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ 136

ВИМОГИ ДО ОПУБЛІКУВАННЯ СТАТЕЙ

До опублікування в журналі «Архів психіатрії» приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, короткі повідомлення, рецензії.

У журналі розміщуються роботи з проблем соціальної, судової психіатрії та наркології, медичної психології, психотерапії та сексології. Публікуються роботи з питань організації та управління психіатричною службою, інформаційні повідомлення про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції, семінари.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, які не публікувалися раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами. Матеріали, подані англійською мовою, розглядаються першочергово та публікуються на спеціальних умовах.

До статті слід додати офіційне направлення від установи, в якій виконано роботу. На першій сторінці статті має стояти підпис наукового керівника, завірений круглою печаткою установи. На останній сторінці статті мають стояти підписи всіх авторів.

Титульний аркуш

має містити таку інформацію:

- 1) код УДК;
- 2) назва статті, сформульована максимально інформативно та лаконічно;
- 3) прізвище, ім'я та по батькові, науковий ступінь, вчене звання, місце роботи, e-mail кожного з авторів (подається трьома мовами – українською, російською та англійською);
- 4) повна назва установи й відділу (кафедри), де виконано роботу;
- 5) прізвище, ім'я, по батькові, повна поштова адреса, номери телефону, факсу, електронна адреса автора, відповідального за контакти з редакцією; повні професійні посади (регалії) та академічні звання автора та співавторів повинні додаватись на окремій сторінці і є обов'язковим додатком до статті.

Текст. Обсяг оригінальної статті не повинен перевищувати 10–12 сторінок формату А4 у редакторі Microsoft Word 1997–2003, обсяг коротких повідомлень і заміток з практики – 3–4 сторінки. Обсяг лекцій та оглядів не має перевищувати 12–15 сторінок. Текст статті має бути набраний у форматі «.doc». Роботи слід друкувати шрифтом Times New Roman, кеглем 14, через 1,5 інтервалу, з полями: зліва – 3 см, справа – 1,5 см, зверху та знизу – по 2 см.

Викладення матеріалу в роботі повинно бути чітким і послідовним, містити такі розділи:

- Індекс **УДК** (розширений; УДК виду: 616.89 – не допускаються).

- **Ініціали та прізвища авторів.**

- **Назва статті.**

- **Місце роботи авторів.**

- **e-mail.**

- **Резюме.** Подається **трьома** мовами (українською, російською та англійською) та має бути структурованим:

- а) актуальність (background);

- б) мета дослідження (objective);

- в) матеріали й методи (methods and materials);

- г) результати (results);

- д) висновки (conclusions);

- е) ключові слова (key words) (до 5 слів).

Обсяг резюме має становити не менше **150 слів** (назва статті та ключові слова не враховуються). Ключові слова, що сприяють індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах. Назва статті, резюме та ключові слова мають бути викладені трьома мовами (українською, російською, англійською).

- **Актуальність.** Обґрунтувати актуальність дослідження, коротко висвітлити ситуацію щодо проблеми з посиланнями на вітчизняні та іноземні публікації за останні 5–10 років.

- **Мета.**

- **Матеріали та методи дослідження.** Навести кількісні та якісні характеристики досліджених груп осіб, зазначити методи досліджень, застосованих у роботі, включаючи методи статистичного аналізу даних.

- **Результати та їх обговорення.** Результати мають бути викладені у логічній послідовності в тексті, таблицях і на рисунках. Дані з таблиць і рисунків не мають дублюватись у тексті, слід зазначити тільки найважливіші з них. У рисунках не слід повторювати дані, наведені в таблицях. Підписи до рисунків та опис деталей на них подавати під рисунками, з відповідною нумерацією. Одиниці вимірювання мають відповідати Міжнародній системі одиниць (СИ).

- **Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямі.** Висновки статті повинні бути її логічним завершенням та містити ключові позиції статті, які читач може взяти за інформативну основу.

- **Таблиці** повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту, бути пронумерованими, заголовки граф мають точно відповідати їхньому змістові, а дані в таблицях – посиланням на

них у тексті. Всім рисункам та таблицям у тексті статті повинні передувати відповідні посилання, зазначені в дужках, наприклад: (рис. 1), (табл. 1). Слід зазначати статистичні методи, використані для відображення варіабельності даних і достовірності відмінностей. Не припускаються скорочення в графах, окрім визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила». Усі роз'яснення, включаючи розшифрування аббревіатур, слід подавати у виносках.

- **Ілюстрації** (рисунки, діаграми, фотографії) надаються у двох примірниках. Зі зворотного боку рисунків олівцем слід зазначити прізвище першого автора, номер рисунка, позначення верху рисунка. Рисунки не мають бути перевантажені текстовими написами. Якщо ілюстрації подаються в електронному вигляді, вони мають бути збережені в форматі JPG (300–600 dpi). Ілюстрації (графіки, діаграми, формули) мають бути чіткими, фотографії – контрастними. Малюнки й таблиці не повинні дублювати один одного. У графіках і діаграмах має бути зазначено, що дано на осях координат, на наведених кривих тощо.
- **Скорочення.** Не є припустимим скорочення слів, назв (крім загальноприйнятих скорочень мір фізичних, хімічних, а також математичних одиниць і термінів, та скорочень, визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила» та ГОСТ 7.12.93 «Библиографическая запись. Сокращения слов на русском языке. Общие требования и правила»). Міри подаються за Міжнародною системою одиниць (СИ) в українському / російському позначенні.
- **Список використаної літератури** формується двома блоками: традиційним та додатковим для закордонних баз даних.

Традиційний блок списку літератури оформлюється в один із таких способів: 1) у порядку появи посилань у тексті; 2) в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків; 3) у хронологічному порядку.

Бібліографічний опис джерел слід складати відповідно до чинних стандартів з бібліотечної та видавничої справи, міжнародних і державного стандартів з обов'язковим наведенням назв праць. Зокрема, потрібну інформацію можна одержати із таких міждержавних і державних стандартів:

- ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання (ГОСТ 7.1–2003, IDT)»;
- ДСТУ 3582–97 «Інформація та документація. Скорочення слів в українській мові у бібліогра-

фічному описі. Загальні вимоги та правила»;

- ДСТУ 6095:2009 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Правила скорочення заголовків і слів у заголовках публікації (ГОСТ 7.88–2003, MOD)»;
- ДСТУ 7093:2009 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Скорочення слів і словосполук, поданих іноземними європейськими мовами»;
- ГОСТ 7.12–93 «СИБИД. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила»;
- ГОСТ 7.11–78 «СИБИД. Сокращение слов и словосочетаний на иностранных европейских языках в библиографическом описании».

Список літератури («References») для закордонних баз даних має відповідати за змістом та порядком розташування джерел списку літератури, оформленому згідно державних стандартів, та оформлюється за міжнародним бібліографічним стандартом АРА (<http://www.bibme.org/citation-guide/APA/book>).

ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПУБЛІКАЦІЙ

- Усі статті, подані до редакційної колегії, підлягають рецензуванню.
- Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.
- Редакційна колегія правомірна здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх, за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.
- Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематиці журналу, без додаткових повідомлень або роз'яснень.

НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

Назва надісланого електронного файлу з публікацією – латиницею, за прізвищем першого автора.

У випадку невиконання зазначених вище вимог матеріали публікуватися не будуть.

УВАГА! Статті та тези приймаються за електронною адресою ifzdoryk@gmail.com. Після розгляду редакційною колегією та винесення висновку щодо затвердження матеріалу до публікації автору буде повідомлено про це листом за електронною адресою, яка вказана для комунікації.

У разі виникнення запитань та для отримання додаткової інформації – звертатися до Ірини Федорівни ЗДОРИК за електронною адресою: ifzdoryk@gmail.com або за телефоном (044) 503-87-80.

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.895 + 616.8-085.851

В.Г. Безшейко

ПСИХОЛОГІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДАХ ІЗ КОМОРБІДНИМИ ПСИХІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ З АКЦЕНТОМ НА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

vitaliybezsh@gmail.com

Актуальність. Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом часто мають також коморбідні симптоми тривожних розладів або депресивного епізоду. Крім того, разом з ПТСР часто спостерігається значне погіршення якості життя, обумовлене тяжкістю симптоматики, наявністю неефективних копінг-стратегій боротьби із симптомами, наявністю ресурсів, соціальною підтримкою тощо. Ці особливості, в свою чергу, вимагають від клініциста уважної оцінки наявності вказаних порушень та подальшої їх корекції.

Методи і матеріали. Ми представили клінічний випадок пацієнтки з ПТСР і коморбідною тривогою. Її обстеження проводили в рамках дослідження, присвяченого розробці моделі комплексної медико-психологічної допомоги пацієнтам з ПТСР після перебування в зоні бойових дій. Для оцінки стану ми використовували опитувальник за симптомами ПТСР (PTSD Checklist-5 або PLC-5), Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) і шкалу якості життя (SF-36). Після оцінки стану пацієнт пройшов курс короткострокової когнітивно-поведінкової терапії, модифікованої нами для лікування ПТСР.

Результати. Після курсу короткострокової когнітивно-поведінкової терапії ми відзначили у пацієнта істотне поліпшення симптомів ПТСР, зниження рівня тривоги до субпорогового (за HADS) і суттєве поліпшення якості життя, особливо в психологічних доменах. Поліпшення за шкалами PTSD Checklist і HADS (тривога) були клінічно значимими ($\geq 50\%$).

Висновки. Короткострокова когнітивно-поведінкова терапія, модифікована для застосування при постстресових розладах, є ефективним методом лікування як ПТСР, так і коморбідної тривожної симптоматики та поліпшення якості життя, що було продемонстровано нами на конкретному клінічному прикладі.

Ключові слова:

ПТСР, когнітивно-поведінкова терапія, якість життя, депресія, тривога, психологічні інтервенції, клінічний випадок.

Актуальність. Пацієнти із ПТСР мають високий ризик розвитку супутніх психічних розладів, з яких найпоширенішими є депресія, зловживання алкоголем і / або залежність та тривожні розлади. При обстеженні 108 підлітків, які пережили стихійне лихо, N. Kar та B.K. Bastia (2006) відзначили розвиток ПТСР у 21,7%, депресивного епізоду – також у 21,7%, генералізованого тривожного розладу – у 10%. При ПТСР дуже часто спостерігають коморбідні симптоми, а саме ангедонію (у 62,1%), підвищену втомлюваність (51,7%), суїцидальні ідеї (34,5%), тривогу (93,1%), труднощі із самозаспокоєнням (93,1%), дратівливість (57,9%). Ці симптоми при ПТСР спостерігають достовірно частіше, ніж у осіб без депресії [1].

Існують також дані про високу поширеність обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) у пацієнтів з ПТСР. ПТСР та ОКР мають подібні елементи в симптоматиці та етіології. Крім цього, і при ПТСР, і при ОКР спостерігають повторювані нав'язливі думки, що викликають стрес, які складно нейтралізувати, унікаючу поведінку, спрямовану на необхідність минути будь-які ситуації, що потенційно можуть заподіяти страждання. На додаток, ці розлади включають в себе моделі поведінки (ритуали), які виконуються для того, щоб зменшити занепокоєння [2]. ПТСР і ОКР також пов'язані з негативними думками і спогадами, які викликають і підсилюють тривогу, призводячи до маркування стимулів і ситуацій як загрозливих [3].

Інші автори вважають, що повторювані ідеї, думки й образи при ОКР перекривають поточні нав'язливі спогади ПТСР і не вказують на коморбідність цих двох захворювань [4, 5]. У нещодавно проведених дослідженнях була поставлена мета вивчити величину і значимість коморбідності ОКР і ПТСР після травматичної події. Серед пацієнтів з ОКР перехресні спостереження показали, що діапазон ПТСР становить від 12 до 75% [5].

ПТСР є комплексним полігенним психічним захворюванням, що залежить від впливу середовищних та генетичних факторів. Травматичні події, які можуть викликати ПТСР, включають масові сцени вбивства, міжнародні, громадянські, політичні, етнічні та релігійні війни, геноциди, природні та техногенні катастрофи, серйозні нещасні випадки, терористичні акти, позбавлення волі, торгівлю людьми, сексуальне насильство, серйозну медичну хворобу, травму, операцію, викрадення людей тощо. Для пацієнтів з ПТСР характерні тяжкий емоційний стан, різке зниження адаптивних можливостей і когнітивних функцій. Вони, як правило, складно соціалізуються, ізолюються від суспільства, мають високий ризик розвитку наркотичної та алкогольної залежностей.

Існують докази збільшення споживання алкоголю і сигарет після пережитого стресу [6]. Зростання вживання психоактивних речовин може свідчити про ранні стадії розвитку психічних розладів, пов'язаних з їх прийомом. Знання про чинники, які пов'язані зі збільшенням споживання психоактивних речовин, може допомогти виявити осіб, схильних до ризику, і розробити ранні превентивні заходи. Дослідження серед населення загалом показують, що ПТСР і депресія є потенційними факторами ризику для підвищення вживання психоактивних речовин [7].

Групу дослідників з Німеччини була вивчена кореляція між збільшенням щоденного вживання алкогольних напоїв та сигарет і зростанням симптомів ПТСР і депресії в період післявоєнної служби [8]. Усього 360 солдатів чоловічої статі були обстежені безпосередньо перед військовою службою і через 12 місяців. Для отримання даних використовували композитне міжнародне діагностичне інтерв'ю BOO3 (WMH-CIDI) і стандартизовані анкети. Інформацію про споживання алкоголю і сигарет оцінювали в рамках комплексних розділів WMH-CIDI про прийом психоактивних речовин. Питання стосувалися кількості та частоти вживання алкоголю і сигарет впродовж попередніх 12 місяців, далі розраховували середнє добове споживання етанолу (в грамах) і сигарет (кількість). Для оцінки симптоматики ПТСР використовували анкету для діагностики ПТСР (PCL) і скринінговий опитувальник депресії (DSQ-34).

Були отримані наступні результати. Середня кількість щоденного прийому алкоголю склала 15,9 г (SD = 1,3 г), середня кількість сигарет в день – 8,8 (SD = 0,5 г). Загалом по вибірці щоденне вживання алкоголю скоротилося: середнє зниження – на 3 г (SD = 1,2 г), а щоденне споживання нікотину з часом збільшилося: середнє збільшення – на 1,1 сигарети (SD = 0,4).

Однак після корекції даних з урахуванням травматичного досвіду під час військової служби зростання показників за анкетною PCL було пов'язано із середнім підвищенням на 0,6 г щоденного вживання спирту

($p = 0,005$) і з середнім збільшенням на 0,3 сигарети в день ($p = 0,009$). Обидві кореляції були статистично значущими. Зростання симптомів депресії не асоціювалося зі збільшенням споживання алкоголю чи сигарет у повсякденному житті ($p > 0,05$). Загальне зростання середньодобового прийому психоактивних речовин у контексті військової служби обмежується вживанням сигарет і є незначущим за величиною.

Таким чином, у ході дослідження було виявлено, що збільшення куріння і, особливо, вживання алкоголю відбувається тільки в тих підгрупах солдатів, у яких посилюлися симптоми ПТСР у зв'язку з військовою службою.

У майбутніх дослідженнях необхідно вивчити основні механізми зв'язку між симптомами ПТСР і збільшенням споживання психоактивних речовин. Надалі ці знання можуть стати базою для розробки раннього втручання, а також для запобігання розвитку або загостренню проблем із прийомом психоактивних речовин, оскільки психічні розлади, пов'язані з їх вживанням, призводять до виникнення аутодеструктивної поведінки і підвищують суїцидальний ризик.

Крім того, в недавніх дослідженнях був виявлений значний рівень коморбідності між ПТСР і розладами харчової поведінки. ПТСР асоційований з такими проявами розладів харчової поведінки як ожиріння, недостатня вага, а також порушення звичок харчування, серед яких пропуск прийому їжі або збільшене вживання газованої води і їжі швидкого приготування. Також відзначали такі симптоми як почуття провини після переїдання або заїдання у відповідь на стрес [9].

У пацієнтів, які страждають на ПТСР, порівняно з людьми, що пережили травматичну подію, але без діагнозу ПТСР, було виявлено підвищення індексу маси тіла і рівня холестерину в крові. Ці зміни у вазі і харчовій поведінці, разом з низьким рівнем фізичних навантажень, зловживанням алкоголем і психоактивними речовинами, сприяють погіршенню загального стану здоров'я і показників серцевої діяльності, а також підвищують ризик виникнення метаболічних порушень у пацієнтів з ПТСР, на відміну від тих, у кого розлади харчової поведінки не виражені. Результати дослідження підтверджують справедливості даних про зниження якості життя щодо загального стану фізичного здоров'я в осіб із ПТСР [10].

ПТСР може бути однією з головних причин, яка впливає на якість життя загалом. Страждання, пов'язані з ПТСР, виходять за рамки ознак і симптомів психіатричного захворювання, поширюючись на галузі функціональної, професійної та соціальної адаптації в навколишньому середовищі.

Привертають увагу й коморбідні соматичні захворювання у осіб із ПТСР. Взаємозв'язок між ПТСР та різними параметрами фізичного здоров'я спостерігали на вибірці ветеранів війни у Перській затоці (у 1991 році), у дослідженні, в якому оцінювали різні домени соматичного здоров'я після демобілізації. Їх зниження спостерігали при ПТСР достовірно частіше, це стосувалося майже всіх досліджуваних соматичних симптомів, оцінки здоров'я загалом, фізичного і соціального функціонування [11].

Усі ці дані вказують на необхідність ранньої діагностики психічних розладів, які часто є коморбідними з ПТСР, включаючи депресивний епізод, тривожні розлади

та зловживання алкоголем / психоактивними речовинами. Необхідною є також оцінка якості життя пацієнта для ідентифікації доменів із найгіршими показниками для подальшої прицільної їх корекції, що відповідає клієнт-центрованої концепції надання медико-психологічної допомоги.

Клінічний випадок

Ми обстежили 78 пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, які пройшли курс короткотривалої когнітивно-поведінкової терапії або психологічного консультування із використанням фармакотерапії. За результатами обстеження ми виявили певні закономірності та тенденції, які відображає нижченаведений клінічний випадок. Пацієнт В., жінка середнього віку, звернулася за допомогою у відділення психоневрології ДКЛ № 1 зі скаргами на погане загальне самопочуття, поганий сон із жахіттями, постійне відчуття напруги та неможливість розслабитись. При збиранні анамнезу стало відомо, що пацієнтка 3 місяці тому переїхала із зони проведення АТО, де проживала декілька років. Причиною виїзду, із її слів, було проведення бойових дій поблизу місця її проживання. Також пацієнтка розповіла, що напередодні виїзду її будинок зазнав обстрілу та одна із куль мало не влучила в неї, після чого жінка спустилася у підвал, де провела близько доби. Після закінчення розповіді пацієнтка відмітила «сильне відчуття внутрішньої напруги та страху» і зазначила, що «картинка обстріляного будинку час від часу з'являється перед очима». Зі слів пацієнтки, цей образ часто супроводжується відчуттям, ніби вона знову переживає ту подію.

Жінці було запропоновано пройти обстеження за допомогою опитувальника симптомів ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5), Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та Шкали якості життя (SF-36). Усі шкали є надійними та валідними згідно із результатами досліджень [12–14].

Обстеження за допомогою шкали HADS показало, що пацієнтка має вищий за норму рівень тривоги при відсутності клінічно значимої депресії, оскільки сума набраних балів за цими субшкалами склала 12 та 5 балів відповідно (8 балів – порогове значення).

Обстеження з використанням шкали SF-36 продемонструвало, що пацієнтка має порівняно низьку якість життя. Обстежена набрала 67 балів із 156 можливих (більше – краще). Це обумовлено насамперед низькою оцінкою психологічного компонента здоров'я, включаючи загальне психічне здоров'я, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, соціальним функціонуванням та життєвою активністю. Що стосується фізичного компонента здоров'я, пацієнтка за результатами опитування за 4 субшкалами низько оцінила тільки загальний стан здоров'я.

Згідно із результатами оцінювання за допомогою PTSD Checklist, у пацієнтки виявлено суттєві порушення у всіх 4 доменах ПТСР – симптомах інтрузії (домен В), униканні стимулів, пов'язаних із травматичною подією (домен С), негативних переконаннях та емоціях, пов'язаних із травматичною подією (домен D), змінах активності та реактивності, пов'язаних із травматичною подією (домен Е). Ці симптоми на момент огляду мали тривалість 15 тижнів та виникли після травматичної

події. Вони призводили до суттєвого порушення у соціальному та трудовому функціонуванні та не були спричинені фізіологічними ефектами вживання психоактивних речовин і алкоголю або іншим медичним станом. Отже, у пацієнтки наявні всі діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу.

Для лікування пацієнтки ми використали короткотривалу модифіковану когнітивно-поведінкову терапію. Курс лікування склав 6 сесій, які проводились 1 раз на тиждень. На першому занятті (після оцінки стану пацієнтки, симптомів та мішеней лікування) була надана інформація стосовно формули ABC, де А – активуюча подія у вигляді життєвої ситуації, емоції або думок, В – переконання, пов'язані із цією активуючою подією, її оцінка, та С – наслідки переконань та оцінки у вигляді емоцій та поведінки. Пацієнтку також поінформували стосовно найтипівіших логічних помилок, з акцентом на ті, які часто зустрічаються при ПТСР. Разом із пацієнткою спробували виявити деякі ірраціональні переконання, які призводять до надмірних емоційних реакцій та проблем із адаптацією. Також її навчили проводити прогресивну м'язову релаксацію за Джекобсоном для корекції високого рівня тривоги. Домашнє завдання включало ведення щоденника за формулою ABC з ідентифікацією ірраціональних переконань.

На 2–5 заняттях пацієнтці була надана інформація стосовно найтипівіших неефективних копінг-стратегій боротьби зі стресом, проведена їх ідентифікація та запропонована заміна на ефективні стратегії. Найбільший пласт роботи стосувався зміни ірраціональних переконань, які найчастіше спостерігались у пацієнтки та були пов'язані із симптомами, на раціональні. Для цього використовували метод сократівських запитань та різні техніки оспорювання / диспуту ірраціональних переконань. Після кожного заняття пацієнтці пропонували домашнє завдання у вигляді ведення щоденника за формулою ABC з ідентифікацією та оспорюванням ірраціональних переконань, виконання поведінкових завдань (позитивне / негативне підкріплення, пошук ресурсів тощо) та ефективних копінг-стратегій. Останнє, заключне завдання, включало обговорення досягнутих результатів, ідентифікацію нових цілей та способів їх самостійного досягнення та рекомендацію додаткової літератури для самостійного ознайомлення.

Після проведеного лікування виконали повторне обстеження за допомогою шкал PTSD Checklist, HADS та SF-36. За шкалою HADS після лікування виявлено зниження тривоги до субпорогового рівня (з 12 до 6 балів). За шкалою SF-36 відмічено покращення якості життя, особливо його психологічного компонента, а саме рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, соціального функціонування та загального психічного стану. Загальна кількість балів збільшилася із 67 до 111.

Згідно із обстеженням з використанням PTSD Checklist помічено зниження загальної кількості балів за домонами В, С, D, Е з 53 до 24 балів, що відповідає критеріям клінічно значимого покращення (≥ 50 балів). Значимого залишилася симптоматика тільки в домені В (інтрузії), де відмічалось 2 із 5 питань, в яких пацієнтка відмітила помірну інтенсивність симптому.

Висновки

Використання короткострокової модифікованої когнітивно-поведінкової терапії дозволило поліпшити стан пацієнта із клінічно значимим зниженням балів за шкалою оцінки симптомів ПТСР. Окрім того, така терапія допомогла знизити інтенсивність коморбідних симптомів тривоги згідно із обстеженням за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії, причому зниження симптоматики також було клінічно значимим ($\geq 50\%$). Це саме стосується і якості життя, яку оцінювали з використанням шкали SF-36 – покращення спостерігали у доманах рольового, соціального функціонування та загального психічного стану. В подальших дослідженнях ми плануємо проаналізувати ефективність методу на вибірці близько 100 пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом із встановленням статистичної достовірності порівняно із стандартним лікуванням, що включає психологічне консультування та використання фармапрепаратів.

Список використаної літератури / References

1. Kar N. Post-traumatic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity [electronic publication] / N. Kar, B. K. Bastia // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2006. – Vol. 2 (17). – retrieved from: www.biomedcentral.com.
2. De Silva P. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder / P. de Silva, M. Marks // *Behavior Research and Therapy*. – 1999. – Vol. 37. – P. 941–951.
3. Dinn W. M. Posttraumatic Obsessive-Compulsive Disorder: A Three-Factor Model / W. M. Dinn, C. L. Harris, R. C. Raynard // *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*. – 1999. – Vol. 62. – P. 313–324.
4. Post-traumatic stress disorder: Issues of co-morbidity / Z. Solomon, A. Bleich, M. Kolsowsky [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 1991. – Vol. 25. – P. 89–94.
5. The relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples / J. D. Hupper, J. S. Moser, B. S. Gershuny [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2005. – Vol. 19 (1). – P. 127–136.
6. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey / J. Swendsen, K. P. Conway, L. Degenhardt [et al.] // *Addiction*. – 2010. – Vol. 105. – P. 1117–1128.
7. Consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among New York City residents six months after the September 11 terrorist attacks / D. Vlahov, S. Galea, J. Ahern [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2004. – Vol. 30. – P. 385–407.
8. Increase in PTSD but not depression symptoms is associated with increases in alcohol and cigarette consumption after military deployment / S. Trautmann, S. Schönfeld, S. Behrendt, H. U. Wittchen // *European Neuropsychopharmacology*. – 2014. – Vol. 24. – P. 700–701.
9. Post-traumatic stress disorder and health: a preliminary study of group differences in health and health behaviors / K. M. Godfrey, L. A. Lindamer, S. Mostoufi, N. Afari // *Ann. Gen. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 12. – P. 30.
10. Impairment in eating habits among 512 earthquake survivors: role of gender and DSM-5 PTSD / C. Bertelloni, C. Carmassi, C. Manni [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2014. – Vol. 24. – P. 604–605.
11. Self-reported illness and health status among Gulf War veterans: a population-based study / The Iowa Persian Gulf War veterans: a population-based study // *JAMA*. – 1997. – Vol. 277. – P. 238–245.
12. The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale / D. D. Blake, F. W. Weathers, L. M. Nagy, D. G. Kaloupek [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1993. – Vol. 8 (1). – P. 75–91.
13. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I. Bjelland, A. A. Dahl, T. T. Haug, D. Neckelmann // *J. Psychosomatic Res.* – 2002. – Vol. 52 (2). – P. 69–77.
14. Faidle I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease / I. Faidle, I. Ramos // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2000. – Vol. 53. – P. 359–365.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ С КОМОРИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ С АКЦЕНТОМ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В.Г. Безшейко

Актуальность. Пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством часто испытывают коморбидные симптомы тревожных расстройств или депрессивного эпизода. Кроме того, часто вместе с ПТСР у пациентов наблюдается значительное ухудшение качества жизни, обусловленное тяжестью симптоматики, наличием неэффективных копинг-стратегий борьбы с симптомами, наличием ресурсов, социальной поддержкой и пр. Эти особенности, в свою очередь, требуют от клинициста внимательной оценки и последующей их коррекции.

Методы и материалы. Мы представили клинический случай пациента с ПТСР и коморбидной тревогой. Обследования пациента проводили в рамках исследования, посвященного разработке модели комплексной медико-психологической помощи пациентам с ПТСР после пребывания в зоне боевых действий. Для оценки состояния мы использовали опросник по симптомам ПТСР (PTSD Checklist-5 или PLC-5), Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и шкалу качества жизни (SF-36). После оценки состояния пациента прошла курс краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии, модифицированной нами для лечения ПТСР.

Результаты. После курса краткосрочной когнитивно-поведенческой терапии у пациентки отмечали существенное улучшение симптомов ПТСР, снижение уровня тревоги до субпорогового (по HADS) и существенное улучшение качества жизни, особенно в психологических доманах. Улучшение по наблюдаемым шкалам PTSD Checklist и HADS (тревога) были клинически значимыми ($\geq 50\%$).

Выводы. Краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия, модифицированная для применения при постстрессовых расстройствах, является эффективным методом лечения как ПТСР, так и коморбидной тревожной симптоматики и улучшения качества жизни, что продемонстрировано нами на конкретном клиническом примере.

Ключевые слова: ПТСР, когнитивно-поведенческая терапия, депрессия, тревога, качество жизни, психологические интервенции, клинический случай.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER WITH PSYCHIATRIC COMORBIDITY FOR IMPROVING QUALITY OF LIFE

V.H. Bezsheiko

Background. Patients with PTSD often experience symptoms of comorbid anxiety disorders or depressive episode. In addition often with PTSD there is a significant deterioration in the quality of life, due to the severity of symptoms, the presence of ineffective coping strategies to deal with symptoms, availability of resources, social support, etc. These features, in turn, require from clinician the careful evaluation and their subsequent correction.

Methods and materials. We presented a clinical case of a patient with PTSD and comorbid anxiety. This patient was observed according to our study on the development of an integrated model of medical and psychological care for patients with PTSD after war zone stress. For psychological assessment we used PTSD Checklist-5 (or PLC-5), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Quality of Life Scale (SF-36). After baseline assessment patient underwent the course of brief cognitive-behavioral therapy, which has been modified for the PTSD treatment.

Results. After a brief cognitive-behavioral therapy we noted a significant improvement in the patients' symptoms of PTSD, anxiety reduction level to sub-threshold levels (according to HADS) and a significant improvement of quality of life, especially in the psychological domains. The improvement observed in the PTSD Checklist and HADS (anxiety) were clinically significant ($\geq 50\%$).

Conclusions. Short-term cognitive-behavioral therapy, modified for use in post-stress disorder, is an effective treatment for both PTSD and comorbid anxiety symptoms and improve quality of life, as demonstrated by us on a specific clinical case.

Key words: PTSD, cognitive-behavioral therapy, anxiety, depression, psychological interventions, clinical case, quality of life.

УДК 616.89

О.В. Богомолец¹, І.Я. Пінчук², А.К. Ладик-Бризгалова²

ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

¹Комітет з питань охорони здоров'я Верховної Ради України

²Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
ant.87193@ukr.net

Мета. Вивчити стан психічного здоров'я військовослужбовців, учасників бойових дій на Сході України, з метою отримання попередніх висновків про наслідки психотравматичних подій для психічного здоров'я військовослужбовців та визначення державної стратегії протидії.

Матеріали та методи. Аналіз структури та поширеності реакції на тяжкий стрес та розладів адаптації за даними державних статистичних звітів закладів охорони здоров'я України. Дослідження психічного стану 96 військовослужбовців, учасників бойових дій, з використанням клініко-психопатологічного, соціодемографічного та патопсихологічного методів.

Результати. Впродовж 2015 року у психіатричних закладах України було вперше взято під нагляд 941 військовослужбовця, учасника бойових дій, з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації; з них 70,9% страждали на посттравматичний стресовий розлад, 21,5% – на короточасну депресивну реакцію та 4,8% – на гостру реакцію на стрес. Серед військовослужбовців, учасників бойових дій, які проходили лікування в госпіталі для ветеранів, у 18 досліджуваних (19%) було діагностовано посттравматичний стресовий розлад згідно з критеріями МКХ-10. У більшості випадків посттравматичний стресовий розлад поєднувався із наслідками черепно-мозкової травми різного ступеня тяжкості.

Висновки. Очікується, що попередній аналіз структури та поширеності посттравматичних психічних порушень серед військовослужбовців, учасників бойових дій, дозволить скласти уявлення щодо наслідків психотравматичних подій для їх психічного здоров'я та стане обґрунтуванням для подальшої переорієнтації державної системи охорони психічного здоров'я.

Ключові слова:
структура
посттравматичних
психічних порушень,
учасник бойових
дій, поширеність
розладів психіки,
посттравматичний
стресовий розлад.

Актуальність. Сьогодні населення України масово перебуває під впливом потенційно травматичних подій. Складні часи становлення незалежності, події, пов'язані з Революцією Гідності та анексуванням Автономної Республіки Крим ускладнилися вкрай тяжким становищем на Сході України. У результаті трагічних подій величезна кількість українців залишилися без житла, отримали фізичні та психічні травми, позбулися засобів до існування і, нерідко, доступу до медичної допомоги. Гуманітарна криза позначилася на всьому населенні України. Станом на 13 червня 2016 року в Україні зареєстровано 1 783 900 внутрішньо переміщених осіб або 1 444 165 сімей з Донбасу і Криму. Мета-аналіз досліджень психічного стану осіб, що пережили конфлікт, з використанням репрезентативної вибірки та повної діагностичної оцінки, дозволив виявити у 15,4% обстежених посттравматичний стресовий розлад і у 17,3% – депресію [1].

Найінтенсивнішою та найбільш руйнівною вважають реакцію людини на загрозу, джерелом якої є інша людина, яскравим прикладом чого є бойові дії. Асиметричний,

неконвенціональний характер ведення сучасних бойових дій та відсутність в Україні засад тактичної медицини також посилюють ймовірність розвитку посттравматичних стресових розладів. Українські військовослужбовці перебувають в умовах тривалого надзвичайного психоемоційного навантаження, внаслідок чого нерідко виявляють ознаки психічних порушень та втрачають боєздатність. Стресогенні події негативно позначаються на психічному здоров'ї та якості життя всього населення України, що потребує своєчасного реагування держави.

Особливо актуальним стає питання впровадження заходів, що сприятимуть створенню цілісної системи охорони психічного здоров'я, яка передбачає комплексне втручання на рівні суспільства, спільноти, сім'ї та індивіда, та адаптована до вимог історичного, політико-економічного та соціально-культурного контексту [2, 3]. Проте створення такої системи вимагає попереднього аналізу наслідків конфлікту, зокрема поширеності та структури пов'язаних із психічною травмою порушень.

Відповідні дослідження показують різну поширеність тих чи інших психічних порушень у демобілізованих військовослужбовців. При проведенні операцій «Непохитна свобода» (Афганістан) та «Іракська свобода» (Ірак) депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та травма головного мозку з когнітивними порушеннями були найпоширенішими розладами у демобілізованих військовослужбовців (Ramchand, Karney, Osilla, Burns, & Caldarone, 2008). Hoge, Auchterlonie & Milliken (2006) виявили, що 5% військовослужбовців, які повернулися після операції «Непохитна свобода» (Афганістан), мали позитивний результат скринінгу на ПТСР, та 3% – на депресію, тоді як серед тих, хто повернувся з Іраку після операції «Іракська свобода», 10% мали позитивний результат скринінгу на ПТСР і 5% – на депресію. Дослідження поширеності психічних розладів впродовж усього життя внаслідок війни у В'єтнамі виявили, що 30% ветеранів відповідали критеріям ПТСР (Kulka et al., 1990) [2].

До 2015 року в Україні не було офіційних даних щодо стану психічного здоров'я демобілізованих військовослужбовців, які підпадають під курацію цивільного сектора охорони здоров'я. Першу спробу дослідити поширеність та особливості перебігу психічних розладів, пов'язаних зі стресом, було здійснено на базі неврологічного відділення відновного лікування хворих із захворюваннями і травмами центральної та периферійної нервової системи і опорно-рухового апарату Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни. За період з жовтня 2014 р. по лютий 2015 р. у дослідженні взяли участь 96 учасників бойових дій. Для отримання даних від інших закладів охорони здоров'я, а також в рамках впровадження державної політики щодо моніторингу стану психічного здоров'я військовослужбовців, учасників АТО, ініційовано внесення змін до звітів закладів охорони здоров'я, в результаті чого у 2016 році в Україні вперше отримано інформацію щодо захворюваності та поширеності розладів психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації за 2015 рік, зокрема стосовно військовослужбовців.

Очікується, що попередній аналіз отриманих даних дозволить скласти уявлення щодо масштабів наслідків, пов'язаних із психічною травмою, та стане обґрунтуванням для подальшої переорієнтації системи охорони психічного здоров'я держави з урахуванням потреб громадян, які постраждали внаслідок травматичних подій.

Матеріали та методи дослідження

З кінця 2014 року впродовж 5 місяців проводилося дослідження психічного стану 96 військовослужбовців, учасників бойових дій, з використанням клініко-психопатологічного, соціодемографічного, психодіагностичного та патофизиологічного методів.

Проаналізовано структуру та поширеність реакції на тяжкий стрес та розладів адаптації за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України за 2015 рік з використанням статистичного методу.

Результати та їх обговорення

За результатами дослідження психічного стану військовослужбовців, учасників бойових дій, які перебували

на лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни, встановлено наступне:

- а) серед досліджуваного контингенту 21 (22%) респондент був у віці 20 – 25 років, 47 (49%) – у віці 26 – 35 років, 22 (23%) – у віці 36 – 45 років, 6 (6%) – у віці 46 років та більше;
- б) за рівнем освіти серед контингенту обстежуваних превалювала група осіб з цивільною освітою – 93 (91%), значно меншою за чисельністю була група осіб з військовою освітою – 3 військовослужбовці (3%). 6% обстежених мали військову та цивільну освіту. Серед респондентів, які мали цивільну освіту, найбільшу питому частку складала середня спеціальна освіта – 34 (37%). Вища та середня освіта зустрічалися рідше – у 29 (31%) та 20 (22%) осіб відповідно. У групі з військовою освітою переважала вища освіта (50%); середню спеціальну освіту мали 33%;
- в) майже половина обстежених – 41 військовослужбовець (43%) – перебували у зоні бойових дій від 3 до 4 місяців, 35 військовослужбовців (36%) – від 1 до 2 місяців, 20 військовослужбовців (21%) – більше 5 місяців. Середня тривалість участі обстежених у бойових діях складала 120 днів;
- г) у 18 обстежених (19%) було діагностовано посттравматичний стресовий розлад згідно з критеріями МКХ-10. У більшості випадків посттравматичний стресовий розлад був поєднаний із наслідками черепно-мозкової травми різного ступеня тяжкості;
- д) за даними Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) у 25 респондентів (26%) виявлені ознаки субклінічної тривоги та у 20 (21%) – субклінічної депресії. У 11 досліджуваних (11%) були наявні ознаки клінічно вираженої тривоги та клінічно вираженої депресії;
- е) за даними опитувальника перитравматичної дисоціації, у 35 респондентів (36%) був виявлений підвищений рівень перитравматичної дисоціації; у 15 (16%) – високий, у 3 (3%) – дуже високий;
- ж) серед найпоширеніших причин перебування на лікуванні були струс головного мозку, посттравматичні невропатії, загострення хронічних захворювань опорно-рухового апарату, наслідки пошкодження кінцівок: дефекти м'яких тканин, кісткові дефекти тощо.

За результатами статистичного аналізу структури та поширеності посттравматичних психічних порушень серед військовослужбовців, учасників бойових дій, за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України у 2015 році отримано наступні дані:

- а) протягом 2015 року психоневрологічними закладами України узято під нагляд 3522 особи з уперше в житті встановленим діагнозом «Розлади психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації» (F43), з них 941 військовослужбовець, учасник АТО (рис. 1).
- З загальної кількості військовослужбовців у регіонах найбільший відсоток зафіксовано у Волинській (15,5%), Львівській (14,7%) та Житомирській (13,2%) областях.
- б) поширеність розладів з рубрики «Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації» за 2015 рік складала 17 072 особи, з них 1 176 військовослужбовців, учасників АТО;

в) структура посттравматичних психічних порушень у військовослужбовців, учасників бойових дій, за даними аналізу, представлена гострою реакцією на стрес (F43.0), посттравматичним стресовим розладом (F43.1) та короткочасною депресивною реакцією (F43.2).

Захворюваність на гостру реакцію на стрес серед військовослужбовців у 2015 році складала 47 осіб (4,8% від

усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або 8,7% від усіх осіб з гострою реакцією на стрес). Поширеність гострої реакції на стрес складала 75 осіб (6,4% від усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації).

Захворюваність на посттравматичний стресовий розлад (рис. 2) серед військовослужбовців складала 686

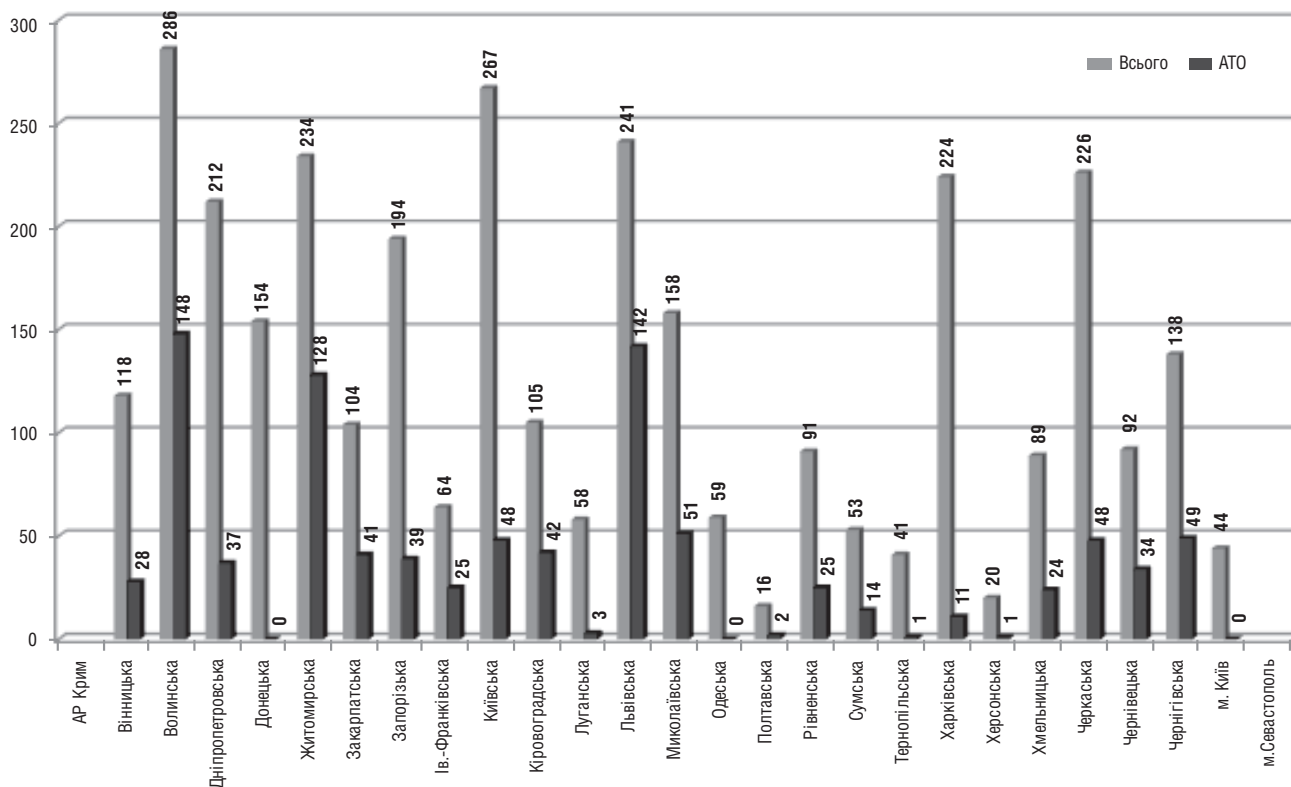


Рис. 1. Захворюваність на реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації (F43) у 2015 році, абсолютні числа

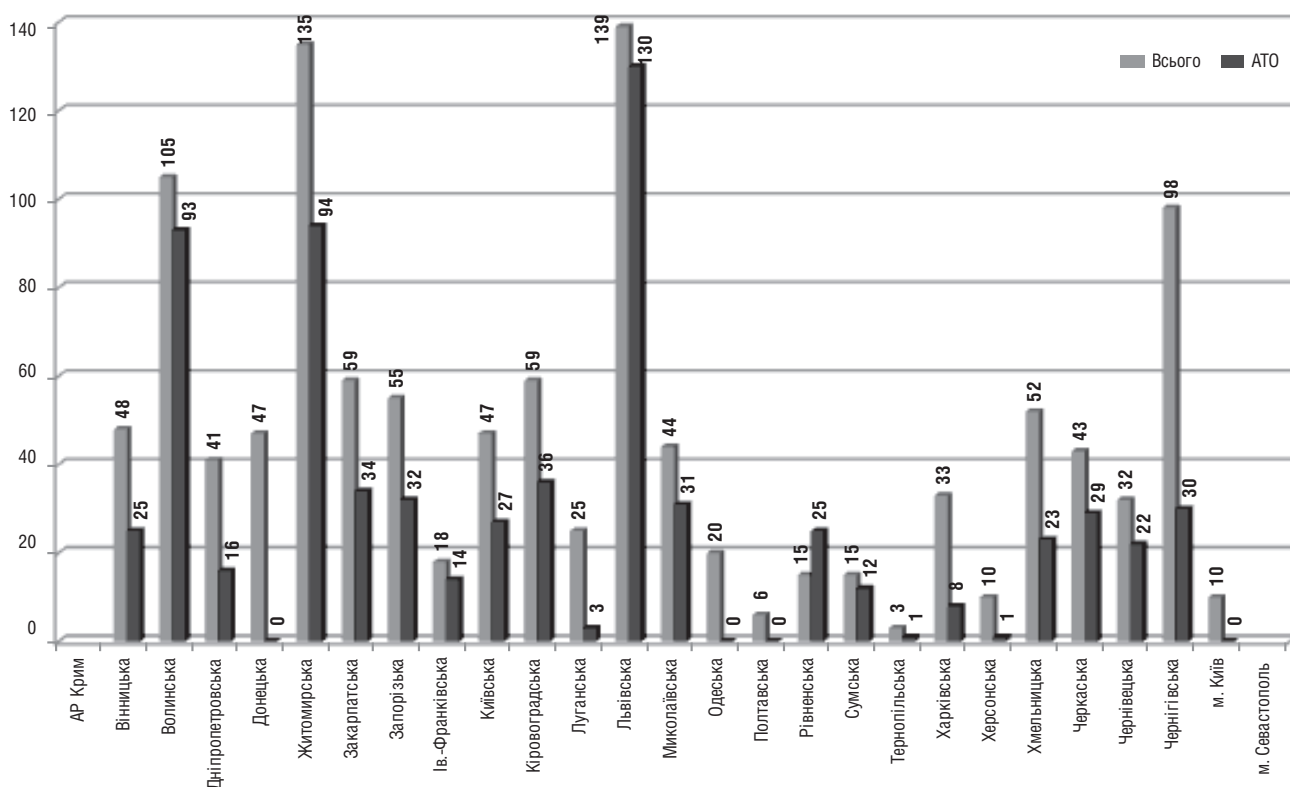


Рис. 2. Захворюваність на посттравматичний стресовий розлад (F43.1) у 2015 році, абсолютні числа

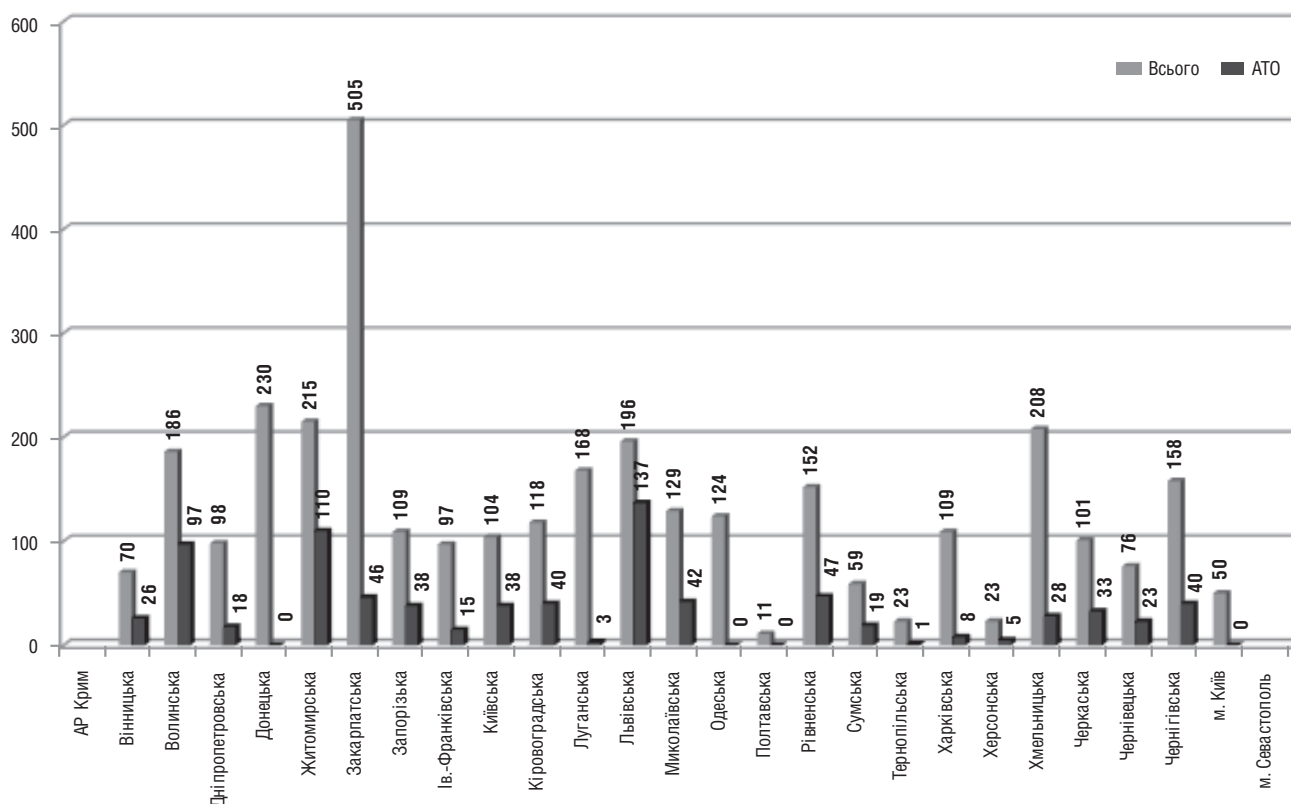


Рис. 3. Поширеність посттравматичного стресового розладу (F43.1) у 2015 році, абсолютні числа

осіб (70,9% від усіх учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або 59,2% від усіх осіб з посттравматичним стресовим розладом).

Найбільший відсоток військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом зафіксовано у Львівській (19%), Житомирській (13,7%) та Волинській (13,6%) областях.

Поширеність посттравматичного стресового розладу (рис. 3) у 2015 році складала 814 військовослужбовців (69,2% від всієї групи з кодом F43 серед військовослужбовців або 24,5% від групи усього населення з посттравматичним стресовим розладом). Найбільший відсоток зафіксований у Львівській (16,8%), Житомирській (13,5%) та Волинській (11,9%) областях.

Захворюваність військовослужбовців, учасників АТО, на короткочасну депресивну реакцію у 2015 році складала 208 осіб (21,5% від усієї кількості учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або 13,1% від усієї групи осіб з короткочасною депресивною реакцією). Поширеність короткочасної депресивної реакції у 2015 р. складала 275 військовослужбовців (23,4% від усієї групи учасників АТО з розладами психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації або 2,9% від групи усього населення з короткочасною депресивною реакцією).

Висновки

1. За попередніми даними, захворюваність та поширеність посттравматичних психічних порушень серед українських військовослужбовців, учасників бойових дій, які перебували на лікуванні у закладах охорони здоров'я України у 2014 та 2015 роках, суттєво не відхи-

ляється від світових даних. Проте з огляду на затяжний та багатофакторний характер психотравматичної ситуації, з високою ймовірністю можна прогнозувати зростання захворюваності на розлади психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації, зокрема за рахунок відстроченої маніфестації, несвоєчасного звернення за медичною допомогою тощо. Одним із суттєвих чинників, який може впливати на захворюваність, є значне перевищення строків безперервного перебування у зоні бойових дій, що було зафіксовано у більшості військовослужбовців, які перебували на лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни (середня тривалість участі у бойових діях складала 120 днів). Захворюваність військовослужбовців, учасників бойових дій, які перебували на лікуванні у закладах охорони здоров'я впродовж 2015 року, на розлади психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації, складала 26,7% від загальної захворюваності усього населення, що може свідчити про вищу специфічність даної категорії розладів для військовослужбовців. Захворюваність на посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців відповідно складає 59,2% від усіх осіб з посттравматичним стресовим розладом.

2. За результатами вивчення структури посттравматичних психічних порушень у військовослужбовців, учасників бойових дій, визначено, що найбільшу питому частку займає ПТСР (70,9%). Значно меншою є захворюваність та поширеність гострої реакції на стрес (4,8%), що викликає додатковий інтерес та потребує подальших досліджень. Однією із ймовірних причин вказаної розбіжності є міжвідомча роз'єднаність, зокрема роз'єднаність статистичної звітності. Протягом часу розвитку гострої реакції на стрес військовослуж-

бовці зазвичай перебувають у зоні бойових дій та підпадають під нагляд медичної служби Міністерства оборони України. Після демобілізації та під час розвитку відстрочених наслідків психотравмівних подій вони отримують допомогу в закладах Міністерства охорони здоров'я України. Також подальшого вивчення потребують рівень звернень військовослужбовців за медичною допомогою та виявлення гострої реакції на стрес.

3. За результатами вивчення територіальної диференціації рівня захворюваності та поширеності посттравматичних стресових порушень, зокрема ПТСР, за областями України, найбільші показники зафіксовано у Волинській, Львівській та Житомирській областях, що потребує подальших досліджень.

4. Отримано попередню соціально-демографічну та клініко-психопатологічну характеристику військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, що має окреслити профіль подальших досліджень.

5. Для отримання остаточних висновків про на-

слідки психотравмівних подій для психічного здоров'я військовослужбовців та визначення стратегії протидії потрібні більш масштабні проспективні дослідження, які б охоплювали не тільки військових, які перебували на лікуванні у закладах охорони здоров'я, а й усю групу демобілізованих військовослужбовців. Також важливим є облік психічних розладів, що не є прямими наслідками психотравмівних подій, проте виникнення яких певною мірою пов'язане із ними, таких як депресія, зловживання психоактивними речовинами тощо.

Список використаної літератури / References

1. World Health Organization. *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress.* – WHO: Geneva, 2013.
2. Erin Martz. *Trauma Rehabilitation After War and Conflict. Community and Individual Perspectives* / Erin Martz. – New York, Springer, 2010.
3. World Health Organization (WHO). *Building back better: sustainable mental health care after emergencies.* – WHO: Geneva, 2013.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

О.В. Богомолец, И.Я. Пинчук, А.К. Ладьяк-Брызгалова

Цель. Изучить состояние психического здоровья военнослужащих, участников боевых действий на Востоке Украины, с целью получения предварительных выводов о последствиях психотравмирующих событий для психического здоровья военнослужащих и определения государственной стратегии противодействия.

Материалы и методы. Анализ структуры и распространенности реакции на тяжелый стресс и расстройств адаптации по данным государственных статистических отчетов учреждений здравоохранения Украины. Исследование психического состояния 96 военнослужащих, участников боевых действий, с использованием клинико-психопатологического, социодемографического и психопсихологического методов.

Результаты. В течение 2015 г. психиатрическими учреждениями Украины впервые взят на учет 941 военнослужащий, участник боевых действий, с расстройствами психики вследствие реакции на тяжелый стресс и нарушений адаптации, среди них 70,9% страдали посттравматическим стрессовым расстройством, 21,5% – кратковременной депрессивной реакцией и 4,8% – острой реакцией на стресс. Среди военнослужащих, участников боевых действий, проходивших лечение в госпитале для ветеранов, у 18 испытуемых (19%) было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство согласно критериям МКБ-10. В большинстве случаев посттравматическое стрессовое расстройство сочеталось с последствиями черепно-мозговой травмы различной степени тяжести.

Выводы. Ожидается, что предварительный анализ структуры и распространенности посттравматических психических нарушений среди военнослужащих, участников боевых действий, даст представление о последствиях психотравмирующих событий для их психического здоровья и послужит обоснованием для дальнейшей переориентации государственной системы охраны психического здоровья.

Ключевые слова: структура посттравматических психических нарушений, участник боевых действий, распространенность расстройств психики, посттравматическое стрессовое расстройство.

PREVALENCE AND STRUCTURE OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS OF COMBATANTS

O.V. Bogomolets, I.Ya. Pinchuk, A.K. Ladyk-Bryzgalova

Objective. To examine the mental health of servicemen, combatants in eastern Ukraine, in order to obtain preliminary findings about impact of traumatic events on mental health of servicemen and to develop state strategy to counteract harmful consequences.

Methods and materials. The analysis of structure and prevalence of severe stress reactions and adjustment disorders in the statistical data from reports provided by state healthcare institutions of Ukraine. The study of mental health state of 96 combatant servicemen using clinical interview, psychological and demographic methods.

Results. During year 2015 psychiatric institutions of Ukraine has admitted 941 combatant servicemen with mental disorders caused by severe stress reaction and adjustment disorders; among them 70.9% suffered from posttraumatic stress disorder (PTSD), 21.5% - from short depression episode and 4.8% - from acute stress reaction. Among the combatants who were treated in hospital for veterans 18 patients (19%) were diagnosed with posttraumatic stress disorder according to ICD-10 criteria. In most cases posttraumatic stress disorder was combined with the effects of brain injury of different severity.

Conclusions. It is anticipated that preliminary analysis of the structure and the prevalence of post-traumatic mental disorders among combatants will acquire idea about the consequences related to trauma and would serve as a rationale for the coming reorientation of state mental healthcare system.

Key words: structure of post-traumatic mental disorders, combatant, the prevalence of mental disorders, post-traumatic stress disorder.

Є.Ю. Вербицький, Ю.О. Євтушенко

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
РЕАКТИВНОЇ ДЕПРЕСІЇ В СТРУКТУРІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ СТРЕС-
АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ
ІЗ ЗОНИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

retolerance@gmail.com

Актуальність. Взаємодія і взаємний вплив особливостей пережитої психічної травми, демографічних, клінічних, соціальних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних факторів створюють умови для формування і розвитку афективних розладів у вимушених переселенців із зони АТО. Це насамперед обумовлено тривалими за часом і напруженими за темпом впливу психотравмівними ситуаціями, які пов'язані із загрозою життю індивідів і їх найближчого оточення, руйнуванням житла і соціальної інфраструктури, втратою колишніх життєвих та моральних цінностей і пріоритетів, різкою зміною середовища проживання і способу життя, вимушеною концентрацією на внутрішніх проблемах, страхом перед майбутнім, і, як наслідок – ще більшою самоізоляцією.

Мета дослідження. Визначити клініко-психопатологічні особливості реактивної депресії в структурі непсихотичних психічних стресових розладів у вимушених переселенців із зони АТО в Луганській області.

Матеріали і методи. Ми провели обстеження 249 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), в їх числі було 103 чоловіки і 146 жінок у віці 18 – 65 років. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний (МКХ-10) та психодіагностичний (характерологічний тест – опитувальник Г. Шмішека – К. Леонгарда та шкала Гамільтона для оцінки депресії).

Результати. У результаті клініко-психопатологічного та психодіагностичного досліджень 57 пацієнтів, які страждають на психогенно обумовлену реактивну депресію в структурі непсихотичних психічних стрес-асоційованих розладів, встановлені гендерні особливості виникнення та подальшого клінічного перебігу захворювань. Значно більша питома частка хворих на РД виявлена серед жінок. Прослідковується залежність між віком респондентів та частотою захворюваності. У більшості обстежених був діагностований депресивний епізод помірного ступеня тяжкості.

Висновки. Реактивні депресії у вимушених переселенців із зони АТО в Луганській області частіше зустрічались у жінок та осіб у віці від 36 до 65 років. Основну частку обстежених хворих склали особи з гіпотимним та сенситивним типами особистості. У понад половини хворих депресивний епізод мав помірний ступінь тяжкості. Ми виділили 6 основних клінічних типів РД: тривожний, тужний, астенічний, дисфоричний, іпохондричний, істеричний.

Ключові слова:

непсихотичні психічні стресові розлади, преморбідні особистісні особливості, депресивні розлади, реактивна депресія.

Актуальність. Особливості соціально-політичної ситуації в Україні на сучасному етапі характеризуються високим рівнем психосоціальної напруги населення, що значно погіршує стан психічного здоров'я популяції [1, 6]. На сьогодні постійно з'являються нові контингенти осіб, які зазнають впливу психогенних факторів, що сприяє розвитку у них таких психічних порушень, як реактивні депресії (РД) [4, 7].

В умовах локального військового конфлікту проблеми психічних розладів, викликаних екстремальними ситуа-

ціями, стають першочерговими в психіатрії [7]. Об'єктом пильної уваги вчених є стрес-асоційовані депресивні розлади невротичного рівня в структурі непсихотичних психічних стресових розладів.

Літературні джерела висвітлюють результати значної кількості досліджень щодо поширеності, етіології, патогенезу, клініко-динамічних особливостей та терапії вказаної патології [2, 3, 5]. Проте багато аспектів цієї важливої клінічної проблеми досі далекі від вирішення [1, 4, 8].

Мета дослідження – визначити клініко-психопатологічні особливості реактивної депресії в структурі не-психотичних психічних стресових розладів у вимушених переселенців із зони АТО в Луганській області.

Завдання дослідження:

1. Провести дослідження гендерних особливостей поширеності реактивних депресивних пов'язаних зі стресом розладів.

2. Дослідити преморбідні особистісні особливості та їх вплив на виникнення реактивних депресивних розладів в структурі стрес-асоційованої не-психотичної патології.

3. Провести дослідження особливостей структури реактивних депресивних пов'язаних зі стресом розладів у вимушених переселенців із зони АТО в Луганській області.

Матеріали та методи дослідження

Ми провели обстеження 249 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), у їх числі було 103 чоловіки і 146 жінок у віці 18 – 65 років. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний та психодіагностичний. Обстеження проводили на базах психіатричних поліклінік, стаціонарів, кабінетів міст Рубіжне, Сєвєродонецьк, Лисичанськ, Сватове.

При використанні клініко-психопатологічного методу критерієм оцінки стану пацієнтів служила Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10), розділи F32-34 – «Депресивні розлади».

Психодіагностичне дослідження здійснювали за допомогою характерологічного тесту-опитувальника Г. Шмішека – К. Леонгарда та шкали Гамільтона для оцінки депресії.

Результати та їх обговорення

Необхідними критеріями відбору та включення у дослідження були вік хворих (від 18 до 65 років); наявність у них в структурі психопатологічного стану депресії невротичного рівня, яка виникла у зв'язку з гострою або хронічною психотравмівною ситуацією. Всі хворі були обстежені до початку психофармакотерапії, психотерапії чи психологічної корекції. Із групи дослідження виключали хворих з депресією психотичного рівня, депресією невротичного рівня ендogenousного і соматogenousного походження, неврозоподібними розладами в рамках органічного ураження ЦНС і малопрогредієнтної шизофренії, а також осіб з розладами особистості в стадії декомпенсації. При цьому глибина (тяжкість), особливості перебігу та феноменології клінічних проявів афективних розладів не дозволяли віднести їх до того чи іншого варіанту посттравматичного стресового розладу чи розладів адаптації та не відповідали іншим діагностичним рубрикам блоку F40-48.

При проведенні клініко-психопатологічного дослідження виявлено, що в структурі не-психотичних психічних стресових розладів **249** обстежених питома вага клінічних варіантів реактивних депресій склала **22,89%±3,59% (57 хворих)**. Серед них: жінок – **42 особи (73,68%±5,46%)**, чоловіків – **15 (26,32%±1,95%)**.

Вікова структура досліджених респондентів була наступною (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих на РД за віком

Вік, роки	Абс. (n)	%
18-25	3	5,26±0,39
26-35	8	14,04±1,041
36-45	21	36,84±2,733
46-65	25	43,86±3,254
Всього	57	100

У результаті використання характерологічного тесту-опитувальника Г. Шмішека – К. Леонгарда ми виявили, що преморбідні типи особистості групи хворих на РД були представлені п'ятьма типами: гіпотимним, сенситивним, гармонічним, тривожно-недовірливим, демонстративним (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл хворих на РД за клініко-типологічними особливостями

Типи особистості	Абс. (n)	%
Гіпотимний	20	35,09±2,602
Сенситивний	14	24,56±1,822
Гармонічний	11	19,30±1,431
Тривожно-недовірливий	8	14,03±1,041
Демонстративний	4	7,02±0,52
Всього	57	100

При обстеженні 57 хворих за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) ми виявили клінічно виражені розлади та оцінили глибину їх тяжкості, результати представлені в таблиці 3.

Таблиця 3. Розподіл обстежених хворих за глибиною депресії за шкалою Гамільтона

Тяжкість депресії	Середній бал (m)	Абс. (n)		%	
		Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Легкий депресивний епізод	13,11	8	7	14,04±0,6768	12,28±0,8092
Помірний депресивний епізод	21,65	5	27	8,77±2,205	47,36±0,7086
Тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів	28,38	2	8	3,51±3,4941	14,04±2,6993

Примітка. Середній бал за шкалою Гамільтона (див. табл. 3, друга колонка): $m=21,05\pm1,43\%$.

У ході обстеження зазначеного контингенту осіб ми виділили 6 основних клінічних варіантів (типів) депресії: тривожний, тужний, астеничний, дисфоричний, іпохондричний, істеричний. Детальний клінічний аналіз показав певні феноменологічні особливості кожного з них.

Тривожний тип. Психогенна тривожна депресія характеризувалася почуттям тривоги на фоні пригніченого настрою, внутрішнього хвилювання, напруги. У переважній більшості випадків тривога **безпосередньо** пов'язувалася з **психотравмівною ситуацією**. Найбільш значущі переживання для обстежених з психогенною

тривожною депресією – відсутність реальних перспектив щодо працевлаштування та придбання житла. Хворі висловлювали реальні побоювання за своє майбутнє, свою долю, долю близьких та їх безпеку, відчували постійний внутрішній дискомфорт через втрату сталих соціальних зв'язків та непередбачуваність ситуації, що склалася. Значно рідше відзначалася «вільно плаваюча тривога», обстежувані не в силах були зрозуміти і пояснити, що саме їх турбує. Тривога в одних випадках поєднувалася з підвищеною дратівливістю, а в інших – з почуттям туги. Слід підкреслити, що саме для тривожного варіанту депресії була характерна найбільша динамічність: тривога то наростала, то слабшала.

Тужний тип. Цей тип депресії найчастіше спостерігався у осіб з конституційним нахилом до афективних розладів. У клінічній картині переважали пригніченість, тужливий настрій, а іноді й епізоди туги, яку хворі відчували як болісне фізичне страждання. Майбутнє вони уявляли винятково в похмурих тонах. Іноді на перший план виступали ідеї винності. Хворі дорікали собі в тому, що не вжили необхідних заходів для запобігання нещастю, не забезпечили кваліфікованої допомоги пораненому або помираючому під час перебування в зоні активних бойових дій. Протягом депресії виникали короткочасні загострення, які супроводжувалися відчуттям безвиході. У деяких випадках виявлялася тенденція до затяжного перебігу (до 8–10 міс) з віталізацією афективних проявів.

Астенічний тип. У цих випадках клінічна картина відповідала «депресії виснаження». Астенічні депресії найчастіше виникали в ситуації тривалого емоційного напруження, болісної тривожної невизначеності (соціально-економічний статус, професійна діяльність, сімейний стан тощо). Переважали астенічні порушення (розбитість, постійна фізична втома, дратівливість, гіперестезія, головний біль), тривожні побоювання з приводу свого фізичного благополуччя, різноманіття вегетативних розладів і тілесних відчуттів. Сон поверхневий, з млявістю і розбитістю вранці, сонливістю впродовж дня. Серед афективних розладів домінували відчуття важкого безсилля, власної неспроможності, нездатності вирішити проблеми, які виникли. Психогенний комплекс співіснував із зовнішньою байдужістю, загальною повільністю, загальмованістю. Перебіг, як правило, затяжний, вихід – з поступовим відновленням психічної і фізичної активності.

Дисфоричний тип. У клінічній картині пацієнтів цієї підгрупи провідними були емоційні розлади: настрої характеризувалися поєднанням пригніченості і туги зі злісним афектом у вигляді похмурості, гнівливості. Водночас нерідко були присутні тривожні компоненти з напругою і страхом. Підвищена вразливість поєднувалася з вибуховістю, іноді брутальністю. Ці обстежувані привертали увагу негативно злісним ставленням до оточуючих, вступаючи з ними в часті конфлікти.

Іпохондричний тип. На фоні зниженого настрою було виражене домінування реактивних тривожних побоювань з приводу свого здоров'я при відсутності для цього достатніх підстав. Приводом для появи іпохондричних ідей часто були вегетативні порушення (тахікардія, пітливість, зміна артеріального тиску, зниження апетиту, запори). Фіксація на цих відчуттях, при-

слухування до них призводили до думки про наявність важкого захворювання, через що настрої знижувалися ще більше. Втеча у хворобу відволікала обстежених від складної життєвої ситуації, вони активно шукали співчуття; заявляли, що з таким слабким здоров'ям не перенесуть таку тяжку долю. Тема психотравматичної ситуації у висловлюваннях, як правило, не звучить, але можна відзначити посилення іпохондричних скарг під впливом зміни ситуації в несприятливу сторону.

Істеричний тип. Депресивний афект неглибокий і непостійний, знижений настрої з тужливим відтінком нерідко змінювався тривожним. Характерною особливістю було посилення афективної симптоматики під час бесіди на психогенно-травматичну тему, при якій хворі починали ридати, тремтіти всім тілом. У висловлюваннях були відсутні ідеї самозвинувачення; більше того, хворі були схильні в усьому звинувачувати навколишніх, виправдовуючи при цьому себе. Депресія відрізнялася іронією, іноді набувала відтінку навмисності і карикатурності. Хворі відкрито говорили, що оточуючі явно недооцінюють їх «муки» або не розуміють «трагізму» пережитої ними ситуації. Одні скаржилися на те, що туга «ломить» їм душу, печаль «каменем лежить на серці», інші, навпаки, говорили про болісну бездушність, нездатність отримувати задоволення, відчувати позитивні емоції і вимагали при цьому уваги оточуючих. У висловлюваннях хворих переважали мотиви жалю до себе, незаслуженого нещастя, яке на них звалилося. До клінічних особливостей відносилися також вираженість соматовегетативних проявів, розлади апетиту, сну, ендокринних функцій. Сон, як правило, був поверхневий.

Висновки

1. При дослідженні гендерних особливостей поширеності реактивних депресій у вимушених переселенців із зони АТО в Луганській області виявлено, що жінки хворіли значно частіше: **42 особи (73,68%±5,46%)**.

2. При дослідженні вікових особливостей хворих виявлено, що значно частіше хворіли особи у віці від 36 до 65 років: **46 осіб (80,70%±4,25%)**.

3. Виявлено, що основну частку обстежених хворих склали особи з гіпотимним та сенситивним типами особистості: **20 (35,09±2,602%)** та **14 (24,56±1,822%)** осіб відповідно, і це, ймовірно, впливало на появу, розвиток та особливості клінічного перебігу афективних розладів.

4. У результаті клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів дослідження виявлено, що більше, ніж у половини хворих (**32 особи, – 56,13%±3,53%**) депресивний епізод мав помірний ступінь тяжкості. Середній бал за шкалою Гамільтона склав **m = 21,05±1,43%**.

5. При дослідженні особливостей структури реактивних депресивних пов'язаних зі стресом розладів ми виділили 6 основних клінічних типів депресії: тривожний, тужний, астенічний, дисфоричний, іпохондричний, істеричний.

Список використаної літератури

1. *Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рекомендації*. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. – Харків, 2014. – 67 с.
2. *Психиатрия – национальное руководство* / Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1000 с.

3. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: клінічний посібник / за ред. П. В. Волошин, В. М. Пономаренко та ін. – Харків: Арсіс, 2000. – 303 с.
4. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. – Львів, МС, 2004. – 208 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Сфера, 2005. – С. 145–151.
6. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: Метод. Рекомендації / О. К. Напреев, О. Г. Сиропятов, О. В. Друзь [та ін.]. – К.: Націон. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 2014. – 26 с.
7. Психиатрия войн и катастроф: учебное пособие / В. К. Смирнов, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко [и др.]. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 431 с.
8. Соснин В. А. Психология современного терроризма: учебное пособие / В. А. Соснин. – М.: Форум, 2010. – 160 с.
2. Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G. Psikhiiatriia – natsionalnoe rukovodstvo [Psychiatry - national guidance] Moscow, GEOTAR-Media, 2010. 1 000 p. (In Russian).
3. Voloshyn P.V., Ponomarenko V.M. Kryteriyyi diagnostyky i likuvannya psykhykhnnyh rozladiv ta rozladiv povedinky u doroslyh: Klinichnyy posibnyk. [Criteria for the diagnosis and treatment of mental disorders and behavior disorders in adults: Clinical Manual.] Kharkiv, Arsis, 2000. 303 p.
4. Mishyev V.D. Suchasni depresyvi rozlady: Kerivnyctvo dlya likariv. [Modern depressive disorders: a guide for physicians] Lviv, MS, 2004. 208 p.
5. Mezhdunarodnaia klassifikatsiia boleznei (10-i peresmotr). Klinicheskie opisanii i ukazaniia po diagnostike [International Classification of Diseases (10th revision). [Clinical descriptions and guidelines for diagnosis.] Kiev, Sfera, 2005. pp. 145-151 (In Russian).
6. Napreyenko O.K., Syropyatov O.G., Druz' O.V. Psykholo-psyhiatrychna dopomoga postrazhdalym u zbroynnykh konfliktakh: Metod. Rekomendatsiyi. [Psychological and psychiatric assistance to victims of armed conflicts: Guidelines.] Kiev, Bohomolets National medical university, 2014. 26 p.
7. Smirnov V.K., Shamrey V.K., Nechy' porenko V.V. Psyhiatryia voyn i katastrof: uchebnoe posobiye [Psychiatry of wars and disasters: a tutorial.], St. Petersburg, SpetsLit, 2015. 431 p.
8. Sosnin V.A. Psikhologiya sovremennogo terrorizma: uchebnoe posobie [Psychology of modern terrorism: a tutorial] Moscow, Forum. 2010. 160 p.

References

1. Voloshyn P.V., Maruta N.O., Shestopalova L.F. Lins' kyj I.V., Pidkorytov V.S. Lipatov I.I. Buchok Y.S. Zavorotnyj V.I. Diagnostyka, terapiya ta profilaktyka medyko-psykholohichnyh naslidkiv bojovuyh diij v suchasnyh umovah: Metodychni rekomendatsiyi [Diagnosis, treatment and prevention of medical and psychological consequences of hostilities in modern terms: Guidelines] Kharkiv, 2014. 67 p.
2. Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G. Psikhiiatriia – natsionalnoe rukovodstvo [Psychiatry - national guidance] Moscow, GEOTAR-Media, 2010. 1 000 p. (In Russian).
3. Voloshyn P.V., Ponomarenko V.M. Kryteriyyi diagnostyky i likuvannya psykhykhnnyh rozladiv ta rozladiv povedinky u doroslyh: Klinichnyy posibnyk. [Criteria for the diagnosis and treatment of mental disorders and behavior disorders in adults: Clinical Manual.] Kharkiv, Arsis, 2000. 303 p.
4. Mishyev V.D. Suchasni depresyvi rozlady: Kerivnyctvo dlya likariv. [Modern depressive disorders: a guide for physicians] Lviv, MS, 2004. 208 p.
5. Mezhdunarodnaia klassifikatsiia boleznei (10-i peresmotr). Klinicheskie opisanii i ukazaniia po diagnostike [International Classification of Diseases (10th revision). [Clinical descriptions and guidelines for diagnosis.] Kiev, Sfera, 2005. pp. 145-151 (In Russian).
6. Napreyenko O.K., Syropyatov O.G., Druz' O.V. Psykholo-psyhiatrychna dopomoga postrazhdalym u zbroynnykh konfliktakh: Metod. Rekomendatsiyi. [Psychological and psychiatric assistance to victims of armed conflicts: Guidelines.] Kiev, Bohomolets National medical university, 2014. 26 p.
7. Smirnov V.K., Shamrey V.K., Nechy' porenko V.V. Psyhiatryia voyn i katastrof: uchebnoe posobiye [Psychiatry of wars and disasters: a tutorial.], St. Petersburg, SpetsLit, 2015. 431 p.
8. Sosnin V.A. Psikhologiya sovremennogo terrorizma: uchebnoe posobie [Psychology of modern terrorism: a tutorial] Moscow, Forum. 2010. 160 p.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОЙ ДЕПРЕССИИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ СТРЕСС-АССОЦИИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ У ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ ИЗ ЗОНЫ АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Ю. Вербицкий, Ю.А. Евтушенко

Актуальность. Взаимодействие и взаимное влияние особенностей пережитой психической травмы, демографических, клинических, социальных, социально-психологических и индивидуально-психологических факторов создают условия для формирования и развития аффективных расстройств у вынужденных переселенцев из зоны АТО. Это, в первую очередь, обусловлено длительным по времени и напряженным по темпу воздействием психотравмирующих ситуаций, связанных с угрозой жизни индивидов и их ближайшего окружения, разрушением жилья и социальной инфраструктуры, утратой прежних жизненных и нравственных ценностей и приоритетов, резким изменением среды и образа жизни, вынужденной концентрацией на внутренних проблемах, страхом перед будущим, и, как следствие, – еще большей самоизоляции.

Цель исследования. Определить клинико-психопатологические особенности реактивной депрессии в структуре непсихотических психических стрессовых расстройств у вынужденных переселенцев из зоны АТО в Луганской области.

Материалы и методы. Мы провели обследование 249 внутренне перемещенных лиц (ВПЛ). В их числе было 103 мужчины и 146 женщин в возрасте 18 – 65 лет. Основными методами исследования были клинико-психопатологический (МКБ-10) и психодиагностический (характерологический тест-опросник Г. Шмишека – К. Леонгарда и шкала Гамильтона для оценки депрессии).

Результаты. В результате клинико-психопатологического и психодиагностического исследования 57 пациентов, страдающих психогенно обусловленной реактивной депрессией в структуре непсихотических психических стресс-ассоциированных расстройств установлены гендерные особенности возникновения и дальнейшего клинического течения заболевания. Значительно больший удельный вес больных РД обнаружен среди женщин. Прослеживается зависимость между возрастом респондентов и частотой заболеваемости. У большинства обследованных был диагностирован депрессивный эпизод средней степени тяжести.

Выводы. Реактивные депрессии у вынужденных переселенцев из зоны АТО в Луганской области чаще встречались у женщин и лиц в возрасте 36-65 лет. Основную долю обследованных больных составили пациенты с гипотимным и сенситивным типами личности. Более чем у половины больных депрессивный эпизод имел умеренную степень тяжести. Мы выделили 6 основных клинических типов РД: тревожный, тоскливый, астенический, дисфорический, ипохондрический, истерический.

Ключевые слова: непсихотические психические стрессовые расстройства, преморбидные личностные особенности, депрессивные расстройства, реактивная депрессия.

CLINICAL, PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURE OF REACTIVE DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC MENTAL STRESS-ASSOCIATED DISORDERS IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS FROM THE AREA ANTITERRORIST OPERATIONS IN LUGANSK REGION

E.J. Verbitsky, J.O. Evtushenko

Background. The interaction and mutual influence of the features of the experienced trauma, demographic, clinical, social, socio-psychological and individual psychological factors create conditions for the formation and development of affective disorders in internally displaced persons from the area of ATO. This is due to prolonged and intense exposure to stressful situations involving a threat to the life of individuals and their immediate environment, the destruction of housing and social infrastructure, the loss of the old life and moral values and priorities, a sharp change of environment and lifestyle, forced concentration on internal problems, fear of the future, and as a result – more self-isolation.

Objective. Determine clinical-psychopathological features of reactive depression in the structure of non-psychotic mental disorders in stressful IDPs from the area of ATO in Lugansk region.

Methods and materials. We examined 249 internally displaced persons (IDPs). These included men 103 and women 146 aged 18 – 65 years. The main methods of investigation were clinical-psychopathological (ICD-10), and psychodiagnostic (characterological test-questionnaire of G. Shmishchek – K. Leongard and Hamilton Scale for Depression).

Results. As a result of clinical, psychopathological and psychodiagnostic research of 57 patients which suffering from psychogenic reactive depression was established gender-specific features and the further clinical course of the disease. Significantly higher proportion of patients with RD was found among women. We found a correlation between the age of the respondents and morbidity rate. Depressive episode of moderate severity was diagnosed in the majority of the surveyed.

Conclusions. Reactive depression in internally displaced persons from the zone ATO in Lugansk region were more common among women and those aged 36-65 years. The main share of the examined patients consisted of patients with hypothymical and sensitive personality type. More than half of the patients had a depressive episode moderate severity. We have allocated 6 major clinical types of RD: anxious, melancholy, asthenia, dysphoric, hypochondriac, hysterical.

Key words: nonpsychotic mental stress disorders, premorbid personality traits, depressive disorder, reactive depression.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89 + 614.1

І.Я. Пінчук¹, О.О. Петриченко², О.В. Колодежний¹, І.Ф. Здорик¹

ДИНАМІКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В ПЕРІОД 2013–2015 РР.

¹Український науково-дослідний інститут

соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

²Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України», м. Київ

kolodezhny@ukr.net

Актуальність. Здійснення моніторингу та оцінка динаміки показників психічного здоров'я дозволить проводити політику адекватних змін та сприятиме покращенню стану галузі охорони психічного здоров'я країни.

Мета дослідження: оцінка динаміки статистичних показників психічного здоров'я населення України за період 2013–2015 рр.

Матеріали й методи. За допомогою аналітичного та статистичного методів вивчалися статистичні показники психічного здоров'я населення України за підсумками державних річних звітів державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» за 2013–2015 рр.

Результати. У статті наведені дані щодо динаміки психічного здоров'я населення України за період 2013–2015 рр. На підставі проведеного статистичного аналізу визначені сучасні тенденції змін показників захворюваності, поширеності розладів психіки та поведінки, а також проблеми кластеру організаційних питань психіатричної та наркологічної допомоги в Україні.

Висновки. Зареєстрована захворюваність на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, у 2015 р. зросла на 14,0%, порівняно з 2013 р. У структурі захворюваності в 2015 р. перше місце займали розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (F10-F19) (58,41%), друге – органічні, в тому числі симптоматичні, розлади психіки (F00-F09) (13,7%), третє – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F49) (9,36%). У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 р. перше місце займали захворювання групи F10-F19 (41,62%), друге – F00-F09 (15,98%), третє – F70-F-79 (13,63%), четверте – F20-F29 (10,3%), п'яте – F40-F49 (7,71%). Первинна інвалідність внаслідок розладів психіки та поведінки знизилась на 8,8%. Протягом 2013–2015 рр. знизилась забезпеченість штатними посадами лікарів-психіатрів (на 15,0%), дитячих лікарів-психіатрів (на 16,5%), лікарів-психотерапевтів (на 20,3%), лікарів-наркологів (на 18,4%). Забезпеченість штатними посадами лікарів-психологів зросла на 11,6%. Впродовж 2013–2015 рр. скоротилась забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих (на 18,4%), дитячими психіатричними ліжками (на 19,2%), наркологічними ліжками (на 23,8%), ліжками у денних психіатричних стаціонарах (на 25,3%). Кількість хворих з розладами психіки та поведінки, госпіталізованих у примусовому порядку, у 2015 р. зменшилася на 10,6%, порівняно з 2013 р.

Ключові слова:
психічне здоров'я
населення, статистичні
показники, динаміка.

Актуальність. Нагальна потреба у реформуванні системи охорони психічного здоров'я сьогодні вже поза сумнівом. Потрібні конкретні послідовні кроки, дієва міждисциплінарна та міжвідомча взаємодія, суттєві політичні рішення для створення якісно нового іміджу України, забезпечення національної безпеки нашої держави та стабільності у суспільстві.

Психічні розлади є однією з головних проблем суспільної охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, про що свідчить їх поширеність і обумовлений ними тягар хвороб та інвалідності: щороку вони вражають більше третини населення. В усіх країнах більшість психічних розладів значно частіше зустрічаються серед найуразливіших і найбільш малозабезпечених груп населення. Європейський

регіон ВООЗ стоїть перед проблемами, що стосуються як благополуччя населення (в тому числі психічного), так і надання допомоги людям з порушеннями психічного здоров'я. Вирішення цих проблем потребує послідовних системних дій, тому ВООЗ постійно підкреслює, що країни зможуть домогтися відчутних результатів, якщо вони розроблять і будуть здійснювати національну політику охорони психічного здоров'я, яка б систематичним і всеосяжним чином скеровувала їхні дії у цьому напрямку. Моніторинг та оцінка динаміки показників психічного здоров'я дозволять проводити політику адекватних змін та сприятимуть покращенню стану галузі охорони психічного здоров'я країни.

Метою дослідження було оцінити динаміку статистичних показників психічного здоров'я населення України за період 2013–2015 рр.

Матеріали та методи дослідження

Ми вивчали статистичні показники психічного здоров'я населення України, які надходили до державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» [1–2].

Методи дослідження: аналітичний, статистичний.

Результати

Зареєстрована захворюваність на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР), на кінець 2015 р. в Україні складала 1 706 070 осіб, або 3989,9 на 100 тисяч населення. Показник 2015 р. на 6,4% більший, ніж показник 2014 р. і на 14,0% більший, ніж показник 2013 р. Зареєстрована захворюваність на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, з уперше в житті встановленим діагнозом, у 2015 р. складала 136 386 осіб, або 319,0 на 100 тисяч

населення. Показник 2015 р. виявився на 8,0% більшим, ніж у 2014 р., і на 19,1% меншим, ніж у 2013 р.

Захворюваність на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, у 2015 р. складала 458,8 на 100 тисяч населення. У 10 областях України в 2015 р. було перевищено середній по Україні показник захворюваності на розлади психіки та поведінки, в тому числі внаслідок вживання ПАР (458,8). Найвищий рівень цього показника зафіксовано у Київській області – 1296,6 на 100 тисяч населення (перевищення середнього по Україні у 2,9 раза). У Харківській області показник 2015 р. сягав 1016,4, що у 2,2 раза більше, ніж у середньому по Україні; у Вінницькій області – 752,9 (у 1,7 раза більший, ніж у середньому по Україні).

Нижчі, ніж середній по Україні, показники у 2015 році були у м. Києві – 147,3 на 100 тисяч населення (менший, ніж в Україні у 3,1 раза), у Івано-Франківській – 318,7 (менший, ніж по Україні, у 1,4 раза) та Одеській – 331,3 (менший, ніж по Україні, у 1,4 раза) областях (рис. 1).

Аналіз **структури захворюваності** на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, показав, що перше місце у 2015 р. займали показники розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР – 58,41% (113 609 осіб; 265,7 на 100 тисяч населення), друге – показники органічних, у тому числі симптоматичних розладів психіки – 13,7% (26 653 особи; 62,3 на 100 тисяч населення), третє – показники невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів – 9,36% (18 203 особи; 42,6 на 100 тисяч населення). Показники розладів психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого й підліткового віку у 2015 році займали 8,86% (17 212 осіб; 40,3 на 100 тисяч населення). Лише 3,47% займали показники групи шизофренії, шизотипо-

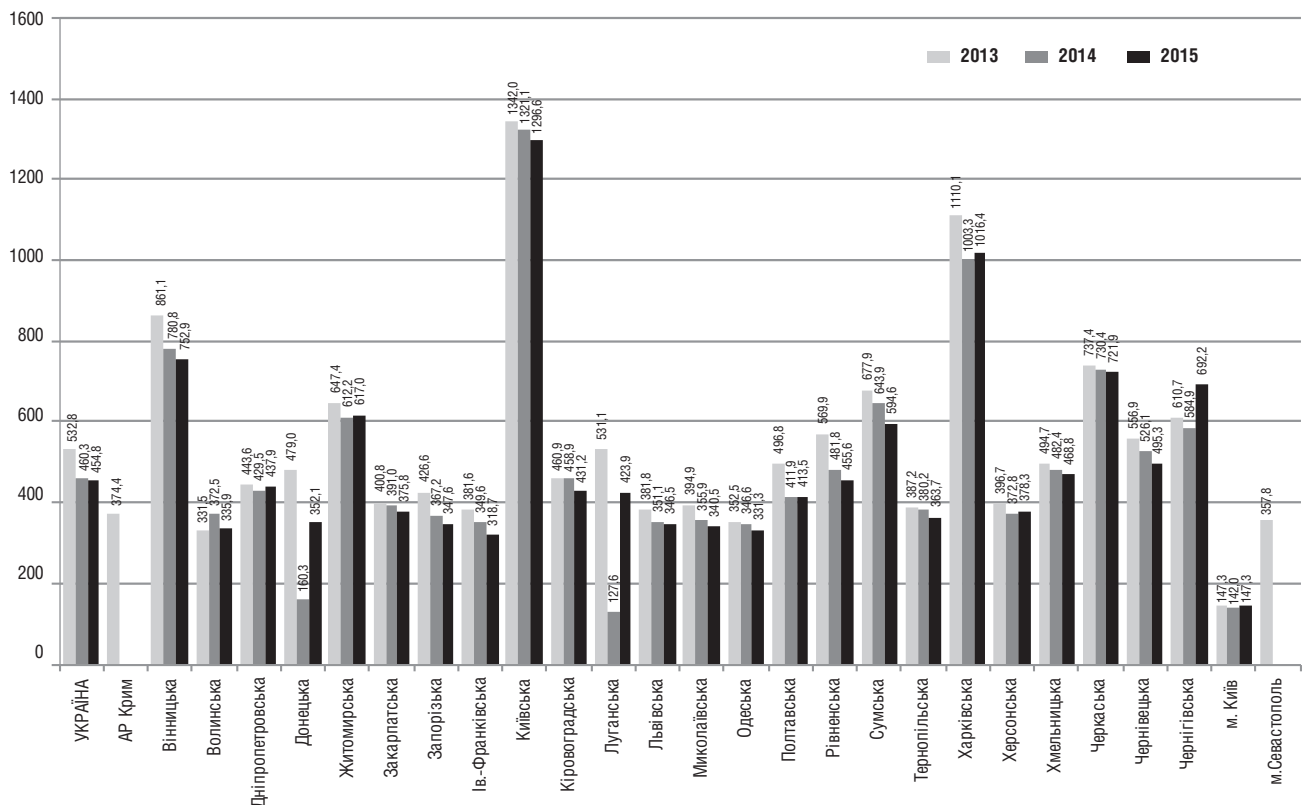


Рис. 1. Захворюваність на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, за 2013–2015 роки (на 100 тисяч населення)

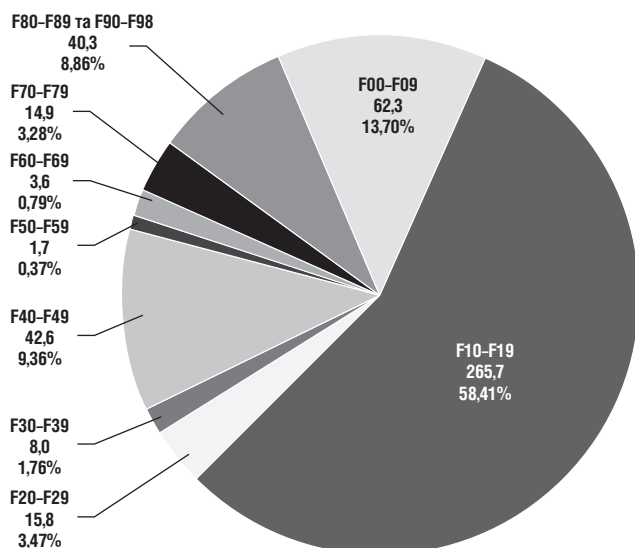


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2015 році (у %)

вих та маячних розладів, та 3,28% – показники розладів психіки через розумову відсталість (рис. 2).

На початок 2016 р. близько 1,7 млн жителів України потребували психіатричної та наркологічної допомоги, що становило 3,9% від усього населення країни. Впродовж останніх трьох років цей показник на 100 тисяч населення зменшився на 11,5%, від 4443,4 у 2013 р. до 3932,6 у 2015 р. Перевищення показника спостерігалось у 21 регіоні. Найвищий показник зафіксовано у Харків-

ській – 5303,6 (+25,9%), Чернігівській – 5205,7 (+24,5%) та Херсонській – 4999,1 (+21,3%) областях. Менший, ніж середній по Україні, показник зафіксований у м. Києві – 2864,4 (-32,4%), Житомирській – 3722,0 (-5,6%) та Дніпропетровській – 3744,1 (-4,8%) областях (рис. 3).

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 році на першому місці виявилися показники розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР – 41,62% (699 942 особи; 1636,9 на 100 тисяч населення). Питома вага цих показників за 3 роки зменшилася з 42,5% у 2013 р. до 41,62% у 2015 р. Далі йшли показники органічних, в тому числі симптоматичних, розладів психіки – 15,98% (268 646 осіб; 628,3 на 100 тисяч населення). За ними – показники розладів психіки через розумову відсталість – 13,63% (229 206 осіб; 536,0 на 100 тисяч населення), показники групи шизофренії, шизотипових та маячних розладів – 10,3% (173 157 осіб; 405,0 на 100 тисяч населення), показники невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів – 7,71% (129 746 осіб; 303,4 на 100 тисяч населення), показники розладів психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого і підліткового віку – 5,94% (99 945 осіб; 233,7 на 100 тисяч населення) (рис. 4).

Показники первинної інвалідності через розлади психіки та поведінки також зазнали змін. Якщо у 2013 р. вони становили 26,1 на 100 тисяч населення, або 11 837 осіб, то у 2015 році ці показники зменшилися на 8,8%, до 23,8 на 100 тисяч населення, у абсолютних величинах – до 10 179 осіб. Така ж тенденція спостерігалась і серед показників контингенту хворих на розлади психіки та

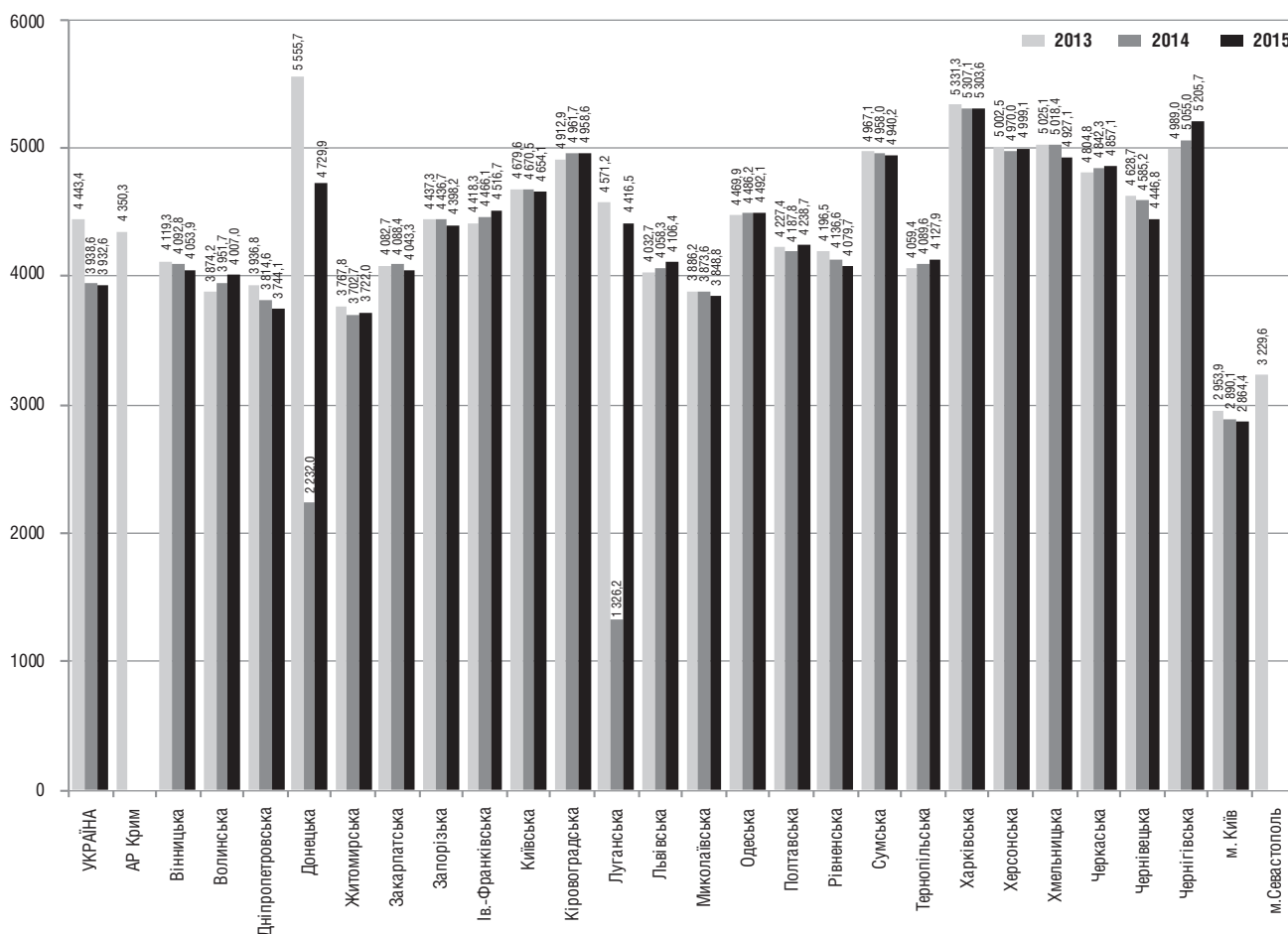


Рис. 3. Поширеність розладів психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, у 2013–2015 роках (на 100 тисяч населення)

поведінки, які мали групу інвалідності. У 2015 році він склав 604,3 на 100 тисяч населення, або 258 375 осіб. Цей показник, порівняно з 2013 р., знизився на 5,0%, з 636,3 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 604,3 – у 2015 р. Внесок первинної інвалідності у контингент інвалідів внаслідок розладів психіки і поведінки у 2015 р. склав 3,9% (у 2013 р. – 4,1%). Питома вага осіб, які мали інвалідність внаслідок розладів психіки та поведінки, у 2015 р. становила 26,3% серед кількості осіб з розладами психіки та поведінки, які перебували під наглядом у психоневрологічних закладах України на кінець року.

Первинна інвалідність унаслідок розладів психіки та поведінки у 2015 р. в Україні складала 23,8 на 100 тисяч населення. Значне перевищення цього показника спостерігали у Чернігівській – 35,7 (+50,0%), Черкаській і Запорізькій – по 35,4 (+49,4%) областях. Нижче середнього по Україні цей показник був у Луганській – 11,8 (–50,2%), Харківській – 17,7 (–25,6%) областях, у м. Київ – 18,3 (–23,1%) (рис. 5).

Контингент інвалідів унаслідок розладів психіки та поведінки у 2015 р. в Україні склав 604,3 на 100 тисяч населення. Перевищення спостерігали у Чернігівській – 799,6 (+32,3%), Волинській – 786,5 (+30,2%) та Львівській – 756,8 (+25,2%) областях. Нижче середнього по Україні цей показник був у Київській – 482,1 (–20,2%), Закарпатській – 489,2 (–19,0%) та Полтавській – 595,4 (–1,5%) областях (рис. 6).

Забезпеченість лікарями-психіатрами. Впродовж 2013–2015 рр. показники забезпеченості штатними посадами лікарів-психіатрів в Україні скоротилися на 15,0%,

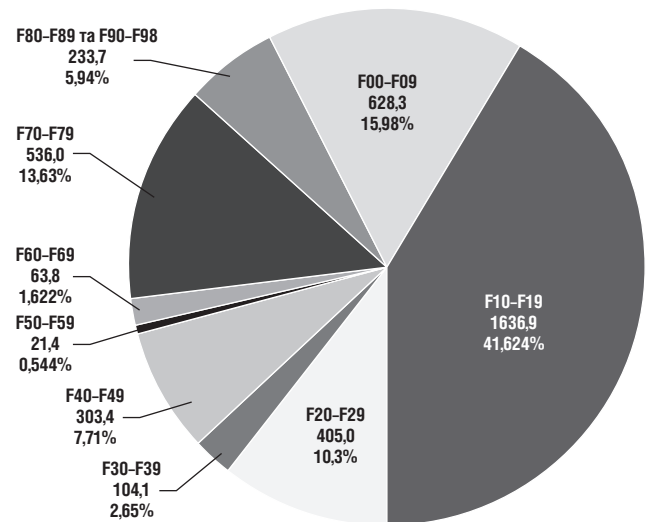


Рис. 4. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 році (у %)

з 9,2 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 7,8 – у 2015 р. Однак у м. Київ цей показник був перевищений на 46,0% (11,2), у Дніпропетровській області – на 38,9% (10,9), у Сумській області – на 34,5% (10,5). Значно меншим (на 29,8%), ніж середній по Україні, показник забезпеченості штатними посадами лікарів-психіатрів був у Закарпатській (–29,6%; 5,5 на 100 тисяч населення), Рівненській (–23,4%; 6,0), Чернівецькій (–16,8%; 6,5) областях.

Кількість фізичних осіб лікарів-психіатрів протягом 2013–2015 рр. скоротилася на 21,2% (з 3255 фізичних осіб

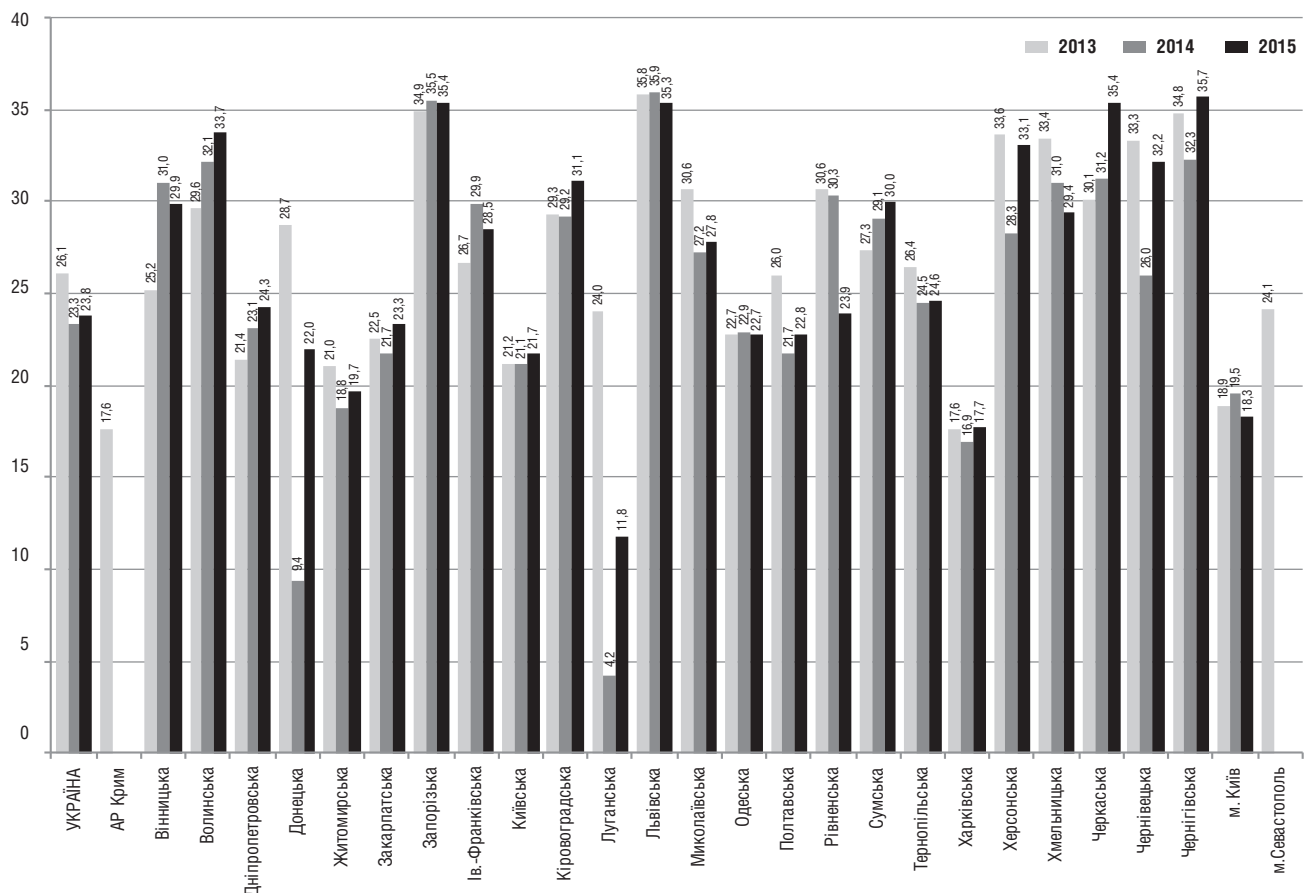


Рис. 5. Показники первинної інвалідності серед хворих на розлади психіки та поведінки у 2013–2015 роках (на 100 тисяч населення)

у 2013 р. до 2566 – у 2015 р.; у показниках скорочення на 16,3%: з 7,17 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 6,0 – у 2015 р. Відсоток укомплектованості фізичними особами штатних посад лікарів-психіатрів на кінець 2015 р. в Україні складав 76,8% та мав коливання у регіонах: у Львівській області досягав 94,6%, в Івано-Франківській – 92,5%, у Тернопільській – 88,0%, у м. Києві – 85,9%. Нижчий, ніж середній по Україні, показник укомплектованості був у Донецькій (54,9%), Луганській (62,0%) та Миколаївській (64,5 %) областях.

Забезпеченість дитячими лікарями-психіатрами.

Забезпеченість штатними посадами дитячих лікарів-психіатрів в Україні на кінець 2015 р. досягла 394,5 штатних посад, або 5,18 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. цей показник зменшився на 16,5%: з 6,2 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 5,18 у 2015 р. Вищим на 76,6%, ніж середній по Україні, цей показник був у м. Києві (9,15), на 56,9% – у Запорізькій (8,13), на 46,0% – у Сумській (7,56) областях. Значно нижчим, у 2,3 рази, ніж середній по Україні, цей показник був у Рівненській (2,17 на 100 тисяч населення), на 47,3% – у Волинській (2,73), на 46,7% – у Закарпатській (2,76) областях.

Кількість фізичних осіб – дитячих лікарів-психіатрів протягом 2013–2015 рр. скоротилась на 21,2%, з 4,72 на 100 тисяч дитячого населення у 2013 році до 3,86 – у 2015 р., та склала 294 фізичні особи.

Вищим, ніж середній по Україні, показник забезпеченості дитячими лікарями-психіатрами був у м. Києві –

в 1,9 рази (7,5 на 100 тисяч дитячого населення); на 86,5% (7,2) та 63,2% (6,3) у Львівській та Сумській областях відповідно. Протилежна тенденція спостерігалася у п'яти областях України: у 3,5 рази нижчим, ніж середній по Україні, показник забезпеченості фізичними особами дитячих лікарів-психіатрів був у Рівненській області (1,1), у 3,2 рази нижчим – у Кіровоградській (1,2), на 45,6% нижчим – у Волинській, Закарпатській, Хмельницькій (по 2,1) областях.

Відсоток укомплектованості фізичними особами штатних посад дитячих лікарів-психіатрів в Україні складав 74,5%. У Львівській області цей показник у 2015 р. сягав 105,3%, у Житомирській – 104,0%, в Івано-Франківській – 97,1%. Нестача кадрів спостерігалася у Кіровоградській (відсоток укомплектованості фізичними особами штатних посад сягав лише 29,6%), Одеській (41,7%) та Луганській (42,1%) областях.

Забезпеченість лікарями-психотерапевтами. Забезпеченість штатними посадами лікарів-психотерапевтів в Україні на кінець 2015 р. становила 246 посад або 0,58 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. кількість штатних посад лікарів-психотерапевтів скоротилась на 62,75, або на 20,3%. У показниках на 100 тисяч населення спостерігалось зниження на 14,7%, від 0,68 у 2013 р. до 0,58 у 2015 р. У регіонах на кінець 2015 р. показники, відносно середнього по Україні, коливалися від 0,15 на 100 тисяч населення у Хмельницькій області (в 3,9 рази менше, ніж середній по Україні) до 1,18 у м. Києві (у 2,0 рази більше, ніж середній по Україні).

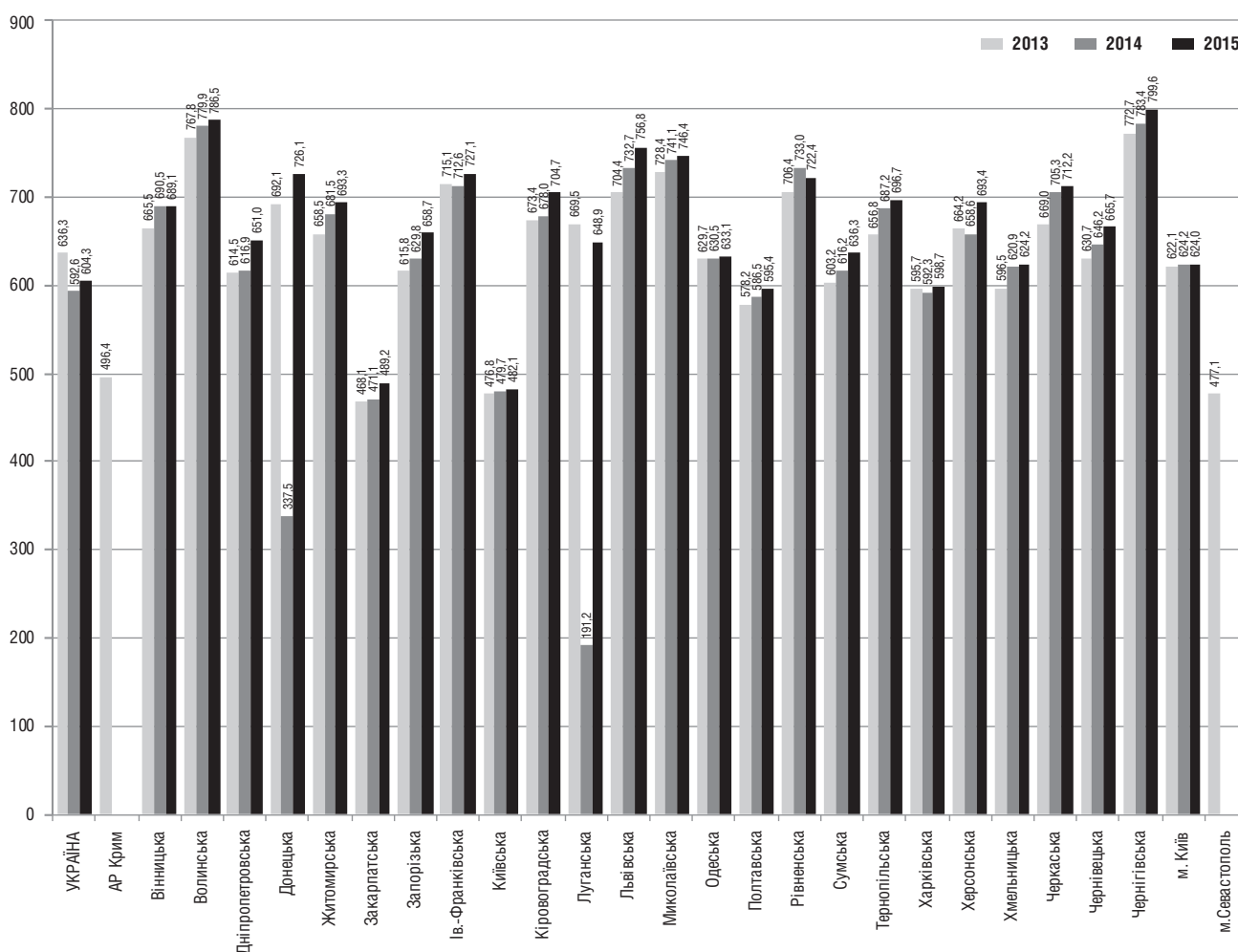


Рис. 6. Контингент хворих на розлади психіки та поведінки, які мають інвалідність, у 2013–2015 роках (на 100 тисяч населення)

Протягом 2013–2015 рр. кількість фізичних осіб лікарів-психотерапевтів зменшилася на 48 або на 23,8%. У показниках на 100 тисяч населення відбулося зменшення на 20,0%, від 0,45 у 2013 р. до 0,36 – у 2015 р. У 2015 р. коливання показника у регіонах спостерігалось від 0,06 у Київській області (у 6,0 разів менше, ніж середній по Україні) до 0,88 у м. Києві (у 2,4 раза більше, ніж середній по Україні). Укомплектованість фізичними особами штатних посад лікарів-психотерапевтів у 2015 р. в Україні складала 62,6% (65,4% у 2013 р.). Показники у регіонах у 2015 р. коливалися від 9,5% у Київській до 92,3% у Волинській областях.

Забезпеченість лікарями-психологами. Забезпеченість штатними посадами лікарів-психологів в Україні на кінець 2015 р. становила 222 штатні посади, або 0,52 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. кількість штатних посад лікарів-психологів зросла на 23 посади, або на 11,6%. Середній по Україні показник на 100 тисяч населення зріс на 18,2%, з 0,44 у 2013 р. до 0,52 у 2015 р. У регіонах в 2015 р. спостерігалось коливання вказаного показника – від 0,03 у Донецькій (в 17,3 раза менше, ніж середній по Україні) до 2,61 у м. Києві (у 5,0 разів більше, ніж середній по Україні).

В Україні у 2015 р. показник укомплектованості фізичними особами штатних посад лікарів-психологів становив 62,6% (65,4% у 2013 р.). Показник мав коливання у регіонах: від 22,2% у Дніпропетровській до 104,4% у Житомирській областях. 100% укомплектованість була у Запорізькій, Івано-Франківській та Сумській областях.

Забезпеченість лікарями-наркологами. Забезпеченість штатними посадами лікарів-наркологів в Україні на кінець 2015 р. становила 1353,5 штатних посад, або 3,17 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. кількість штатних посад скоротилася на 306 одиниць, або на 18,4%. У показниках на 100 тисяч населення спостерігалось скорочення на 13,4%: з 3,66 у 2013 р. до 3,17 у 2015 р. Забезпеченість штатними посадами лікарів-наркологів у 2,1 раза перевищувала середній по Україні у Луганській області (6,67 на 100 тисяч населення), на 65,3% (5,24) і 60,9% (5,10) у Сумській та Полтавській областях відповідно. У 1,5 раза нижчим, ніж середній по Україні, цей показник у 2015 р. був у м. Києві (2,07), на 30,3% – у Львівській (2,21), на 18,3% – у Закарпатській (2,59) областях.

Кількість фізичних осіб лікарів-наркологів впродовж 2013–2015 рр. скоротилася на 246, або на 20,8%. Показник на 100 тисяч населення протягом того ж періоду знизився на 16,2%, з 2,6 у 2013 р. до 2,18 у 2015 р. На 43,1% у 2015 р. вказаний показник був перевищений у Черкаській (3,12), на 59,6% – у Сумській (3,48), на 41,3% – у Кіровоградській (3,08) областях.

Відсоток укомплектованості фізичними особами штатних посад лікарів-наркологів в Україні на кінець 2015 р. складав 69,0% (71,1% у 2013 році). У Закарпатській області цей показник досягав 95,4%, у Львівській – 93,3%, в Івано-Франківській – 89,2%, у Луганській – лише 33,3%, у Київській – 54,8%, у Дніпропетровській – 55,8%, у Донецькій – 57,1%.

Ліжковий фонд психіатричних ліжок для дорослих на кінець 2015 р. нараховував 30 213 ліжок: 62 психіатричні і психоневрологічні лікарні мали 28 469 психіатричних ліжок для дорослих (94,2% ліжкового фонду психіат-

ричних ліжок для дорослих), стаціонарні відділення психоневрологічних диспансерів мали 978 ліжок (3,2%). У двох обласних соматичних лікарнях було розміщено 40 ліжок (0,13%), 10 міських лікарень мали 565 ліжок (1,9%), 9 центральних районних та районних лікарень мали 161 ліжко (0,53%).

Забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2015 р. складала 86,0 на 100 тисяч дорослого населення, або 30 213 ліжок. Протягом 2013–2015 рр. кількість цих ліжок скоротилася на 6813 одиниці, або на 18,4%. Показник ліжкового фонду на 100 тисяч дорослого населення за той же період знизився на 13,2%, з 99,1 у 2013 р. до 86,0 у 2015 р.

Найкраще забезпечення психіатричними ліжками для дорослих у 2015 р. було у Луганській – 145,6 на 100 тисяч дорослого населення (відхилення від середнього по Україні показника +69,3%), Сумській – 139,5 (+62,2%) та Дніпропетровській – 137,3 (+59,7) областях; найгірше – у Донецькій – 56,9 (–33,8%), Чернівецькій – 62,6 (–27,2%) та Житомирській – 67,9 (–21,0%) областях.

Психіатричні ліжка для дітей на кінець 2015 р. склали 1439 одиниць, з них у психіатричних і психоневрологічних лікарнях – 1064 (або 73,9% ліжкового фонду дитячих психіатричних ліжок), у стаціонарних відділеннях психоневрологічних диспансерів – 125 ліжок (або 8,7%), у двох міських лікарнях – 80 ліжок (або 5,6%), у інших лікарнях – 170 ліжок (або 11,8%).

Забезпеченість населення дитячими психіатричними ліжками на кінець 2015 р. становила 18,9 на 100 тисяч дитячого населення, або 1439 ліжок. Впродовж 2013–2015 рр. кількість цих ліжок скоротилася на 342 одиниці, або на 19,2%, у показниках на 100 тисяч населення спостерігалось зниження на 15,2%, з 22,3 у 2013 р. до 18,9 у 2015 р.

Найкраще забезпечення психіатричними ліжками для дітей на кінець 2015 р. було у Дніпропетровській – 44,9 на 100 тисяч дитячого населення (відхилення від середнього по Україні показника у 2,4 раза), Черкаській – 31,6 (+67,2%) та Харківській – 28,4 (+50,3%) областях, а найгірше – у Рівненській – 3,6 (у 5,25 раза менше, ніж середній по Україні), Івано-Франківській – 7,1 (менше у 2,7 раза), Волинській – 8,4 (менше у 2,25 раза) та Донецькій – 9,6 (менше у 2,0 раза) областях. Варто зазначити, що у Луганській області у 2015 р. дитячі психіатричні ліжка відсутні.

Ліжковий фонд наркологічних ліжок на кінець 2015 р. налічував 3968 одиниць, з яких 100 ліжок виділено для примусового лікування хворих з тяжкими супровідними захворюваннями (2,5% ліжкового наркологічного фонду). Забезпеченість населення України наркологічними ліжками на кінець 2015 р. становила 9,3 на 100 тисяч населення.

У 19 психіатричних, психоневрологічних лікарнях розміщено 753 наркологічні ліжка (19,0% ліжкового наркологічного фонду), у 3 наркологічних лікарнях – 378 ліжок (9,5%), у 23 стаціонарних відділеннях наркологічних диспансерів – 2457 ліжок (61,9%), у 3 психоневрологічних диспансерах – 106 ліжок (2,7%), 6 міських лікарень мали у своєму ліжковому фонді 155 наркологічних ліжок (3,9%), 8 центральних районних і районних лікарень – 119 наркологічних ліжок (3,0%).

Протягом 2013–2015 рр. ліжковий фонд наркологічних ліжок скоротився на 1236 одиниць, або на 23,8%, у відповідних показниках на 100 тисяч населення спостерігалось зниження на 19,1%, з 11,5 у 2013 р. до 9,3 у 2015 р.

Вищою, ніж середня по Україні, забезпеченість наркологічними ліжками була у Полтавській – 15,3 на 100 тисяч населення (+64,5%), Сумській – 15,1 (+62,4%) та Житомирській – 14,7 (+58,1%) областях; нижчою – у Одеській – 5,2 (–44,1%), Чернівецькій – 5,5 (–40,9%) та Донецькій – 5,6 (–39,8%) областях.

Кількість денних психіатричних стаціонарів протягом 2013–2015 рр. зменшилася на 24,2%, з 99 у 2013 р. до 75 у 2015 р., за рахунок АР Крим, Донецької та Луганської областей. Кількість місць у денних психіатричних стаціонарах протягом 2013–2015 рр. зменшилася на 29,7%, або на 1351 місце.

Забезпеченість населення місцями у денних психіатричних стаціонарах зменшилася на 25,3%, з 10,04 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 7,50 – у 2015 р. Значно вищий, у 2,7 раза, показник забезпеченості місцями був у Харківській області (20,25 на 100 тисяч населення), у 2,6 раза вищий – у м. Києві (19,32), у 2,3 раза вищий – у Донецькій області (17,3). Значно менший, у 8,0 разів, цей показник був у Херсонській (0,94), у 6,9 раза менший – в Івано-Франківській (1,09), у 6,1 раза менший – у Полтавській (1,32) областях.

Важливим на сьогодні є **показник госпіталізації хворих на розлади психіки та поведінки у примусовому порядку до психіатричного стаціонару**. Середній по Україні показник примусової госпіталізації у 2015 р. становив 1,77% (1,57% у 2013 р.) від кількості хворих на розлади психіки та поведінки, які були госпіталізовані до психіатричних стаціонарів.

Кількість госпіталізованих у примусовому порядку хворих з розладами психіки та поведінки протягом 2013–2015 рр. зменшилася, причому у 2014 р., порівняно з 2013 р., – на 40,9%, з 3647 осіб у 2013 р. до 2156 осіб у 2014 р. У 2015 р. зменшення складало 10,6%, порівняно з 2013 р.

За кількістю госпіталізованих у примусовому порядку переважали Дніпропетровська – 1398 осіб, відсоток від усіх госпіталізованих з розладами психіки та поведінки – 6,53% (більше, ніж середній по Україні, у 3,7 раза), Хмельницька – 523 особи, 6,82% (більше у 3,8 раза), Харківська – 322 особи, 2,82% (більше у 1,6 раза) області. Найменше госпіталізованих у 2015 р. було у Київській – 4 особи, 0,06%, Миколаївській – 5 осіб, 0,12%, Херсонській – 9 осіб, 0,18% областях.

Висновки

Підсумовуючи вищенаведене можна констатувати, що протягом 2013–2015 рр. у службі охорони психічного здоров'я України відбулися наступні зміни:

1. Зареєстрована захворюваність на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, на кінець 2015 р. в Україні складала 1 706 070 осіб, або 3989,9 на 100 тисяч населення. Показник 2015 р. виявився на 14,0% більшим, ніж показник 2013 р.

2. Захворюваність на розлади психіки та поведінки, включно з розладами психіки внаслідок вживання ПАР, у 2015 р. складала 458,8 на 100 тисяч населення.

3. У структурі захворюваності у 2015 р. перше місце займали показники розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР – 58,41%, друге – показники органічних, у тому числі симптоматичних, розладів психіки – 13,7%, третє – показники невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів – 9,36%.

4. У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 р. перше місце було за показниками розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (F10-F19) – 41,62%. Питома вага цих показників зменшилася за 3 роки на 0,9%. На показники органічних, у тому числі симптоматичних, розладів психіки (F00-F09) припадало 15,98%, на показники розладів психіки через розумову відсталість (F70-F79) – 13,63%, на показники групи шизофренії, шизотипових та маячних розладів (F20-F29) – 10,3%, на показники невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F49) – 7,71%, на показники розладів психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого і підліткового віку (F80-89 та F90-98) – 5,94%.

5. Первинна інвалідність унаслідок розладів психіки та поведінки знизилась на 8,8%, тобто до 23,8 на 100 тисяч населення. Контингент інвалідів внаслідок розладів психіки та поведінки складав 26,3% від кількості осіб з розладами психіки та поведінки, які перебували під наглядом у психоневрологічних закладах України на кінець року.

6. Протягом 2013–2015 рр. забезпеченість штатними посадами лікарів-психіатрів в Україні знизилася на 15,0%: з 9,2 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 7,8 у 2015 р.

7. Забезпеченість штатними посадами дитячих лікарів-психіатрів в Україні на кінець 2015 р. сягала 394,5 штатних посад, або 5,18 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. цей показник зменшився на 16,5%: з 6,2 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 5,18 у 2015 р.

8. Забезпеченість штатними посадами лікарів-психотерапевтів в Україні на кінець 2015 р. становила 246 посад, або 0,58 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. кількість штатних посад лікарів-психотерапевтів скоротилася на 62,75, або на 20,3%.

9. Забезпеченість штатними посадами лікарів-психологів в Україні на кінець 2015 р. становила 222 штатні посади, або 0,52 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. кількість штатних посад лікарів – психологів зросла на 23 посади, або на 11,6%.

10. Забезпеченість штатними посадами лікарів-наркологів в Україні на кінець 2015 р. становила 1353,5 штатних посад, або 3,17 на 100 тисяч населення. Протягом 2013–2015 рр. кількість штатних посад скоротилася на 306 посад, або на 18,4%.

11. Забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2015 р. складала 86,0 на 100 тисяч дорослого населення, або 30213 ліжок. Протягом 2013–2015 рр. кількість цих ліжок скоротилася на 6813, або на 18,4%.

12. Забезпеченість населення дитячими психіатричними ліжками на кінець 2015 р. складала 18,9 на 100 тисяч дитячого населення, або 1439 ліжок. Протягом 2013–2015 рр. кількість цих ліжок скоротилася на 342 ліжка, або на 19,2%.

13. Протягом 2013–2015 рр. ліжковий фонд наркологічних ліжок скоротився на 1236 одиниць, або на 23,8%.

14. Забезпеченість населення місцями у денних пси-

хіатричних стаціонарах зменшилася на 25,3%, з 10,04 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 7,50 у 2015 р.

15. Кількість госпіталізованих у примусовому порядку хворих з розладами психіки та поведінки протягом 2013–2015 рр. зменшилася, причому у 2014 р., порівняно з 2013 р., – на 40,9%; з 3647 осіб у 2013 р. до 2156 осіб у 2014 р. У 2015 р. зменшення складало 10,6%, порівняно з 2013 р.

Список використаної літератури

1. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2013–2015 рр. // Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; Центр медичної статистики МОЗ України. – Кіровоград: ПП «Поліум», 2016. – 80 с.
2. Динаміка стану психічного здоров'я населення та організації психіатричної та наркологічної допомоги в Україні (аналітико-статистичний довідник за 2009–2013 роки у графіках і таблицях). – К.: УкрНДІ ССПН МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2014. – 664 с.

References

1. *Psychichne zdorovia naselennia Ukrainy. Analytychno-statystychnyi dovidnyk 2013–2015 rr.* [Mental health of population in Ukraine. Analytical and statistical handbook 2013–2015] Ukrainyskyi NDI sotsialnoi i sudovoi psykhiiatrii ta narkolohii MOZ Ukrainy, Tsentri medychnoi statystyky MOZ Ukrainy [Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine] Kirovograd: PP «Polium», 2016. 80 p.
2. *Dynamika stanu psykhichnoho zdorov'ia naselennia ta orhanizatsii psykhiiatrychnoi ta narkolohichnoi dopomohy v Ukraini (analytyko-statystychnyi dovidnyk za 2009–2013 roky u hrafikakh i tablytsiakh)* [The dynamics of the mental state of health and mental health and drug treatment in Ukraine (analytical and statistical handbook for 2009–2013 in graphs and tables)] Ukrainyskyi NDI sotsialnoi i sudovoi psykhiiatrii ta narkolohii MOZ Ukrainy, Tsentri medychnoi statystyky MOZ Ukrainy [Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine; Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine] Kyiv, 2014. 664 p.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ В ПЕРИОД 2013–2015 гг.

И.Я. Пинчук, О.А. Петриченко, А.В. Колодежный, И.Ф. Здорик

Актуальность. Мониторинг и оценка динамики показателей психического здоровья позволит проводить политику адекватных реформ, что будет способствовать улучшению состояния психического здоровья страны.

Цель исследования: оценка динамики статистических показателей психического здоровья населения Украины за период 2013–2015 гг.

Материалы и методы. С помощью аналитического и статистического методов изучались статистические показатели психического здоровья населения Украины по результатам государственных годовых отчетов государственного учреждения «Центр медицинской статистики МОЗ Украины» за 2013–2015 гг.

Результаты. В статье приведены данные о динамике психического здоровья населения Украины за период 2013–2015 гг. На основании проведенного статистического анализа определены современные тенденции изменений показателей заболеваемости и распространенности расстройств психики и поведения, а также проблемы кластера организационных вопросов психиатрической и наркологической помощи в Украине.

Выводы. Зарегистрированная заболеваемость расстройствами психики и поведения, включая расстройства психики вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ), в 2015 г. выросла на 14,0% по сравнению с 2013 г. В структуре заболеваемости в 2015 г. первое место занимали показатели расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ (F10-F19) (58,41%), второе – показатели органических, включая симптоматические, расстройства психики (F00-F09) (13,7%), третье – показатели невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F40-F49) (9,36%). В структуре распространенности расстройств психики и поведения в 2015 г. первое место занимали заболевания группы F10-F19 (41,62%), второе – F00-F09 (15,98%), третье – F70-F-79 (13,63%), четвертое – F20-F29 (10,3%), пятое – F40-F49 (7,71%). Первичная инвалидность вследствие расстройств психики и поведения снизилась на 8,8%. На протяжении 2013–2015 гг. снизилась обеспеченность штатными должностями врачей-психиатров (на 15%), детских врачей-психиатров (на 16,5%), врачей-психотерапевтов (на 20,3%), врачей-наркологов (на 18,4%). Обеспеченность штатными должностями врачей-психологов увеличилась на 11,6%. На протяжении 2013–2015 гг. сократилась обеспеченность населения психиатрическими койками для взрослых (на 18,4%), детскими психиатрическими койками (на 19,2%), наркологическими койками (на 23,8%), койками в дневных психиатрических стационарах (на 25,3%). Количество госпитализированных в принудительном порядке пациентов с расстройствами психики и поведения в 2015 г. уменьшилось на 10,6%, по сравнению с 2013 г.

Ключевые слова: психическое здоровье населения, статистические показатели, динамика.

DYNAMICS OF THE MENTAL HEALTH OF POPULATION OF UKRAINE DURING 2013–2015

I.Ya. Pinchuk, O.O. Petrichenko, O.V. Kolodezhny, I.F. Zdoryk

Background. Monitoring and assessment of the dynamics of mental health indicators will allow to do adequate policy reforms that will help to improve the mental health status of the country.

Objective: assessment of the dynamics of statistical indicators of mental health in Ukraine during 2013–2015 years.

Methods and materials. We used the analytical and statistical methods to the study of statistical indicators of mental health in Ukraine as a result of annual reports during 2013–2015 years of the institution “Center for Health Statistics of Ministry of Health of Ukraine.”

Results. The article presents data on the dynamics of the Ukrainian population mental health for the period 2013–2015. Based on the statistical analysis identified current trends in the incidence and prevalence of mental disorders and behavior problems as well as a cluster of organizational questions of psychiatric and drug treatment in Ukraine.

Conclusions. The reported incidence of mental disorders and behavior, including mental disorders due to use of psychoactive substances (PAS) grew by 14,0% in 2015 compared to 2013. In the structure of morbidity in 2015 the first place occupied indicators mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-F19) (58,41%), the second – organic indicators, including symptomatic, mental disorders (F00-F09) (13,7%), the third – indicators of neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-F49) (9,36%). In the structure of the prevalence of mental disorders and behavior in 2015 the first place was in the group of diseases F10-F19 (41,62%), second – F00-F09 (15,98%), third – F70-F-79 (13,63%), the fourth – F20-F29 (10,3%), the fifth – F40-F49 (7,71%). Primary disability due to mental and behavioral disorders has decreased by 8,8%. During 2013–2015 decreased availability of established posts of psychiatrists (15%), child psychiatrists (16,5%), therapists (20,3%), narcologists (18,4%). Availability of established posts of doctors-psychologists increased by 11,6%. During 2013–2015 decreased availability for the population of psychiatric beds for adults (18,4%), children's mental health beds (19,2%), narcological beds (23,8%), beds in psychiatric day hospitals (25,3%). During 2013–2015 the volume of patients with mental disorders and behavior, who was involuntary hospitalized, decreased by 10,6% in 2015 compared to 2013.

Key words: mental health of population, statistics, dynamics.

І.Я. Пінчук, Н.М. Степанова, О.В. Колодежний, І.Ф. Здорик
АНАЛІЗ СИСТЕМ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
КРАЇН – ЧЛЕНІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ТА УКРАЇНИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
kolodezhny@ukr.net

Актуальність. Питанням охорони психічного здоров'я щороку приділяється все більше уваги, про що свідчить кількість доповідей та обговорень, прийнятих декларацій, пактів, резолюцій, проектів плану дій та стратегій у світових міжнародних інституціях.

Мета дослідження: на підставі аналізу систем охорони психічного здоров'я країн – членів Європейського Союзу та України визначити принципи реформування системи охорони психічного здоров'я населення України.

Матеріали й методи. Дослідження базується на матеріалі, отриманому із відкритих джерел інформації; використано методи аналізу, синтезу та порівняння.

Результати. Системи охорони здоров'я (ОЗ) країн – членів Європейського Союзу (в т.ч. охорони психічного здоров'я) відрізняються різною ефективністю та мають свої недоліки. У світі немає системи ОЗ, яка надавала б медичні послуги в необмеженому обсязі без страхових внесків, відрахувань або пайової участі та передбачала повну свободу вибору лікаря. Зростання витрат на систему ОЗ характерне для всіх країн та призводить до дефіциту бюджету, підвищення податків і скорочення соціальних пільг. У статті наведено динаміку показників психічного здоров'я та розкриті проблемні аспекти самогубств. Описано цикл психічного благополуччя з урахуванням соціально-психологічних, економічних, матеріальних умов, визначено роль та місце різноманітних факторів ризику у ньому.

Висновки. Країни з найефективнішими системами ОЗ досягають результату за рахунок відмови від централізованого державного контролю й опираються на ринкові механізми (конкуренцію, фінансову дисципліну, поділ витрат, ринкові ціни та свободу вибору для споживача). Особливості динаміки показників психічного здоров'я мають бути враховані при розробці пріоритетних напрямків реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні. Питання стигматизації та табу щодо психічних розладів та самогубств заслуговують на особливу увагу. Для забезпечення ефективності національних заходів реагування потрібна всеохоплююча міжсекторальна стратегія запобігання самогубствам. Розробка національної стратегії запобігання самогубствам має стати одним із пріоритетів розвитку системи ОЗ в Україні. На підставі проведеного аналізу визначені основні принципи реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Ключові слова:
система охорони
психічного здоров'я,
Україна, Європейський
Союз, принципи,
реформування, суїцид,
цикл психічного
здоров'я.

Актуальність. Охорону психічного здоров'я зараховано до числа пріоритетних завдань глобального порядку денного в Доповіді про стан охорони здоров'я у світі «Психічне здоров'я: нове розуміння, нова надія», яка була затверджена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2002 році.

Держави – члени Європейського регіону ВООЗ на конференції в Гельсінкі у 2005 р. прийняли Європейську декларацію і план дій з охорони психічного здоров'я, які були також підписані Європейською комісією й Радою Європи та затверджені Регіональним комітетом

(EUR / RC55 / R2). Тим самим було визначено програму дій з викорінення стигматизації й дискримінації та розвитку системи послуг на рівні місцевих громад.

У 2008 р. Європейське регіональне бюро ВООЗ за фінансової підтримки з боку Європейської комісії опублікувало доповідь, в якій було відображено картину неоднакового стану систем охорони психічного здоров'я в Європі [3].

Того ж року Європейська комісія прийняла Європейський пакт про охорону психічного здоров'я і благополуччя, в якому головна увага приділяється таким п'яти

пріоритетними галузями: психічне здоров'я молоді та учнів, профілактика депресії і суїциду, психічне здоров'я літніх людей, сприяння соціальному залученню і боротьба зі стигматизацією, зміцнення психічного здоров'я на робочих місцях. Для кожної з цих галузей був розроблений ряд рекомендацій.

2008 рік був відзначений набранням чинності Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права інвалідів, яку нині ратифікували більшість держав – членів Європейського регіону, ВООЗ і Європейський союз. Конвенція наділяє осіб з обмеженими можливостями, в тому числі зумовленими порушеннями інтелекту, правом на повноцінну та реальну участь у житті суспільства без будь-якої стигматизації та дискримінації.

У 2010 р. Європейське регіональне бюро ВООЗ і Європейська комісія завершили спільно фінансований проект з посилення заходів, спрямованих на розширення прав і можливостей людей з порушеннями психічного здоров'я та їх родин, участь в якому брали організації користувачів послуг та їх сімей. ВООЗ опублікувала офіційну заяву з питання розширення прав і можливостей користувачів послуг, в якій містилися показники прогресу в розширенні прав і можливостей споживачів послуг охорони психічного здоров'я [4].

У червні 2011 р. Рада Європейського союзу під головуванням Угорщини оприлюднила висновки, в яких є заклик до держав – членів розглядати охорону психічного здоров'я і підвищення психічного благополуччя як одне зі своїх пріоритетних завдань та пропозиція Європейській комісії – продовжувати вживати заходи з охорони психічного здоров'я й благополуччя та надавати державам – членам ЄС допомогу в проведенні наукових досліджень в галузі психічного здоров'я та його детермінант, враховуючи при цьому роботу, проведenu в даній галузі ВООЗ та Організацією економічного співробітництва та розвитку.

У 2013 р. стартував Проект спільних дій з охорони психічного здоров'я і благополуччя, одним із джерел фінансування якого стала Програма ЄС з охорони здоров'я. На глобальному рівні здійснюється ряд заходів, спрямованих на заохочення належної клінічної практики. У 2008 р. ВООЗ почала реалізацію Програми щодо заповнення прогалин у галузі охорони психічного здоров'я [5]. У ній узагальнюються всі надійніші наукові дані, що підтверджують ефективність втручань у галузі охорони психічного здоров'я.

Програма охоплює цілий ряд психічних розладів і є основою для здійснення заходів щодо розширення масштабів допомоги людям з порушеннями психічного здоров'я, невротичними розладами і порушеннями здоров'я, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами.

Головними компонентами Плану дій з реалізації Європейської стратегії профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями у 2012–2016 рр. (EUR / RC61 / 12) та Європейського плану дій щодо скорочення шкідливого вживання алкоголю у 2012–2020 рр. (EUR / RC61 / 13) є інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація) і профілактика. Ці плани дій були розроблені після прийняття в 2009 р. відповідних глобальних стратегій [6] і стали цінним внеском у підготовку Наради

високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними, яка відбулася у 2011 р.

Генеральна Асамблея ООН у своїй резолюції «Здоров'я населення світу і зовнішня політика» (A / RES / 65 / 95), прийняті на шістдесят п'ятій сесії в 2011 р., визнала, що «...проблеми психічного здоров'я мають велике значення для будь-якого суспільства і є істотним фактором, що збільшує тягар захворювань і веде до зниження якості життя, й призводять до величезних економічних і соціальних витрат...» [7]. У прийнятій в 2012 р. резолюції WHA65.4 [8] Всесвітня асамблея охорони здоров'я доручила розробити комплексний глобальний план дій з охорони психічного здоров'я, який би охоплював послуги, політику, законодавство, плани, стратегії та програми, спрямовані на забезпечення лікування, сприяння одужанню і профілактику психічних розладів, а також на зміцнення психічного здоров'я та розширення прав і можливостей людей з психічними розладами для того, щоб вони могли жити повноцінним і плідним життям у суспільстві. Цей план дій був прийнятий Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в травні 2013 р. (WHA 66.8) [9].

Мета дослідження: на підставі аналізу систем охорони психічного здоров'я країн – членів Європейського Союзу та України визначити принципи реформування системи охорони психічного здоров'я населення України.

Матеріали та методи дослідження

Методологічною та інформаційною базою роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних науковців, електронні ресурси міжнародних організацій, нормативно-правові акти та матеріали періодичних видань. На підставі даних, отриманих із відкритих джерел інформації, було проаналізовано особливості функціонування систем охорони здоров'я країн – членів Європейського Союзу та України в цілому та систем охорони психічного здоров'я зокрема.

У дослідженні використано методи аналізу, синтезу та порівняння.

Результати та їх обговорення

1. Аналіз систем охорони здоров'я країн Європейського регіону

Загальноприйнятим підходом вважають вивчення досвіду інших країн перед початком реформування у власній державі. Прицільний розгляд поставленої проблеми показує, що майже у всіх країнах світу системи охорони здоров'я (ОЗ) стикаються з проблемами зростання витрат та обмеженням доступності медичної допомоги для певних верств населення. Такі показники як рівень централізації й регулювання, місце приватного страхування, розподіл витрат між населенням значно відрізняються між країнами, тому універсальної моделі організації ОЗ не існує, а наявні – постійно зазнають змін та реформування. Система ОЗ певної країни є сукупністю особливостей економіко-політичних характеристик, історії та національних традицій.

Виділяють наступні типи систем ОЗ.

- Система єдиного платника – обсяг та вартість медичних послуг визначається та оплачується державою за рахунок податків.

У деяких випадках медики є державними службовцями, які отримують зарплату, в інших вони залишаються незалежними й одержують компенсацію залежно від обсягу наданих послуг і проведених лікувальних заходів.

• Медичне страхування:

- а) за місцем роботи – забезпечення працівників «базовим» медичним страхуванням (частіше через напівприватні «лікарняні каси»), страхові внески є різновидом податку на зарплату і виплачуються безпосередньо до відповідного фонду;
 - б) приватне страхування – можливість розширення переліку медичних послуг, які покриваються «базовим» страховим пакетом; внески сплачують самі громадяни.
- Керована конкуренція – перелік медичних послуг «стандартного страхового пакета» визначається державою; громадянин може вибирати провайдер медичних послуг та страхову компанію.

Цікавим є поняття «моральний ризик» – схильність осіб до надмірного споживання товарів та послуг, що забезпечують їм вищу вигоду без відповідного підвищення витрат. Через це більшість країн – членів Європейського Союзу чітко регламентують перелік послуг, які надаються за кошт держави або покриваються страховкою. Решта витрат лягає на споживача, або повністю, або за визначеною пропорцією.

Оскільки система охорони психічного здоров'я тісно пов'язана з основами функціонування системи охорони здоров'я в країні загалом, ми розглядали її через призму порівняння загальних основ забезпечення систем охорони здоров'я деяких країн – членів Європейського Союзу.

ФРАНЦІЯ

Тип системи ОЗ: загальне медичне страхування (з «ринковим» підходом, у тому числі з поділом витрат зі споживачем).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Охоплює близько 99% громадян.
- Обсяг витрат приблизно 11,5% ВВП.
- Базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується через систему страхових фондів (діяльність регулює та контролює держава).
- Рівні страхових внесків (в основному – податок на зарплату), виплат і компенсацій провайдерам медичних послуг визначає уряд.
- Існує фонд для страхування безробітних.
- За рахунок страхових фондів покриваються амбулаторне та стаціонарне лікування, послуги лікарів загальної практики та фахівців, діагностичні обстеження, допомога на дому, ліки за рецептом (перелік послуг регламентується нормативними актами).
- Як правило, пацієнти отримують компенсацію за самостійно оплачене лікування від фонду чи страховика.
- Пацієнту доступна медична допомога в приватному порядку за власний кошт.
- Бюрократизм та державне регулювання не дозволяють системі ОЗ швидко реагувати на зміну обставин, позбавляють її гнучкості.

ІТАЛІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Фінансування за рахунок податку на зарплату та інших доходів бюджету.
- Обсяг витрат – приблизно 9,2% ВВП.
- Уряд встановлює «основні рівні медичної допомоги», регіональна влада зберігає контроль над власним бюджетом та розподілом ресурсів на місцевому рівні.
- Медичні послуги надаються в державних лікарнях або в приватних установах за контрактом з місцевим управлінням ОЗ.
- Безкоштовно надаються лікування в стаціонарі та первинна медико-санітарна допомога за місцем надання.
- Діагностичні процедури, послуги фахівців та ліки за рецептом оплачуються в дольовій участі з пацієнтом (до 30%).
- Свобода вибору лікаря обмежена, необхідна реєстрація у терапевта за регіональним принципом.
- Діагностичне обстеження, госпіталізація та звернення до фахівця відбуваються за направленням (окрім невідкладної допомоги).
- Існує приватне медичне страхування (ним користується близько 35% населення).
- Кількість ліків, яку покриває страхування, жорстко обмежена, ціни на них контролюються.
- Недоліки: бюрократизм, організаційні труднощі, нестримне зростання витрат і довгі черги за медичною допомогою.

ІСПАНІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (децентралізована); загальне державне страхування.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Основні функції делеговані регіональній владі.
- Усім регіонам надається спільний грант з урахуванням чисельності населення та інших факторів. Кожний регіон має право задовольняти медичні потреби власними коштами.
- Обсяг витрат приблизно 9,0% ВВП.
- Медичне страхування охоплює до 98,7% громадян.
- Страхування покриває первинне медичне обслуговування (в т.ч. терапевтичне, педіатричне, хірургічне, надзвичайну та невідкладну допомогу, лікування довготривалих захворювань, рецептурні ліки).
- **Послуги, пов'язані з лікуванням психіатричних захворювань, особливо в амбулаторному порядку, а також косметична хірургія страхуванням не забезпечуються.**
- Пацієнт позбавлений права вибору лікаря. Він закріплюється до терапевта за місцем проживання.
- Приватне медичне страхування має 12% населення (одночасно з державним страхуванням).
- Спеціалізовані медичні послуги реалізуються через направлення терапевта (середній час очікування – 65 днів).
- Реабілітація, догляд за тими, хто одужує, чи смертельно хворими, як правило, лягає на плечі родичів.
- Існує практика оплати послуг приватних медиків «з кишені».

- Лікарі, які працюють у лікарнях, та 75% інших медиків вважаються «наполовину державними службовцями» й отримують платню, розмір якої залежить від медичного стажу, професійних навиків та вмінь.

НОРВЕГІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (загальне медичне страхування).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Фінансування за рахунок податків.
- Обсяг витрат приблизно 9,7% ВВП.
- Поширюється на всіх громадян Норвегії та іноземців, які живуть і працюють у державі.
- Норвежці мають право не користуватися державною системою та оплачувати медичні послуги власним коштом. Багато хто лікується за кордоном, щоб уникнути черг до фахівців та на госпіталізацію («листи очікування»).
- Страхування покриває амбулаторне та стаціонарне лікування, діагностичні обстеження, допомогу фахівців, обслуговування матері й дитини, профілактичні медичні заходи, паліативний догляд і рецептурні ліки, лікарняні листи та допомогу за інвалідністю.
- Амбулаторне лікування, послуги терапевтів, психологів та психіатрів передбачають можливість пайової участі пацієнта в оплаті послуг.
- Існує невелика кількість приватних лікарень.
- Вибір лікаря пацієнтом обмежений: можливий вибір терапевта зі списку, складеного державою. Змінити лікаря можна не частіше, ніж двічі на рік.
- Лікар загальної практики виконує функції «диспетчера». Прийом у фахівця відбувається лише за направленням терапевта.
- Близько 23% пацієнтів очікують госпіталізації понад 3 місяці.

ПОРТУГАЛІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (централізована державна система ОЗ із загальним страхуванням).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Фінансування за рахунок податків.
- Обсяг витрат приблизно 9,5% ВВП.
- Страхування охоплює широкий набір медичних послуг, які надаються безкоштовно або майже безкоштовно (стаціонарне й амбулаторне лікування, включаючи допомогу фахівців, діагностичні обстеження, допомогу матері й дитини та ліки за рецептом). Передбачається пайова участь пацієнта (до 40%) в оплаті за діагностичні обстеження, лікування в лікарні, консультації у фахівців і рецептурні ліки.
- Найчастіше реабілітаційна та стоматологічна допомога страхуванням не покривається.
- Терапевти і лікарі, які працюють у лікарнях, є державними службовцями. Їм також дозволено мати приватну практику.
- Фахівці, як правило, мають приватну практику та працюють на державу за контрактом.
- Приблизно 25% населення охоплені схемами, що побудовані за галузевим чи професійним принципом («підсистеми»).

- Близько 10% населення отримують через pracедавця приватне страхування, що покриває лікування в стаціонарі та послуги фахівців, окрім первинної медичної допомоги та реабілітації.
- Вибір провайдерів медичних послуг вкрай обмежений. Усі громадяни мають обрати терапевта з переліку, що складається порайонно.
- Прийом у фахівця або лікування у стаціонарі відбувається за направленням терапевта (окрім випадків екстреної допомоги).
- «Листи очікування» великі та поширені. Тому португальці звертаються до лікарів приватної практики й оплачують послуги «з кишені».

ГРЕЦІЯ

Тип системи ОЗ: медичне страхування здійснюється за місцем роботи, проте по суті – система єдиного платника.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Pracедавець зобов'язаний підключити працівника до одного з «фондів соціального страхування», які побудовані за галузевим принципом та фінансуються частково за рахунок податку на зарплату й загальних податкових надходжень до бюджету.
- Обсяг витрат приблизно 8,1% ВВП.
- Перелік медичних послуг, розміри внесків та категорії провайдерів для застрахованих громадян визначає Міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення. Воно також визначає бюджети лікарень, їх штатний розклад, рівень зарплат співробітників, кількість ліжок і обсяг закупівель устаткування. Дотримання лікарнями бюджетних рамок жорстко контролюється, їх свобода дій різко обмежена.
- У державній системі ОЗ є свої лікарі та лікарні. Ця система діє паралельно з фондами, грає допоміжну роль, надає медичну допомогу незастрахованим і літнім громадянам.
- Державні лікарні можуть працювати за контрактами з фондами соціального страхування.
- Прийом в лікарню відбувається тільки за направленням лікаря-терапевта. Лікарі приватної практики не мають права направляти пацієнтів до державних медичних установ.
- Близько 83% населення мають страховку, яка покриває первинну медичну допомогу, приблизно 97% – страховку, що охоплює послуги лікарень.
- Лише близько 8% громадян Греції мають додатковий поліс приватного страхування.
- Медичний бюрократичний апарат вкрай заполітизований: призначення на будь-яку посаду в державному секторі охорони здоров'я неможливе без санкції на рівні міністерства.

НІДЕРЛАНДИ

Тип системи ОЗ: модель керованої конкуренції.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Є однією з найбільш ринково орієнтованих в Європі.
- Обсяг витрат приблизно 10,9% ВВП.
- Кожен громадянин повинен придбати базовий страховий поліс у однієї з приватних фірм.

- Від 1,5 до 2% населення країни не мають медичного страхування.
- Обов'язковий страховий пакет включає послуги терапевтів, фахівців, лікування в стаціонарі, деякі види стоматологічної допомоги, медичне обслуговування вагітних, деякі види медикаментів і транспортні витрати.
- Більшість страхових виплат систематизується за «медичними функціями», а не за категоріями провайдерів.
- Розміри страхових внесків регламентує МОЗ.
- Як правило, половину страхового внеску оплачує роботодавець, половину – сам працівник. Суми внесків, що сплачуються громадянами, віднімаються з податків.
- Існує система субсидій, або допомога на медицину, яка допомагає працівникам з низькими та середніми доходами купувати базовий страховий пакет. Субсидії фінансуються за рахунок податку на найманих працівників.
- Страхові компанії можуть пропонувати знижки, посилюючи конкуренцію.
- Близько 90% голландців купують додаткові страховки, що включають послуги, які не входять до обов'язкового стандартного пакета.
- Більшість страховиків вимагають, щоб пацієнт мав направлення від провайдера первинної медичної допомоги для звернення до фахівця.

ВЕЛИКОБРИТАНІЯ

Тип системи ОЗ: система єдиного платника (вкрай централізований варіант).

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Пряме фінансування державою медичних послуг за рахунок загальних податкових доходів бюджету. Виняток: дольова участь в оплаті ліків рецептурного відпуску, стоматологічної допомоги та послуг окулістів.
- Більшість лікарів та інших медпрацівників є державними службовцями.
- Обсяг витрат приблизно 9,1% ВВП.
- Серйозна проблема – «листи очікування». Затримки, пов'язані з «листами очікування», бувають настільки тривалі, що майже 20% хворих на рак прямої кишки, чие захворювання на момент встановлення діагнозу визначалося як таке, що піддається лікуванню, до початку власне лікувальних заходів виявляються вже невиліковними.
- Часом, щоб лікарні не витратили виділені кошти дуже швидко, в обов'язковому порядку вводяться мінімальні строки очікування.
- Існує невеликий приватний сектор медичних послуг, який динамічно зростає.
- Близько 10% громадян мають приватну медичну страховку, яка дозволяє отримати доступ до ширшого кола провайдерів та уникнути черг.

ШВЕЙЦАРІЯ

Тип системи ОЗ: модель керованої конкуренції з найбільш ринково орієнтованим характером.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Надання медичних послуг та медичне страхування віддані в приватні руки, однак діють у рамках жорстко регульованого «штучного» ринку.

- Обсяг витрат приблизно 11,7% ВВП.
- Законодавство зобов'язує всіх громадян мати базовий «пакет» медичних страхових полісів, який покриває широкий спектр медичних послуг, включає стаціонарне та амбулаторне лікування, турботу про літніх громадян, інвалідів і хворих на психічні розлади, діагностичні обстеження, утримання у санаторіях, рецептурні ліки, паралельні або альтернативні види лікування.
- Застраховані 99,5% громадян. Законослухняність частково обумовлена національним характером швейцарців.
- Лише деякі роботодавці забезпечують своїх працівників медичним страхуванням чи оплачують частину внесків. Решта купують їх на індивідуальній основі.
- Поліси реалізуються приватними страховиками. Компанії не мають права відмовити клієнту у страхуванні через стан його здоров'я. Обсяг внесків однаковий для всіх у рамках того або іншого географічного регіону. Таким чином, здорові громадяни фактично субсидують лікування людей, які мають серйозні проблеми зі здоров'ям. Єдиний виняток з цього принципу зроблено для некурців: їх внески знижені на 20%, порівняно з виплатами тих, хто палить.
- Близько 31,5% сукупних витрат на охорону здоров'я швейцарці оплачують безпосередньо «з кишені».
- Динамічно розвивається система «регульованих» медичних полісів, які передбачають зниження внесків в обмін на обмеження доступу до послуг фахівців та інших видів медичної допомоги.
- Малозабезпеченим на придбання полісів медичного страхування надають субсидії. Близько третини швейцарських громадян отримують субсидії в різних формах. Приблизно 19% сукупного обсягу страхових внесків сплачується за рахунок державних коштів.
- Географічні обмеження на практику лікарів відсутні, що призводить до нестачі лікарів у деяких районах країни.
- Медичні установи представлені державними та приватними формами власності.
- У деяких кантонах для звернення до приватних медичних установ необхідно придбати додаткові поліси. Такі поліси мають близько 40% громадян.

НІМЕЧЧИНА

Тип системи ОЗ: загальнонаціональне медичне страхування.

Особливості реалізації системи ОЗ.

- Систему ОЗ регулюють центральний уряд і регіональні органи влади.
- Центральний уряд розробляє загальнонаціональний єдиний бюджет системи ОЗ, приймає рішення про включення нових медичних процедур до страхового пакета та встановлює розцінки компенсації лікарям. На регіональному рівні вирішуються питання про загальний обсяг витрат на потреби охорони здоров'я, контракти з лікарями й рівні їх гонорарів, процедури нагляду за діяльністю медиків, а також затверджуються стандарти звітності про рецептурний відпуск ліків.

- Обсяг витрат приблизно 11,3% ВВП.
- Річний рівень доходу регламентує порядок страхування в «лікарняних касах» або у приватних фірмах.
- Лікарняні каси (ЛК) забезпечують страхове покриття приблизно 90% населення. ЛК фінансуються за рахунок податку на зарплату, поділеного порівну між працедавцем та працівником, та коливається залежно від типу ЛК.
- Близько 9% населення мають додаткове страхування для покриття послуг, які не входять у стандартний пакет.
- Витрати лікарень термінової допомоги, більшість реабілітаційних послуг, особливо для літніх громадян, фінансуються із загальних податкових доходів держбюджету.
- Страхування охоплює широкий спектр медичних послуг, у тому числі послуги лікарів, лікування хронічних захворювань і лікування в стаціонарі, діагностичні обстеження, профілактичні медичні заходи, рецептурні ліки, і, частково, стоматологічні послуги.
- З 2004 р. ЛК не компенсують витрати на придбання окулярів, препаратів для підтримки фізичної форми і будь-яких ліків, що відпускаються без рецепта. Введено пайову участь застрахованих в оплаті деяких медичних послуг (прийом у терапевта, перебування в лікарні, виписка рецепта і деякі спеціалізовані послуги).
- Близько 13% сукупних витрат на охорону здоров'я німці оплачують «з кишені».
- Приватне страхування створює конкурентний тиск на ЛК, що сприяє розширенню спектра і підвищенню якості послуг.
- Цінові обмеження, фіксовані ставки гонорарів, посилення бюрократичного втручання в діяльність лікарів позбавляють їх стимулів для надання пацієнтам допомоги понад необхідний мінімум.

Порівняння систем ОЗ викристалізовує істотні відмінності. Так, у Франції пайова участь споживачів у фінансуванні охорони здоров'я є досить значною, що сприяє зменшенню зайвих звернень за медичною допомогою і запобігає надмірному зростанню витрат на ці потреби. Також у цій країні надзвичайно високий рівень рецептурного відпуску ліків. Великобританія, Норвегія та Іспанія суворо нормують медичні послуги, а пацієнтам доводиться довгий час перебувати у чергах на лікування, що майже відсутні у Франції та Швейцарії. Разом з тим, державні бюджети Франції, Італії та Німеччини постійно відчують тягар через зростання витрат на охорону здоров'я. Жорстка політика Великобританії сприяє приборканню такого зростання. Для Греції характерні організаційні труднощі, бюрократизм та існування загального медичного страхування лише на папері.

Більшість країн – членів Європейського Союзу витрачають на служби охорони психічного здоров'я від 4% до 8% від своїх загальних бюджетів охорони здоров'я, кілька країн – більше 12% (Франція, Люксембург та Великобританія), а Норвегія – рекордні 18%. Витрати на цю галузь є найменшими в Болгарії та Чехії (щодо деяких

країн, таких як Австрія, Литва, Румунія, Словаччина, Словенія і Хорватія, відповідні дані не були отримані або є невідомими).

Частина коштів, які витрачаються в системі охорони психічного здоров'я на стаціонарну допомогу, залишається високою для деяких країн Європейського Союзу. За даними ВООЗ (2011), Мальта, наприклад, витрачає 96,8% свого бюджету в галузі психічного здоров'я на стаціонарне лікування. Польща, незважаючи на відсутність лікарень для довготривалого перебування, витрачає на стаціонарне лікування 73,0% свого бюджету в галузі психічного здоров'я. Для Португалії, де залишається деяка кількість лікарень для довготривалого перебування, їх частка становить 45,0%. Така висока частка фінансування, призначена для стаціонарної психіатричної допомоги, суттєво обмежує обсяги інвестиційних ресурсів, що виділяються на розвиток служб охорони психічного здоров'я у громаді. Оптимізація використання наявних фінансових і кадрових ресурсів шляхом переведення їх із закладів, що надають психіатричну допомогу, є рішенням цієї проблеми (Semrau et al., 2011).

На підставі аналізу досвіду європейських колег можемо зробити висновок, що для України є перспективним акцент на амбулаторному лікуванні. Актуальним є спрямування фінансових ресурсів як на медикаменти, так і на реабілітацію та розвиток інших альтернативних форм надання допомоги. Водночас необхідно звернути увагу на те, що при скороченні стаціонарного сектора кошти йдуть зі служби. Тому на сьогоднішній день при реформуванні ключовим моментом є умова, що фінансові ресурси повинні залишатися в системі охорони психічного здоров'я і спрямовуватись на вдосконалення якості надання психіатричної допомоги.

2. Психічне здоров'я в Європейському регіоні: огляд ситуації

В Європейський регіон ВООЗ входять 53 держави – члени із загальною кількістю населення майже 900 млн чоловік, що живуть в найрізноманітніших культурних, економічних і соціально-політичних умовах. Серед країн Європейського регіону ВООЗ зберігаються значні нерівності: ВВП на душу населення відрізняється між країнами в 100 разів, а діапазон значень середньої очікуваної тривалості життя досягає 20 років у чоловіків і 12 років у жінок [1].

Психічні розлади, внаслідок їх поширеності і обумовленого ними тягара хвороб та інвалідності, складають у Європейському регіоні ВООЗ одну із найсерйозніших проблем суспільної охорони здоров'я. За наявними оцінками, щороку психічні порушення, найпоширенішими з яких є депресія і тривожні розлади, вражають більше третини населення. У жінок депресивні розлади зустрічаються удвічі частіше, ніж у чоловіків.

Приблизно у 1–2% населення діагностують психотичні розлади (їх поширеність серед чоловіків і жінок однакова) і у 5,6% чоловіків та 1,3% жінок виявляють розлади, обумовлені вживанням психоактивних речовин. У результаті старіння населення зростає поширеність деменції, яка зазвичай складає 5% серед осіб старше 65 років і 20% серед осіб старше 80 років. У всіх країнах більшість психічних розладів набагато частіше зустрі-

чаються серед найуразливіших та малозабезпечених груп населення.

Навіть у країнах з прогресивними моделями систем ОЗ існують складнощі в забезпеченні пацієнтів сучасним лікуванням. Так, лише 60% американців, яким прописані нейролептичні засоби для лікування шизофренії або інших психічних захворювань, отримують препарати останнього покоління зі зниженими побічними ефектами; в Іспанії та Німеччині подібні новітні ліки приймають лише 20% і 10% пацієнтів відповідно.

В Україні в структурі захворюваності у 2015 р. перше місце займали показники розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (F10-F19) (58,41%), друге – показники органічних, в тому числі симптоматичних, розладів психіки (F00-F09) (13,7%), третє – показники невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F49) (9,36%). У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 р. перше місце займали захворювання групи F10-F19 (41,62%), друге – F00-F09 (15,98%), третє – F70-F-79 (13,63%), четверте – F20-F29 (10,3%), п'яте – F40-F49 (7,71%).

У масштабах Європейського регіону нервово-психічні розлади вносять другий за величиною внесок у тягар хвороб (який вимірюється показником DALY – числом втрачених років життя з урахуванням обмежень життєдіяльності): на їхню частку припадає 19% сумарного тягара. В регіоні в цьому відношенні наявні значні відмінності, пов'язані з нерівними соціально-економічними умовами у різних країнах.

Серед складових тягара хвороб у багатьох країнах Західної Європи з високим рівнем доходів психічні розлади посідають перше місце, тоді як в деяких країнах з низьким рівнем доходів вони займають четверте чи п'яте місце, зважаючи на високу поширеність перинатальних і серцево-судинних захворювань.

Важливим показником тягара хвороб, який лягає на суспільство і системи охорони здоров'я, є внесок певних груп захворювань у загальну сукупність хронічної патології (показник YLD – роки життя, прожиті з обмеженнями життєдіяльності). Для психічних розладів цей показник складає трохи менше 40%, що набагато випереджає інші хронічні стани, на які страждає населення Європи. На частку уніполярного депресивного розладу у тягарі обмежень життєдіяльності припадає 13,7%, і він, таким чином, посідає перше місце серед хронічних станів в Європі. На другому місці, з невеликим розривом (6,2%), знаходяться розлади, пов'язані з вживанням алкоголю. Сьому позицію займають хвороба Альцгеймера та інші види деменції (3,8%); на одинадцятому та дванадцятomu місцях знаходяться шизофренія й біполярні розлади (на них припадає по 2,3% загального показника YLD).

У значного відсотка людей, які отримують соціальну допомогу або пенсію по інвалідності, первинним захворюванням є психічний розлад. Це збільшує фінансовий тягар, обумовлений порушеннями психічного здоров'я, який лягає на країну. У Данії на частку психічних розладів припадає 44% від суми всієї соціальної допомоги та пенсій по інвалідності; у Фінляндії і Шотландії – 43%, в Румунії – 37%. У Республіці Молдова – одній із найбідніших країн Євро-

пи – на частку психічних розладів припадає 25% всіх витрат держави, пов'язаних з виплатою допомоги по соціальному забезпеченню та пенсій по інвалідності. Такі відмінності можуть також відображати ступінь дискримінації та виключення зі сфери зайнятості людей із порушеннями психічного здоров'я в різних країнах. Показники зайнятості серед осіб з психічними розладами в Європі коливаються від 18 до 30%. Цифри різняться залежно від діагнозу (найнижчі показники відзначаються серед осіб з психотичними розладами), а також залежно від країни [2].

Одним з важливих індикаторів якості надання медичної допомоги є показник первинної інвалідності через психічні розлади. В Україні в 2013 р. він становив 26,1 на 100 тисяч населення (11 837 осіб); у 2015 р. цей показник зменшився на 8,8%, тобто до 23,8 на 100 тисяч населення (10 179 осіб). Така ж тенденція спостерігалася серед показників контингенту хворих на розлади психіки та поведінки, які мали групу інвалідності. У 2015 році він складав 604,3 на 100 тисяч населення (258 375 осіб). Порівняно з 2013 р. показник знизився на 5,0%. Внесок первинної інвалідності у контингент інвалідів через розлади психіки і поведінки у 2015 р. склав 3,9% (у 2013 році – 4,1%). Питома вага осіб, які мали інвалідність внаслідок розладів психіки та поведінки, у 2015 р. становила 26,3% від кількості осіб з розладами психіки та поведінки, які перебували під наглядом у психоневрологічних закладах України на кінець року.

В Україні станом на 01.01.2014 р. у психіатричній та наркологічній службах функціонували 84 психіатричні та психоневрологічні лікарні (37 856 ліжок), 99 психіатричних денних стаціонарів (4 557 ліжок), дитячі психіатричні ліжка у психіатричних лікарнях (1 551 ліжок), дитячі психіатричні ліжка поза психіатричними лікарнями (230 ліжок), 27 психоневрологічних диспансерів (з них 14 мають стаціонари на 1531 ліжок); 38 наркологічних диспансерів (з них 29 мають стаціонари на 3263 ліжка), 551 наркологічний кабінет (808,50 зайнятих посад лікарів-наркологів), 176 госпрозрахункових наркологічних кабінетів, 31 кабінет анонімного лікування наркологічних хворих, 17 підліткових наркологічних кабінетів, 16 кабінетів антиалкогольної пропаганди та профдопомоги, 48 кабінетів експертизи алкогольного сп'яніння, 5 наркологічних лікарень, наркологічні ліжка у психіатричних лікарнях (1068 ліжок), наркологічні ліжка у ЦРЛ та міських лікарнях (313 ліжок), 46 наркологічних денних стаціонарів (1651 ліжок).

У закладах психіатричної та наркологічної мережі працюють 3255 лікарів-психіатрів, 1180 лікарів-наркологів, 377 дитячих лікарів-психіатрів, 92 лікарі-психотерапевти, 46 лікарів-сексопатологів, 71 лікар-психолог, 476 психологів, 244 медичних сестри соціальної допомоги, 12 379 медичних сестер.

На кінець 2015 р. загальна кількість психіатричних ліжок для дорослих складала 30 213 одиниць (табл. 1). Протягом 2013–2015 рр. відбулось скорочення ліжкового фонду на 18,4%. Таким чином, забезпеченість населення психіатричними ліжками для дорослих на кінець 2015 р. складала 86,0 на 100 тисяч дорослого населення.

Таблиця 1. Розподіл психіатричних ліжок для дорослих серед медичних установ

Тип установи	Кількість установ	Кількість ліжок	% ліжкового фонду
Психіатричні та психоневрологічні лікарні	62	28 469	94,23
Стационарні відділення психоневрологічних диспансерів	–	978	3,24
Обласні соматичні лікарні	2	40	0,13
Міські лікарні	10	565	1,87
Центральні районні та районні лікарні	9	161	0,53

Фонд психіатричних ліжок для дітей на кінець 2015 р. нараховував 1 439 одиниць (табл. 2). Впродовж 2013–2015 рр. відбулося скорочення ліжкового фонду на 19,2%, тобто забезпеченість населення дитячими психіатричними ліжками на кінець 2015 р. становила 18,9 на 100 тисяч дитячого населення.

Таблиця 2. Розподіл психіатричних ліжок для дітей серед медичних установ

Тип установи	Кількість ліжок	% ліжкового фонду
Психіатричні та психоневрологічні лікарні	1064	73,9
Стационарні відділення психоневрологічних диспансерів	125	8,7
Міські лікарні	80	5,6
Інші лікарні	170	11,8

На кінець 2015 р. фонд ліжок наркологічного профілю нараховував 3968 одиниць (9,3 на 100 тисяч населення), з яких 100 виділено для примусового лікування хворих з тяжкими супровідними захворюваннями (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл ліжок наркологічного профілю серед медичних установ

Тип установи	Кількість установ	Кількість ліжок	% ліжкового фонду
Психіатричні, психоневрологічні лікарні	19	753	19,0
Наркологічні лікарні	3	378	9,5
Стационарні відділення наркологічних диспансерів	23	2457	61,9
Психоневрологічні диспансери	3	106	2,7
Міські лікарні	6	155	3,9
Центральні районні та районні лікарні	8	119	3,0

У 2015 р. в Україні нараховувалось 75 **денних психіатричних стаціонарів**, забезпеченість місцями в них – 7,5 на 100 тисяч населення.

Впродовж 2013–2015 рр. забезпеченість штатними посадами лікарів-психіатрів в Україні знизилася на 15,0%: з 9,2 на 100 тисяч населення у 2013 р. до 7,8 – у 2015 р. Забезпеченість штатними посадами дитячих лікарів-психіатрів в Україні на кінець 2015 р. сягала 394,5 штатних посад (5,18 на 100 тисяч населення). Забезпеченість штатними посадами лікарів-психотерапевтів в Україні на кінець 2015 р. становила 246 посад (0,58 на 100 тисяч населення). За 2013–2015 рр. відбулось скорочення кіль-

кості штатних посад лікарів-психотерапевтів на 20,3%. Забезпеченість штатними посадами лікарів-психологів в Україні на кінець 2015 р. становила 222 штатні посади (0,52 на 100 тисяч населення), що на 23 посади (11,6%) більше, ніж у 2013 р. Забезпеченість штатними посадами лікарів-наркологів в Україні на кінець 2015 р. становила 1 353,5 штатних посад, або 3,17 на 100 тисяч населення. Впродовж 2013–2015 рр. кількість штатних посад скоротилася на 306 (на 18,4%).

3. Психічні розлади та суїциди

Згідно з даними ВООЗ, щороку більше 800 000 людей у світі закінчують життя самогубством. 75% суїцидів у світі скоюються в країнах з низьким та середнім рівнем доходу. На кожний завершений суїцид припадає значно більша кількість людей, які здійснюють спробу самогубства. У 2012 році суїциди стали другою провідною причиною смерті серед молодих людей у віці 15–29 років. Чоловіки в Європі здійснюють самогубство майже в 5 разів частіше, ніж жінки. Важливо зазначити, що число смертей через самогубства перевищує кількість загиблих у війнах та в результаті насильницької смерті [10].

Існує доведений зв'язок між психічними розладами та суїцидами. Порівняно з іншими регіонами світу, показники суїцидів в Європейському регіоні дуже високі, середня частота випадків самогубств тут складає 13,9 на 100 000 населення на рік, зі значними коливаннями значень між країнами. Дев'ять країн з найвищими у світі показниками суїциду належать до Європейського регіону.

Факторами ризику суїциду є депресія, зловживання алкоголем, безробіття, борги й соціальна нерівність, і всі вони тісно пов'язані між собою. Варто зазначити, що більшість суїцидів реалізуються імпульсивно в моменти життєвої кризи, коли втрачається здатність долати стресові ситуації (фінансові труднощі, розрив стосунків, хронічні хвороби та біль). Зростання частоти самогубств збігається з підвищенням рівнів безробіття і загостренням почуття незахищеності, викликаного високою ймовірністю втрати роботи. Суїцидальна поведінка нерідко асоціюється з конфліктами, стихійними лихами, насиллям, зловживанням або втратами, а також відчуттям ізоляції. Показники самогубств також досить високі серед вразливих груп, які зазнають дискримінації, наприклад біженців та мігрантів, корінного населення, осіб нетрадиційної статевої орієнтації, ув'язнених [10]. За деякими даними, порівняно з 2008 роком показники суїцидів зросли; найбільше зростання відзначають у країнах, які найбільше постраждали від економічного спаду. В глобальних масштабах для реалізації самогубства найчастіше використовують пестициди, повішання та вогнепальну зброю. З огляду на вищевикладене стає зрозуміло, що складна політична, економічна та військова ситуація в Україні створює передумови для зростання кількості осіб, які можуть потрапити до групи ризику суїцидів. Найсильнішим фактором ризику самогубства безперечно є спроба суїциду в анамнезі.

На особливу увагу заслуговують питання стигматизації та табу щодо психічних розладів і самогубств. Стигматизація в цьому аспекті означає, що багато людей, які замислюються про самогубство або скоюють спробу суїциду, не звертаються за допомогою, якої вкрай потребують, і не отримують її. Рівень профілактики самогубств

є недостатнім через відсутність розуміння масштабів проблеми та існування у більшості спільнот табу щодо відкритого її обговорення.

Самогубству можна запобігти. Розуміння того, що суїцид – це складний процес, підтверджує переконання у необхідності координації та спільної роботи цілого ряду секторів суспільства, включаючи сектор охорони здоров'я та такі сектори, як освіта, трудові ресурси, сільське господарство, бізнес, право та правосуддя, оборона, політика, ЗМІ. Ці зусилля повинні мати всеохоплюючий та комплексний характер, оскільки розвиток лише одного напрямку профілактики суїцидів не буде мати достатнього впливу. Розуміння суспільством усієї складності проблеми суїцидів та позбавлення табу сприятиме прогресу в профілактиці самогубств [10].

Для запобігання самогубствам та їх спробам на рівні груп населення, субпопуляцій та окремих людей можна застосовувати наступні заходи [10]:

- обмеження доступу до ймовірних засобів самогубства (зброя, деякі ліки);
- відповідальна просвітницька політика у ЗМІ;
- впровадження адекватної алкогольної політики для зменшення шкідливого використання алкоголю;
- раннє виявлення, лікування та догляд за особами з психічними розладами й різними видами залежностей, хронічним боєм, гострими емоційними розладами;
- навчання медичного персоналу та інших осіб цільового кола питанням оцінки та управління суїцидальною поведінкою.

У більшості країн відсутня національна стратегія запобігання самогубствам. На сьогодні лише деякі країни включили запобігання самогубствам у число пріоритетів розвитку своїх систем охорони здоров'я, та тільки у 28 країнах з'явилась національна стратегія запобігання суїцидам. У плані дій ВООЗ з психічного здоров'я на 2013–2020 рр. країни – члени ВООЗ зобов'язались домогтися глобальної мети скорочення показника самогубств на 10% до 2020 р.

Уже не раз наголошувалось, що для забезпечення ефективності національних заходів реагування потрібна всеохоплююча міжсекторальна стратегія запобігання самогубствам. Ефективність цієї стратегії буде прямо залежати від підвищення якості нагляду та моніторингу суїцидів і їх спроб. Міждержавні відмінності в моделях самогубств, зміна показників, а також характеристик та методів суїцидів підкреслюють необхідність у кожній країні домогтися підвищення рівня охоплення, якості та своєчасності своїх даних щодо цієї проблеми. Сюди входять демографічна реєстрація самогубств, лікарняний облік спроб суїцидів та національні репрезентативні огляди для збору інформації про спроби самогубства за повідомленнями респондентів.

У 2015 р. в Україні вперше були зібрані офіційні дані щодо суїцидальних спроб серед військових-учасників АТО. Впродовж 2015 р. у лікувальних закладах МОЗ України, за направленнями лікарів Міністерства оборони України, надавалась медична допомога військовослужбовцям (учасникам АТО), які здійснили спробу навмисного самоушкодження (суїцидальну спробу). Всього у 2015 р. з цього приводу було проліковано 29

осіб, у т.ч. чоловіків – 27. За віком вони розподілились наступним чином: 21–30 років – 11 осіб; 31–40 років – 13 осіб; 41–50 років – 5 осіб. 49% суїцидентів брали участь у бойових діях більше 6 місяців. Такі важливі протекторні фактори як «перебування у шлюбі» та «наявність дітей» були відсутні у 52% та 56% осіб відповідно. Переважна більшість з них (28 осіб) здійснювали суїцидальну спробу вперше. Механізмами суїциду найчастіше були вогнепальні поранення (6 осіб), пошкодження вен (5 осіб), повішання (4 особи). 56% суїцидентів на момент скоєння спроби самогубства перебували в алкогольному або наркотичному сп'янінні.

Для людей з психічними розладами характерна більш рання смертність: часто такі люди помирають на 20 і більше років раніше, порівняно з середніми показниками, характерними для населення в цілому. Однією із причин є висока частота самогубств, однак головний фактор – це значна поширеність таких хронічних станів як серцево-судинні захворювання, рак і діабет, ускладнений доступ до лікування цих захворювань у людей з коморбідною патологією, а також низька якість допомоги, що надається. У свою чергу, серед людей з хронічними захворюваннями дуже висока поширеність депресії, яка часто не діагностується і супроводжується підвищеною смертністю.

Сьогодні у більшості країн існують стратегії та законодавство, що стосуються охорони психічного здоров'я, а багато країн успішно йдуть шляхом створення служб для надання допомоги людям із порушеннями психічного здоров'я на рівні місцевих громад. Однак у потенціалі надання послуг і в їх якості, а також у забезпеченості кадрами – чи йдеться про ліжковий фонд або охоплення послугами за місцем проживання, чи про чисельність психіатрів і медсестер, чи про інвестиції – між країнами регіону наявні досить істотні відмінності. Деякі європейські країни є світовими лідерами за своїм баченням цілей і якості здійснюваних заходів. У ряді країн Європейського регіону існує всеосяжна мережа надання послуг за місцем проживання. Однак деякі інші країни, як і раніше, покладаються в наданні послуг з охорони психічного здоров'я, в основному, на великі психіатричні лікарні, і з великими труднощами здійснюють свої стратегії.

4. Модель циклу психічного благополуччя

Соціальний градієнт у психічних розладах і рівнях психічного благополуччя вказує на тісний зв'язок між станом психічного здоров'я та матеріальними умовами життя людей. Такі фактори як бідність, безробіття, несприятливі умови роботи, незадовільні житлові умови і низький рівень шкільної освіти негативно впливають на добробут і значно підвищують ризик розвитку психічних розладів. Крім того, низький рівень психічного благополуччя і низький соціальний статус, незалежно один від одного, корелюють із впливом таких чинників ризику як неправильне харчування, куріння, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, насильство. Під дією цих факторів ризику зростає частота психічних розладів. Поганий стан психічного здоров'я є однією з причин неуспіху в більшості сфер життя і часто ще більше посилює соціальну нерівність, про що свідчить той факт, що люди, які входять у групи з найнижчим соціально-економічним статусом, частіше за інших страждають психічними за-

хворюваннями і мають нижчий рівень психічного благополуччя. Таким чином, психічне здоров'я є одночасно і наслідком, і причиною соціальної нерівності.

Фактичні дані свідчать про те, що існує зв'язок між життєвими обставинами і показниками психічного здоров'я на популяційному рівні, проте на рівні окремої особистості дані про цей зв'язок є набагато менш однозначними. Великий вплив на психічне благополуччя чинять також такі фактори як вік, стать, характер особистості і здатність протистояти несприятливим зовнішнім впливам. Багато людей, які стикаються з труднощами і несприятливими обставинами, залишаються психічно здоровими, тоді як інші мають слабе психічне здоров'я, хоча живуть у сприятливому середовищі. Зрозуміти, чому одні люди домагаються успіху, а інші насилу справляються з життєвими труднощами, і чому одні схильні до ризикованої поведінки, а інші ні – одне з завдань, які потребують вирішення.

Важливо зазначити, що порушення і психічного, і соматичного здоров'я поєднані з численними спільними типами ризикованої поведінки і факторами ризику, такими як вживання алкоголю, тютюну, насильство. Ці типи поведінки та фактори ризику одночасно корелюють з такими психічними розладами як депресія, психози і суїцид, та з неінфекційними станами, такими як серцево-судинні та онкологічні захворювання, астма і діабет. Неінфекційні захворювання (НІЗ) самі по собі є одним із головних факторів ризику розвитку психічних розладів, і поширеність психічних розладів демонструє позитивний зв'язок з рівнями смертності від НІЗ [11]. Цілковито очевидно, що психічне і соматичне здоров'я потрібно розглядати у їх єдності. Доступ до повноцінної медико-санітарної допомоги має першорядне значення для зниження захворюваності та смертності від НІЗ і в результаті – суїциду, тому що дозволяє розірвати утворене порочне коло. Системи охорони здоров'я, які ефективно працюють, мають на меті забезпечити одужання і хороше здоров'я, підвищити рівень добробуту та соціального функціонування. Однак характеристики системи охорони здоров'я, такі як доступ до медичних втручань, їх наявність, фінансова доступність, якість та наслідки втручань, у величезній мірі залежать від демографічних та соціально-економічних факторів, таких як вік, стать, сексуальна орієнтація, матеріальна забезпеченість, соціальний статус і етнічна належність. Людям з порушеннями психічного здоров'я складно отримати допомогу високої якості, чи то загальномедичну, чи психіатричну.

Коли людина страждає на психічний розлад, це надзвичайно сильно негативно впливає на всі ланки циклу її психічного благополуччя і будь-які їх взаємодії, що наочно відображено у схемі циклу психічного благополуччя (рис.1). Психічні розлади впливають на благополуччя: людям з психічними розладами менш доступна освіта, серед них дуже високий рівень безробіття і низькі рівні доходів, вони часто виявляються в соціальній ізоляції.

Висновки

1. Питанням охорони психічного здоров'я щороку приділяється все більше уваги, про що свідчить кількість доповідей та обговорень, прийнятих декларацій, пактів,

резолюцій, проектів плану дій та стратегій у світових міжнародних інституціях.

2. Державна охорона здоров'я (ОЗ) не є монолітним поняттям. Кожна система відрізняється ефективністю за низкою напрямків, однак не позбавлена й серйозних недоліків. У світі немає системи ОЗ, яка надавала б медичні послуги в необмеженому обсязі без страхових внесків, відрахувань або пайової участі та передбачала повну свободу вибору лікаря.

Надання психіатричної медичної допомоги та реабілітація пацієнтів з вадами психічного здоров'я часто покриваються лише частково та не в повному обсязі. Психотерапія, як дорогий метод лікування, не входить до базового страхового пакета.

3. Наявність медичного страхування не рівнозначна загальному доступу до послуг охорони здоров'я; частина населення все ж залишається поза страхуванням.

4. Зростання витрат на систему ОЗ є характерним для всіх країн та призводить до дефіциту бюджету, підвищення податків і скорочення соціальних пільг.

5. У країнах, де акцент робиться на державному контролі над ОЗ, громадяни з більшою ймовірністю стикаються з «листами очікування», нормуванням послуг, обмеженнями вибору лікаря та іншими перешкодами у сфері медичної допомоги.

6. Країни з найефективнішими системами ОЗ досягають результату за рахунок відмови від централізованого державного контролю й опираються на ринкові механізми (конкуренцію, фінансову дисципліну, поділ витрат, ринкові ціни та свободу вибору для споживача). Таким

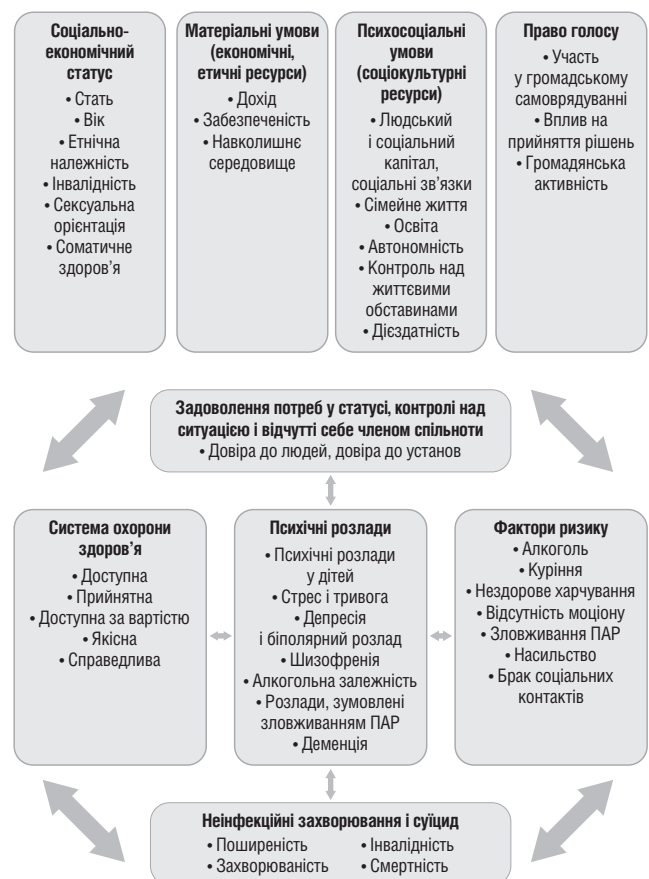


Рис. 1. Цикл психічного благополуччя

чином, відхід від централізованого державного контролю та переведення ОЗ на ринкову основу є реальною загальносвітовою тенденцією.

7. Психічні розлади, внаслідок їх поширеності і обумовленого ними тягаря хвороб, інвалідності та стигматизації, складають одну з найсерйозніших проблем суспільної охорони здоров'я у Європейському регіоні та в Україні. Особливості динаміки показників психічного здоров'я мають бути враховані при розробці пріоритетних напрямків реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні.

8. Питання стигматизації та табу щодо психічних розладів та самогубств заслуговують на особливу увагу. Для забезпечення ефективності національних заходів реагування потрібні всеохоплююча міжсекторальна стратегія запобігання самогубствам, координація та спільна робота цілого ряду секторів суспільства, включаючи сектор ОЗ та такі сектори як освіта, трудові ресурси, сільське господарство, бізнес, право та правосуддя, оборона, політика, ЗМІ. Розробка національної стратегії запобігання самогубствам має стати одним з пріоритетів розвитку системи ОЗ в Україні.

9. Цикл психічного благополуччя є моделлю, що описує стан та особливості внутрішнього світу людини, визначає переживання благополуччя, а також поведінку, яка продукує ситуаційне благополуччя. Цикл урахує соціально-психологічні, економічні, матеріальні умови, визначає роль та місце різноманітних факторів ризику, дозволяє визначити й оцінити мішені (слабкі місця конкретного індивідуума) та розробити стратегію корекції слабких ланок.

10. Досвід деяких країн із низьким та середнім рівнями доходів показує, що успішне реформування системи психіатричної допомоги часто починається на тлі військових конфліктів або стихійних лих, які тимчасово притягують увагу й ресурси.

11. Виходячи із вищевикладеного, основні принципи реформування системи охорони психічного здоров'я в державі полягають у:

- плануванні будь-яких змін з урахуванням довгострокової перспективи реформування всієї системи охорони психічного здоров'я країни;
- організації перегляду національної політики та

тактичних планів охорони психічного здоров'я, удосконаленні нормативно-правової бази;

- акценті на широкому колі психічних захворювань та проблем (а не тільки на посттравматичних стресових розладах);
- спрямуванні реформ на поліпшення й посилення всіх рівнів (первинної, вторинної, третинної) організації допомоги;
- посиленні координації між установами, що надають допомогу пацієнтам із психічними розладами;
- ключовій ролі місцевих фахівців у просуванні реформи системи охорони психічного здоров'я;
- додатковому навчанні та наданні необхідної організаційної підтримки працівникам охорони здоров'я під час реорганізації роботи служби;
- перевірці ефективності нових моделей надання психіатричної допомоги за результатами пілотних проектів.

Список використаної літератури / References

1. The European Health Report 2009 Health and health systems, 2010, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf
2. Europe in figures. Eurostat yearbook 2010. European Union, 2010, available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Eurostat_yearbook
3. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
4. User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010, available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf
5. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Scaling up care for mental, neurological, and substance abuse disorders, WHO 2008, available at: http://www.who.int/mental_health/mhgap_final_english.pdf
6. Document WHA61.4, The WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol, 7th meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action Luxembourg, 15 September 2010, available at: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ev_20100914_co09_en.pdf
7. Document WHA61.14, Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy, available at: http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/documents/ncd_wha_resolution_61.14_2008.pdf
8. Resolution A/RES/65/95, Global health and foreign policy available at: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/518/24/PDF/N1051824.pdf?OpenElement>
9. Document WHA65.4, The global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, available at: http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf
10. Suicide, Fact sheet Reviewed September 2016, available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>
11. Document WHA66.8, Comprehensive mental health action plan 2013–2020, available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf

АНАЛИЗ СИСТЕМ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТРАН – ЧЛЕНОВ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА И УКРАИНЫ

И.Я. Пинчук, Н.М. Степанова, А.В. Колодежный, И.Ф. Здорик

Актуальность. Вопросам охраны психического здоровья ежегодно уделяется все больше внимания, о чем свидетельствует количество докладов и обсуждений, принятых деклараций, пактов, резолюций, проектов плана действий и стратегий в мировых международных институтах.

Цель исследования: на основании анализа систем охраны психического здоровья стран – членов Европейского Союза и Украины определить принципы реформирования системы охраны психического здоровья населения Украины.

Материалы и методы. Материал исследования представлен данными открытых источников информации; использованы методы анализа, синтеза и сравнения.

Результаты. Системы здравоохранения (ЗО) стран – членов Европейского Союза (в т.ч. охраны психического здоровья) отличаются разной эффективностью и имеют свои недостатки. В мире нет системы ЗО, которая предоставляла бы медицинские услуги в неограниченном объеме без страховых взносов, отчислений или долевого участия и предусматривала полную свободу выбора врача. Рост расходов на систему ЗО характерен для всех стран и приводит к дефициту бюджета, повышению налогов и сокращению социальных льгот. В статье приведена динамика показателей психического здоровья и раскрыты проблемные аспекты суицидов. Описан цикл психического благополучия с учетом социально-психологических, экономических, материальных условий, определена роль и место различных факторов риска.

Выводы. Страны с наиболее эффективными системами ЗО достигают результата за счет отказа от централизованного государственного контроля и опираются на рыночные механизмы (конкуренцию, финансовую дисциплину, разделение затрат, рыночные цены и свободу выбора для потребителя). Особенности динамики показателей психического здоровья должны быть учтены при разработке приоритетных направлений реформирования системы охраны психического здоровья в Украине. Вопрос стигматизации и табу по отношению к психическим расстройствам и самоубийствам заслуживает особого внимания. Для обеспечения эффективности национальных мер реагирования нужна комплексная межсекторальная стратегия предупреждения самоубийств. Разработка национальной стратегии предупреждения самоубийств должна стать одним из приоритетов развития системы ЗО в Украине. На основании проведенного анализа определены основные принципы реформирования системы охраны психического здоровья в Украине.

Ключевые слова: система охраны психического здоровья, Украина, Европейский союз, принципы, реформирование, суицид, цикл психического здоровья.

ANALYSIS OF SYSTEMS OF MENTAL HEALTH CARE OF COUNTRIES – MEMBERS OF THE EUROPEAN UNION AND UKRAINE

I.Ya. Pinchuk, N.M. Stepanova, O.V. Kolodezhny, I.F. Zdoryk

Background. Mental health issues every year is paid more and more attention. This is evidenced by the number of presentations and discussions, accepted the declarations, covenants, resolutions, action plans, projects and policies in the world's international institutions.

Objective. Based on the analysis of the mental health systems of the EU Members and Ukraine will determine the principles for reforming the system of protection of mental health in Ukraine.

Methods and materials. Materials presented data of open sources of information; analysis, synthesis and comparison methods have been used.

Results. Healthcare systems (HCS) of the EU members (including mental health) are distinguished by different efficiency and have their disadvantages. In the world there HCS system that provides health services on an unrestricted basis without insurance contributions, assignments or of share participation and included the full freedom of choice of doctor. The increase in costs HCS is common to all countries and leads to the budget deficit, enhance taxes and reducing social benefits. The article shows the dynamics of mental health and discloses problematic aspects of suicide. The described cycle of mental well-being considering the socio-psychological, economic, material conditions; defined the role and place of various risk factors.

Conclusions. Countries with the most effective HCS achieves results by eliminating the centralized state control and are based on market mechanisms (competition, financial discipline, cost-sharing, market prices and freedom of choice for the consumer). Features of the dynamics of mental health indicators should be taken into account in the development of priority directions of reforming the mental health system in Ukraine. The issue of stigma and taboo in relation to mental disorders and suicide deserves special attention. To ensure the effectiveness of national response measures need an integrated cross-sectoral strategy of prevention suicide. Developing a national suicide prevention strategy should become one of the priorities of development of the system HCS in Ukraine. Based on the analysis identified the main principles of the reform of the mental health system in Ukraine.

Key words: mental health system, Ukraine, the European Union, the principles, reform, suicide, mental health cycle.

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89.83+615.851

О.В. Кіосєва

ФУНКЦІОНАЛЬНІСТЬ СІМЕЙНОЇ СИСТЕМИ ЯК ПСИХОСОЦІАЛЬНИЙ ФАКТОР
ПРЕДИКЦІЇ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
kiohelen@mail.ru

Актуальність. Серед великої кількості соціокультуральних факторів, які впливають на адаптаційні можливості людини, особлива роль належить ціннісній системі сімейних стосунків у родині.

Мета дослідження – визначити роль дитячо-батьківських взаємин у формуванні розладів адаптації серед студентської молоді.

Матеріали і методи. Проведено аналіз психічного стану 1076 студентів університету, встановлено взаємозв'язок рівня виразності міжособистісної чутливості (INT), фобічної тривоги (РНОВ) та дитячо-батьківських взаємин у родині респондентів. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, математико-статистичний.

Результати. Доведено, що «значно складні» та «дуже складні» взаємини з батьком мають 21,4% (45/210) студентів з ознаками порушення адаптації та 36,4% (32/88) обстежених з ознаками розладів адаптації, проти 12,3% (96/778) практично здорових осіб. З'ясовано, що молодь відчуває більше труднощів у спілкуванні з батьком, ніж з матір'ю. Не мають батька 20,5±2,8%, $p < 0,001$ респондентів з ознаками порушення адаптації. У студентів, які мають деструктивні стосунки з батьками, відзначено психологічний дистрес, обумовлений неспецифічним донозологічним симптомокомплексом «психоемоційної напруги», що мав тенденцію до трансформації у клінічно окреслені розлади адаптації.

Висновки. Психосоціальний фактор функціональності сімейної системи є предиктором розвитку розладів адаптації у молоді.

Ключові слова:
розлади адаптації,
студенти, молодь,
стрес, університет,
сім'я, батьки.

Актуальність. У сучасному суспільстві формування та підвищення внутрішньосімейного ресурсу є одним із пріоритетних завдань, адже серед великої кількості соціокультуральних факторів, що впливають на адаптаційні можливості молоді, особлива роль належить ціннісній системі взаємин у родині. Структурною основою цього феномену є сукупність ціннісних та комунікативних дитячо-батьківських стосунків, що є важливою передумовою ефективної психічної адаптації як цілісної (біопсихосоціальної), самокеруючої, багатовимірної функціональної системи, спрямованої на підтримку стійкої ефективної взаємодії індивіда з навколишнім середовищем та динамічної рівноваги по відношенню до самого себе [2, 4]. Відомо, що постійні сімейні конфлікти та низька згуртованість родини можуть спричинити розвиток розладів адаптації та адиктивної поведінки у молоді, а відчуття взаємної довіри є фактором захисту [2,

3, 7]. Батьківська (психосоціальна) підтримка у рамках стратегій подолання стресу здатна зменшити негативний вплив стресових ситуацій, редукувати емоційне напруження та тривогу, гармонізувати самосвідомість особи молодого віку [1–4, 11].

Усе перераховане визначає актуальність вивчення суб'єктивної значущості психосоціальних факторів функціональності сімейної системи, що супроводжують студентську молоді під час навчання. Особливої уваги потребує співвідношення суб'єктивних та об'єктивних критеріїв оцінки як самої життєдіяльності, так і ставлення студентів до неї.

Мета – визначити роль дитячо-батьківських взаємин у формуванні розладів адаптації серед студентської молоді.

Задачі дослідження:

- З'ясувати соціально-демографічні особливості досліджуваних студентів.

- Оцінити суб'єктивну значущість дитячо-батьківських взаємин у осіб молодого віку з батьками і визначити їхній вплив на розвиток розладів адаптації у цього контингенту.
- Дослідити зв'язок між психосоціальними факторами взаємин з батьками та рівнем психологічного дистресу і супутніх психопатологічних радикалів у молоді з ознаками розладів адаптації.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 1076 студентів молодших курсів, обох статей, у віці 17–20 років, які навчалися на різних факультетах одного з університетів нашої країни, а саме: комп'ютерних наук – 104; механіко-математичному – 108; економічному – 300; міжнародного туризму – 274; іноземних мов – 210; юридичному – 80 осіб. Відомо, що більшість студентів мешкають у гуртожитку, оскільки приїжджають навчатися з інших міст.

Дослідження мало проспективний, рандомізований, контрольований, когортний характер. При підготовці дослідження та під час його проведення було дотримано принципів етики, деонтології, а також добровільності, анонімності і довіри.

Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, математико-статистичний.

Для з'ясування ролі психосоціальних факторів функціональності сімейної системи як потенційної загрози / захисту розладів адаптації у молоді було проведено мікросоціологічне опитування з використанням розробленої нами уніфікованої «Карти обстеження».

Студентам пропонували у порядку зростання суб'єктивної значущості визначити труднощі у стосунках з батьками, які суттєво впливають на рівень їх психосоціальної адаптації. Результати опитування вивчали з позицій частотного аналізу змістового контексту висловлювань із наступним визначенням значень отриманих факторів.

Далі оцінювали їх зв'язок з рівнем вираженості психопатологічної симптоматики за субшкалами фобічної тривоги – Fobic Anxiety (PHOB) і міжособистісної чутливості – Interpersonal Sensitivity (INT) опитувальника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, L.R. Derogatis в адаптації Н.В. Тарабріної, 2001) [8–10].

Математичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета програм Statistica for Windows 7.0. [6]. Розраховували абсолютне значення показника, % частки (P%), m – помилку репрезентативності, значення кутового перетворення Фішера, середню арифметичну величину (M), арифметичне стандартне відхилення (SD) непараметричного критерію Хі-квадрат (χ^2) Пірсона. Формат наведених у тексті та таблицях даних наступний: абсолютне число; $P\% \pm m$ і $M \pm SD$ [4].

Результати та їх обговорення

На першому етапі аналізу отриманих даних були визначені соціально-демографічні показники на всій

вибірці (всього $n=1076$). Результати дослідження представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Загальна соціально-демографічна характеристика обстежених

Показники		Досліджувана група, $n = 1076$, абс. (%)
Стать	Дівчата	751 (69,8)
	Хлопці	325 (30,2)
Розподіл за віковими групами, роки	17–18	393 (36,5)
	19–20	527 (49,0)
	21 та більше	156 (14,5)
Сімейний стан	Не перебуває у шлюбі	1060 (98,5)
	Перебуває у шлюбі	16 (1,5)

Далі здійснювали скринінгову оцінку психічного стану студентів всієї вибірки ($n=1076$). За допомогою агломеративного методу мінімальної дисперсії (класифікація методом «к-серединних») зі всього загалу обстежених було сформовано три групи відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10: група 1 – практично здорові студенти, $n=778$ (72,3%), з них дівчата – $n=552$ (71%), хлопці – $n=226$ (29%); група 2 – особи з ознаками порушення адаптації, $n=210$ (19,52%), з них: дівчата – $n=151$ (72%), хлопці – $n=59$ (28%); та група 3 – обстежені з ознаками розладів адаптації, $n=88$ (8,18%), з них: дівчата – $n=48$ (54,8%), хлопці – $n=40$ (45,2%).

Розподіл груп за гендерною ознакою виявився нерівномірним. У першій та другій групах розподіл між дівчатами та хлопцями був 70% і 30%, а в третій групі – 55% й 45%. Результати поділу студентів на групи за віком та сімейним станом наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Характеристика груп студентів за віком та сімейним станом (абс./P%)

Розподіл за віковими групами, роки, та сімейним станом	Група 1, $n=778$	Група 2, $n=210$	Група, $n=88$
17–18	292/37,5	73/34,8	28/31,8
19–20	351/45,1	131/62,4**	45/51,1
21 і більше	135/17,4	6/2,9**	15/17,1
Перебуває у шлюбі (%)	0,39	4,29	4,55**
Не перебуває у шлюбі (%)	99,61	95,71	95,45**

Примітки: 1. В табл. 2–4 * – високий рівень статистичної значущості відмінностей частоти з групою 1 на рівні $p < 0,001$;

2. В табл. 2–8 – Група 1, $n=778$ – практично здорові студенти;

Група 2, $n=210$ – студенти з ознаками порушення адаптації;

Група 3, $n=88$ – студенти з ознаками розладів адаптації.

Аналіз даних, наведених у таблиці 2, дозволив зробити висновок, що у групі студентів з ознаками порушення адаптації було значно менше осіб віком 21 рік і більше, ніж у першій та третій групах, цей результат має високий рівень статистичної значущості. Встановлено, що серед молоді з ознаками розладів адаптації частка одружених була значно більшою, ніж у першій і другій групах, та характеризувалася високим рівнем статистичної значущості. Доведено, що кількість одружених цієї групи, порівняно з першою та другою групами досліджуваних, достовірно вища: значення критерію Хі-квадрат (χ^2) перевищує критичне: $\chi^2 = 23$, $p < 0,001$.

За анамнестичними даними сімей студентів виявлено, що батько не працює в 6,5% студентів першої групи, у 11% другої та у 15% третьої груп респондентів відповідно.

Визначено, що мати не працює у 9% обстежених першої групи та у 17% студентів другої групи. Немає матері у 3% студентів першої групи та у 35% обстежених другої групи. У всіх обстежених третьої групи є матері, 30,7% з них не працюють.

За освітою батьків досліджуваних студентів статистично значущих відмінностей виявлено не було. За освітнім рівнем матерів виявлено наступні відмінності: в першій групі 70% матерів мають вищу освіту, в другій – 60% та в третій – 46% ($p < 0,05$).

На наступному етапі аналізу отриманих даних були розраховані частота (визначення частки в %) відповідей студентів на питання: «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, які Вас по-справжньому хвилюють, з батьками?» Результати дослідження мікросоціального середовища – відносини з батьками, наведені в таблицях 3–4.

Таблиця 3. Розподіл частоти відповідей обстежених на питання «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, що Вас по-справжньому хвилюють, з батьком?»

Варіант відповіді	Група 1, n=778	Група 2, n=210	Група 3, n=88
Дуже легко	172 22,1±1,5	15 7,1±1,8**	14 14,8±3,8*
Легко	391 50,3±1,8	107 51,0±3,4	34 38,6±5,2*
Складно	96 12,3±1,2	37 17,6±2,6*	22 25,0±4,6**
Дуже складно	7 0,9±0,3	8 3,8±1,3*	10 11,4±3,4**
У мене немає батька або я не бачуся з ним	112 14,4±1,3	43 20,5±2,8**	8 9,1±3,1

Як видно з даних, наведених у таблиці 3, студенти 1 групи переважно «легко» (50,3±1,8% (n=391)) і «дуже легко» (22,1±1,5% (n=172)) обговорюють з батьками питання, що їх хвилюють. Такі стосунки у родині допомагають юнакам і дівчатам бути відкритими для навчання та сприймати свої успіхи й помилки як основу для формування особистої ідентичності, що відобразилося у високих значеннях конструктору «життестійкості», а саме – 28,25±5,56 балів у дівчат та 29,96±5,72 балів у юнаків, при нормі 24,62±6,89 балів (за опитувальником «Тест життестійкості» скринінгової версії Є.М. Осіна, 2013 р.). Тобто, практично здорові молоді люди, які виховуються у функціонально конструктивних сімейних системах, мають розвинений рівень життестійкості, їм притаманні лідерство, здоровий спосіб думок і поведінки, спроможність до пошуку шляхів впливу на складні життєві ситуації.

Встановлено, що молодим людям 3 групи обговорювати з батьками питання, що їх хвилюють, «складно» (25,0±4,6% (n=22)) і «дуже складно» (11,4±3,4% (n=10)). Дівчата та юнаки 2 групи у 20,5±2,8% (n=43) випадків не мають батька чи не бачаться з ним, або оцінюють можливість обговорення цих питань як «складно» (17,6±2,6% (n=37)) і «дуже складно» (3,8±1,3% (n=8)). Наявні відмінності мають статистично значущий характер. Доведено, що «значно складні» та «дуже складні» взаємини з

батьком мають 21,4% (45/210) студентів 2 групи та 36,4% (32/88) – 3 групи, проти 12,3% (96/778) практично здорової молоді.

Складні сімейні стосунки у цих дівчат і юнаків відобразилися у слабкій розвиненості їх якості «hardy». Так, у студентів 2 групи показник «життестійкості» був нижчим за норму (23,48±5,54 балів у дівчат; 22,53±5,61 балів у хлопців), а в обстежених 3 групи – істотно нижчим за норму (18,94±5,37 балів у дівчат; 18,63±6,73 балів у хлопців), що відображає континуум індивідуальних варіацій психологічного стану, ступеня проявів адаптаційних порушень і виразності супутніх психопатологічних радикалів. Також виявлено, що у 20,5±2,8%, $p < 0,001$, студентів з порушеннями адаптації немає батька. Інакше кажучи, у дівчат і юнаків з ознаками порушення та розладів адаптації значно частіше з батьком склалися деструктивні взаємини.

Таблиця 4. Розподіл частоти відповідей обстежених на питання «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, що Вас по-справжньому хвилюють, з матір'ю?»

Варіант відповіді	Група 1, n=778	Група 2, n=210	Група 3, n=88
Дуже легко	457 58,7±1,8	81 38,6±3,4**	35 39,8±5,2**
Легко	258 33,2±1,7	99 47,1±3,4**	41 46,6±5,3*
Складно	16 2,1±0,5	23 11,0±2,2**	9 10,2±3,2**
Дуже складно	1 0,1±0,1	4 1,9±0,9*	2 2,3±1,6*
У мене немає матері або я не бачуся з нею	46 5,9±0,8	3 1,4±0,8**	1* 1,1±1,1

Результати дослідження, наведеного в таблиці 4, свідчать, що у групі практично здорових студентів 58,7±1,8% «дуже легко» та 33,2±1,7% «легко» спілкуються з матір'ю. Водночас 11,0±2,2% обстежених 2 групи і 10,2±3,2% студентів 3 групи мають «складні» взаємини з матір'ю на статистично значущому рівні ($p < 0,001$), тоді як у 2,1±0,5%, $p < 0,001$ студентів 1 групи були «складні» взаємини з матір'ю та у 0,1±0,1%, $p < 0,05$ – «дуже складні» відповідно. Порівнюючи «складні» стосунки юнаків і дівчат з батьком та матір'ю ми з'ясували, що молодь з ознаками порушення та розладів адаптації відчувала більше труднощів у спілкуванні з батьком, ніж з матір'ю.

Дослідження виразності психопатологічної симптоматики за шкалою SCL-90-R виявило, що існує зв'язок рівня психологічного дистресу, проявів супутніх психопатологічних радикалів за окремими субшкалами (показниками міжособистісної сенситивності – INT та фобічної тривоги – РНОВ) серед студентів 2 й 3 груп з їхніми взаєминами з батьками. Детальний аналіз наведено у таблицях 5–8.

У студентів із ознаками розладів адаптації виявлено більший середній показник INT за шкалою SCL-90-R, а саме: міжособистісна сенситивність у дівчат, яким «дуже складно» спілкуватися з батьком, складає 2,31±0,05 балів (за норми 0,66±0,03 балів), а у хлопців – 2,44±0 балів. На емоційному рівні це виражалося появою почуття тривожної напруженості, невдоволення стосунками з оточуючими, підвищеною чутливістю до звичайних

міжособистісних взаємодій у студентській групі та висловлювань педагогів. Студентам здавалося, що їх не розуміють або ставляться до них неприємно. Також обстежувані відзначали, що іноді у них виникали прискорене серцебиття, відчуття нестачі повітря, тремтіння у

всьому тілі, пітливість долонь, нудота, стомлюваність, труднощі при виконанні звичних університетських завдань і недостатній сон.

Тим часом у молоді 1 групи виявлено нормативний рівень за субшкалою INT.

Таблиця 5. Взаємозв'язок між рівнем виразності психопатологічної симптоматики за шкалою SCL-90-R (субшкалою INT) і взаєминами обстежених з батьком

Варіант відповіді	Група 1, n=778; INT, бали		Група 2, n=210; INT, бали		Група 3, n=88; INT, бали	
	дівчата, n=552	хлопці, n=226	дівчата, n=151	хлопці, n=59	дівчата, n=48	хлопці, n=40
Дуже легко	0,22±0,27	0,34±0,19	0,37±0,32	0,78±0,51	2,50±0,56	1,3±0,15
Легко	0,29±0,18	0,18±0,18	0,47±0,45	0,61±0,31	2,05±0,73	2,1±0,95
Складно	0,33±0,20	0,36±0,21	0,73±0,28	0,26±0,06	1,65±0,43	1,4±0,41
Дуже складно	–	0,22±0	0,44±0	0,44±0,21	2,31±0,05	2,44±0
У мене немає батька або я не бачуся з ним	0,14±0,13	0,06±0,12	0,61±0,31	0,65±0,20	3,0±0,31	1,62±0,52

Примітка. INT – Interpersonal Sensitivity – міжособистісна сенситивність шкали SCL-90-R.

Таблиця 6. Взаємозв'язок між рівнем виразності психопатологічної симптоматики за шкалою SCL-90-R (за субшкалою PHOV, бали) і взаєминами обстежених з батьком

Варіант відповіді	Група 1, n=778; PHOV, бали		Група 2, n=210; PHOV, бали		Група 3, n=88; PHOV, бали	
	дівчата, n=552	хлопці, n=226	дівчата, n=151	хлопці, n=59	дівчата, n=48	хлопці, n=40
Дуже легко	0,04±0,09	0,05±0,07	0,2±0,18	0,33±0,36	0,57±0,29	1,79±0,13
Легко	0,05±0,09	0,01±0,04	0,15±0,29	0,22±0,21	1,40±0,49	1,43±1,09
Складно	0,09±0,17	0,01±0,04	0,13±0,17	0,10±0,16	0,63±0,42	0,99±0,92
Дуже складно	–	–	–	0,40±0,41	0,37±0,13	0,71±0
У мене немає батька або я не бачуся з ним	0,002±0	0,01±0	0,17±0,23	0,13±0,22	2,1±0,91	1,0±0,61

Примітка. PHOV – Fobic Anxiety – фобічна тривога шкали SCL-90-R.

Таблиця 7. Взаємозв'язок між рівнем виразності психопатологічної симптоматики за шкалою SCL-90-R (субшкалою INT) і взаєминами обстежених з матір'ю

Варіант відповіді	Група 1, n=778; INT, бали		Група 2, n=210; INT, бали		Група 3, n=88; INT, бали	
	дівчата, n=552	хлопці, n=226	дівчата, n=151	хлопці, n=59	дівчата, n=48	хлопці, n=40
Дуже легко	0,22±0,21	0,45±0,19	0,53±0,45	0,59±0,30	1,67±0	2,29±0,92
Легко	0,35±0,16	0,13±0,14	0,59±0,39	0,61±0,25	1,94±0,57	1,90±0,63
Складно	0,42±0,06	0,15±0,05	0,51±0,23	–	2,57±0,81	2,67±0
Дуже складно	–	0,33±0	0,22±0	0,44±0,16	–	1±0
У мене немає матері або я не бачуся з нею	0,23±0,25	0,7±0,06	0,28±0,08	0,44±0	–	–

Примітка. INT – Interpersonal Sensitivity – міжособистісна сенситивність шкали SCL-90-R.

Таблиця 8. Взаємозв'язок між рівнем виразності психопатологічної симптоматики за шкалою SCL-90-R (субшкалою PHOV) і взаєминами обстежених з матір'ю

Варіант відповіді	Група 1, n=778; PHOV, бали		Група 2, n=210; PHOV, бали		Група 3, n=88; PHOV, бали	
	дівчата, n=552	хлопці, n=226	дівчата, n=151	хлопці, n=59	дівчата, n=48	хлопці, n=40
Дуже легко	0,04±0,09	0,03±0,06	0,11±0,19	0,17±0,21	1,20±0,53	1,48±0,84
Легко	0,05±0,1	0,04±0,03	0,18±0,32	0,21±0,26	0,82±0,48	0,94±0,69
Складно	0,07±0,14	0,05±0,07	0,17±0,13	–	1,31±1,01	1,36±1,11
Дуже складно	–	0,29±0	–	0,43±0,20	2,14±0	1,44±0
У мене немає матері або я не бачуся з нею	0,1±0,15	–	0,07±0,1	0,57±0	2,0±0	–

Примітка. PHOV – Fobic Anxiety – фобічна тривога шкали SCL-90-R.

Доведено, що труднощі у взаєминах із батьком у студентів з ознаками розладів адаптації пов'язані з підвищенням рівня фобічної тривоги (РНОВ). Зокрема, у хлопців цей показник склав $0,99 \pm 0,92$ балів, у дівчат – $0,63 \pm 0,42$ балів відповідно (при нормі $0,18 \pm 0,02$ балів). Занепокоєння, внутрішня напруга, невпевненість у правильності своєї поведінки свідчать про наявність у студентів когнітивних компонентів почуття небезпеки, неспецифічних психогенних реакцій, основу яких складає страх різної інтенсивності щодо конкретних людей, подій, ситуацій. Ірраціональний характер переживань відображає труднощі в міжособистісній комунікації, негативні емоційні переживання і дратівливість, невластиві їм раніше.

Визначено, що дівчатам з ознаками розладів адаптації (3 група) «складно» спілкуватися на хвилюючі теми з матір'ю, інтенсивність міжособистісної сенситивності у них складає $2,57 \pm 0,81$ балів, у хлопців цієї групи – $2,67 \pm 0$ балів (при нормі $0,66 \pm 0,03$ балів). Це свідчить про те, що досліджуваний показник значно перевищує оптимальний діапазон, що проявляється через занепокоєння і помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії, супроводжується появою відчуття особистісної неповноцінності при порівнянні з іншими, а також негативними очікуваннями щодо будь-яких комунікацій з соціальним оточенням.

З'ясовано, що у студентів 3 групи складні взаємини з матір'ю взаємозв'язані з підвищенням рівня фобічної тривоги: у дівчат $1,31 \pm 1,01$ балів, у хлопців $1,36 \pm 1,11$ балів (при нормі $0,18 \pm 0,02$ балів). Емоційно цей стан проявлявся відчуттям неспокою, тривоги, яка іноді була спрямована у майбутнє. Часом молоді люди відчували внутрішнє тремтіння, дратівливість, втомлюваність, мали знижений настрій, труднощі в концентрації уваги при виконанні звичної роботи. Їм були властиві порушення сну, зміни апетиту, неспецифічні прояви з боку серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту, підвищення артеріального тиску, почастищення пульсу, пітливість, сухість в роті. Обстежувані оцінювали свій стан як «суб'єктивно дискомфортний», що відобразилося у зниженні показника самопочуття та значення його мінімуму (1,8 бала) за методикою «САН». Величина медіани показника «САН» ($Me=3,9$ балів) у цій групі демонструє наявність у 50% осіб психофункціонального стану, істотно нижчого оптимального діапазону, що значно знижує психосоціальне функціонування молоді та відображається у низькому рівні «задоволеності життям», а саме: у дівчат $13,54 \pm 3,67$ балів, у юнаків $10,03 \pm 3,34$ балів відповідно, проти високого рівня «задоволеності життям» у дівчат ($27,23 \pm 4,29$ балів) та хлопців ($27,22 \pm 3,82$ балів) групи практично здорових студентів (за тестом «Задоволеність життям» («Satisfaction with Life Scale» – SWLS Diener E. et al., 1985, в адаптації Д.А. Леонтьєва, Є.М. Осіна, 2008 р.).

Висновки

Негативний мікросоціальний вплив дисфункціональних батьківських сімейних стосунків на студентську молоддь є підґрунтям для розвитку порушення психосоціальної адаптації.

Складні дитячо-батьківські стосунки обумовлюють неспецифічний донозологічний симптомокомплекс «пси-

хоемоційної напруги», який характеризується соматовегетативними, тривожно-депресивними, фобічними, емоційно лабільними проявами та є предиктором формування клінічної симптоматики розладів адаптації у студентської молоді.

Гармонійні дитячо-батьківські стосунки та функціональність сімейної системи, що забезпечують здатність її членів адаптуватися до стресової ситуації, є фактором превенції розвитку порушень психоемоційної сфери, джерелом психологічної підтримки, підвищує адаптаційний ресурс і може бути чинником захисту відносно розвитку у молоді розладів адаптації.

На підставі отриманих даних ми сформували науково обґрунтовану модель ефективної медико-соціальної допомоги студентам із розладами адаптації.

Перспективним напрямком подальших досліджень є розвиток превентивних і профілактичних заходів для запобігання порушенням та розладам адаптації серед студентської молоді за рахунок підвищення сімейного ресурсу та реабілітаційного потенціалу цілісної (біопсихосоціальної) сімейної системи.

Список використаної літератури

1. Абрамов В. А. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы : монография / В. А. Абрамов, О. И. Осокина, Г. Г. Пуятин. – Донецк : Каштан, 2014. – 296 с.
2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л., 1988. – 270 с.
3. Психосоциальные факторы как предикторы нарушений психической адаптации у лиц, занятых стрессогенной профессиональной деятельностью / Л. И. Вассерман, В. К. Шамрей, А. А. Марченко, М. Ю. Новожилова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 47–52.
4. Психологические факторы эмоциональной дезадаптации у студентов / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Я. Г. Евдокимова, М. В. Москва // Вопросы психологии. – 2009. – № 3. – С. 16–26.
5. Горлинский В. В. Культура устойчивого человеческого развития: ее конституирование и аксиологическое содержание / В. В. Горлинский // Философия и культура. – 2015. – № 5. – С. 658–669.
6. Ермолаев О. Ю. Математическая статистика для психологов : учебник / О. Ю. Ермолаев. – 2-е изд., испр. – М. : Московский психолого-социальный институт; Флинта, 2003. – 336 с. – (Библиотека психолога). – С. 29–52.
7. Маркова М. В. Функциональность семейной системы как фактор предикции / превенции развития нарушений психического здоровья в семьях детей, больных на онкологическую патологию / М. В. Маркова, О. В. Понтоковская // Международный неврологический журнал. – 2013. – № 4 (58). – С. 1–6. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/print/36509> (дата посещения 12.02.2016).
8. Тарабура Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабура. – М., 2001. – 60 с.
9. Derogatis L. The SCL-90-R / L. Derogatis // Clinical Psychometric Research. – Baltimore. – 1975. – Vol. 19. – P. 1–15.
10. Derogatis L. SCL-90: An out-patients psychiatric rating scale-Preliminary Report / L. Derogatis, R. Lipman, L. Kovi // Psychopharmacology Bulletin. – 1973. – Vol. 9 (1) – P. 13–27.
11. Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients / M. H. Nauta, H. Festen, C. G. Reichart [et al.] // BMC Psychiatry. – 2012. – № 17. – P. 31. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403886/> (дата посещения 10.03.2016). doi: 10.1186/1471-244X-12-31

References

1. Abramov V.A., Osokina O.I., Putyatyn G.G. Lichnostno-orientirovannaya psihiatriya: cennostno-gumanisticheskie podhody: Monografiya [The personal focused psychiatry: valuable and humanistic approaches: Monograph]. Doneck, Kashtan, 2014. 296 p.
2. Berezin F.B. Psihicheskaya i psihofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka [Mental and psychophysiological adaptation of the person]. L., 1988. 270 p.
3. Vasserman L.I., SHamrej V.K., Marchenko A.A., Novozhilova M.YU. Psihosocial'nye faktory kak prediktory narushenij psihicheskoy adaptatsii u lic, zanyatyh stressogennoj professional'noj deyatel'nost'yu [Psychosocial factors as predicates of psychical adaptation disturbances of persons with stress-related professional activity]. Sibirskij psihologicheskij zhurnal, 2008, no. 29, pp. 47–52.
4. Garanyan N. G., Holmogorova A. B., Evdokimova YA. G., Moskova M.V. Psihologicheskie faktory ehmocional'noj dezadaptatsii u studentov [Psychological

- factors of students' emotional deadadaptation]. *Voprosy psichologii*, 2009, no. 3, pp. 16–26.
5. Gorlinskij V.V. Kul'tura ustojchivogo chelovecheskogo razvitiya: ee konstituirovaniye i aksiologicheskoe sodержanie [Culture of sustainable human development: its institutionalization and axiological contents]. *Filosofiya i kul'tura*, 2015, no. 5, pp. 658–669.
 6. Ermolaev O. Yu. *Matematicheskaya statistika dlya psichologov: Uchebnik* [Mathematical statistics for the psychologists: Textbook.]. M., Moskovskij psichologo-social'nyj institut: Flinta, 2003. 336 p.
 7. Markova M.V., Piontkovs'ka O.V. [The functionality of the family system as a factor predicts / prevention of mental health disorders in parents of children suffering from cancer]. *Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal*, 2013, no. 4 (58). (In Russ.) Available at: <http://www.mif-ua.com/archive/article/print/36509> (accessed 12.02.2016)
 8. Tarabrina N.V. *Praktikum po psichologii posttravmaticheskogo stressa* [Psychology workshop of posttraumatic stress]. M., 2001. 60 p.
 9. Derogatis L. The SCL-90-R [The SCL-90-R]. *Clinical Psychometric Research – Baltimore*, 1975, no. 19, pp. 1–15.
 10. Derogatis L., Lipman R., Kovi L. SCL-90: An out-patients psychiatric rating scale- Preliminary Report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973, vol. 9 (1), pp. 13–27.
 11. Nauta M.H., Festen H., Reichart C.G., Nolen W.A., Stant A.D., Bockting C.L., van der Wee N.J., Beekman A., Doreleijers T.A., Hartman C.A., de Jong P.J., de Vries S.O. Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk offspring of depressed and anxious patients. *BMC Psychiatry*, 2012, Apr 17, pp. 31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403886/> (accessed 10.03.2016). doi: 10.1186/1471-244X-12-31

ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ КАК ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПРЕДИКЦИИ РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ

Е.В. Киосева

Актуальность. Среди множества социокультуральных факторов, влияющих на адаптационные возможности человека, особая роль принадлежит ценностной системе семейных отношений.

Цель исследования – определить роль детско-родительских взаимоотношений в формировании расстройств адаптации у студенческой молодежи.

Материалы и методы. Проведен анализ психического состояния 1076 студентов университета, определена взаимосвязь уровня выраженности межличностной чувствительности, фобической тревоги и детско-родительских взаимоотношений в семьях респондентов. Методы исследования: информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психодиагностический, математико-статистический.

Результаты. Установлено, что «значимо сложные» и «очень сложные» взаимоотношения с отцом имеют 21,4% (45/210) студентов с признаками нарушения адаптации и 36,4% (32/88) обследованных с признаками расстройств адаптации, против 12,3% (96/778) практически здоровых лиц. Выяснено, что молодежь чувствует больше трудностей в общении с отцом, нежели с матерью. Нет отца у 20,5±2,8%, $p<0,001$ респондентов с признаками нарушения адаптации. Психологический дистресс у студентов, у которых были деструктивные отношения с родителями, определялся неспецифическим донозологическим симптомокомплексом «психоэмоционального напряжения» и имел тенденцию к трансформации в клинически очерченные расстройства адаптации.

Выводы. Психосоциальный фактор функциональности семейной системы выступает предиктором развития расстройств адаптации у молодежи.

Ключевые слова: расстройства адаптации, студенты, молодежь, стресс, университет, семья, родители.

FAMILY SYSTEM FUNCTIONALITY AS PSYCHOSOCIAL PREDICATES FACTORS OF STUDENTS' ADJUSTMENT DISORDER

O.V. Kioseva

Background: Among the many sociocultural factors that affect the adaptive capacity of a person, a special role belongs to the value system of family relations.

Objective – to define a role of child parental relationship in formation of disorders of adaptation at student's youth.

Methods and materials. This work is based on the analysis of the mental state of 1076 university students and determines the correlation of level of interpersonal relationship sensitivity, phobic anxiety and parent-child relationships in the family of the respondents. Research methods: informational and analytical methods, clinic-anamnesic methods, social and demographic methods, clinical and psychopathological method, psychodiagnostic methods, mathematical-statistical methods.

Results. It is established that «significantly difficult» and «very difficult» relationship with the father has 21,4% (45/210) students with the symptoms of disorder of adaptation and 36,4% (32/88) youth with the symptoms of adjustment disorder against 12,3% (96/778) almost healthy persons. It is found out that the youth feels more difficulties in communication with the father, than with mother. There is no father at 20,5±2,8%, $p<0,001$ of respondents with the the symptoms of disorder of adaptation. The psychological distress of students who were characterized by the destructive relations with parents, was defined by a non-specific prenosological symptom of “psychoemotional strain” and tended to transform a clinically delineated adjustment disorder.

Conclusions. The psychosocial factor of functionality of family system acts as a predictor of development of disorders of adaptation in youth.

Key words: adjustment disorder, students, the youth, stress, university, family, parents.

Н.О. Дзеружинська¹, В.О. Ломтева², О.К. Малютіна³

ПСИХООСВІТА ЯК КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ² Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» у місті Києві³ Центр екстреної медичної допомоги медицини катастроф міста Києва
torydoct@yandex.ua

Актуальність. Останнім часом в усьому світі все більше місця в реабілітаційних заходах для хворих на параноїдну шизофренію займають психоосвітні програми.

Метою даного дослідження було оцінити вплив психоосвітніх програм на результативність стаціонарного лікування хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 109 хворих на параноїдну шизофренію (69 чоловіків та 40 жінок), які проходили добровільне стаціонарне лікування в ТМО «Психіатрія» у місті Києві. Пацієнти були поділені на 2 групи: основну групу склали 56 осіб, які брали участь у запропонованій психоосвітній програмі, до групи порівняння увійшли 53 особи, які отримували лише медикаментозну терапію згідно з відповідними стандартами лікування цього захворювання. У дослідженні використані клініко-психопатологічний метод, метод структурованого інтерв'ю, шкала оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS), опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих (Гурович І.Я., Шмуклер О.Б., 1998 р.), шкала медикаментозного комплаєнсу, розроблена в НДПНІ імені В.М. Бехтерева, шкала оцінки глобального функціонування (GAF), методи описової статистики, регресійний, факторний та кореляційний аналіз (програма SPSS statistics 20).

Результати. Ми відмітили достовірне підвищення рівня комплаєнсу у пацієнтів першої групи, особливо за двома його факторами. Протягом півроку після проведеного дослідження у пацієнтів основної групи було відмічено значимо менше ($p < 0,05$) рецидивів, ніж у пацієнтів групи порівняння; частота повторних госпіталізацій впродовж першого року після завершення програми в основній групі зменшилась на 16%.

Висновок. Проведене нами дослідження демонструє доцільність включення психоосвітніх програм у комплекс реабілітаційних заходів для хворих на параноїдну шизофренію. Направленість програм та зміст запропонованого комплексу мають відповідати тяжкості та структурі виявлених у пацієнта проблем. Такий підхід підвищить рівень соціального функціонування хворих та з дозволить їм з більшою часткою відповідальності й усвідомленості брати участь у лікувально-реабілітаційних заходах для покращення соціально-психологічної адаптації.

Ключові слова:
психоосвіта,
шизофренія,
психореабілітація,
комплаєнс.

Шизофренія – це хвороба, яка має хронічний перебіг. Часті рецидиви, відсутність ремісій, постійні стаціонарування поширені й найчастіше асоціюються з недотриманням лікарських рекомендацій. Існують різні причини їх недотримання, зокрема інформаційний дефіцит, наслідки психопатологічних симптомів, таких як когнітивні порушення або погане розуміння хвороби, суб'єктивні реакції на ліки й побічні ефекти. Рецидиви є зависокою ціною для пацієнта і системи охорони здоров'я. Зв'язок між невиконанням рекомендацій і збільшенням витрат на лікування у ході попередніх досліджень багатьох спеціалістів стали очевидними.

Загальноновизнаними є заходи, спрямовані на роз'яснення особливостей психічного захворювання родичам

пацієнтів, у тому числі хворих на шизофренію. Існує немало публікацій на цю тему та роздаткових матеріалів, які давно вже застосовують лікарі-психіатри, є навіть розроблені і науково обґрунтовані підходи для групової роботи з родичами хворих на шизофренію [1]. Західні вчені наголошують на важливості створення груп підтримки родичів, близькі яких хворі на шизофренію, а також створення інформаційних блоків для кращого розуміння суті захворювання. Відзначається, що психоедукаційна (або психоосвітня) робота сприяє налагодженню стосунків у родині й підвищує прихильність до лікування та підтримку хворих з боку сім'ї [2]. А от ґрунтовна психоосвіта самих пацієнтів почала набирати обертів не так давно, проте вже існує неабияка доказова база стосовно ефективності комп-

лексного лікування пацієнтів з хворобами, що входять до спектра великої психіатрії, наприклад шизофренії. У 2012 році російськими психіатрами було проведено дослідження, у якому доведена ефективність медикаментозно-психоосвітнього підходу при наданні амбулаторної допомоги хворим на параноїдну шизофренію з частими рецидивами [3]. Результати дослідження іншої дослідницької групи продемонстрували доцільність застосування інтегративної моделі програми, що включає медичний інформаційний модуль, модулі тренінгу міжперсонального спілкування і поведінкової терапії. Це обумовлено необхідністю поєднання розширення знань пацієнтів з питань захворювання і терапії з корекцією копінг-поведінки і внутрішньої картини хвороби, що характеризуються дезадаптивною спрямованістю. За їх даними, психоосвітня програма помітно підвищила індивідуальні ресурси у боротьбі з хворобою та можливості адаптації хворих на шизофренію в цілому. Вчені зазначили, що підвищення адаптивного потенціалу особистості в процесі інтегративної психоосвітньої програми відбувалося паралельно зі зростанням рівня знань пацієнтів про хворобу [4]. Німецькі дослідники також акцентують увагу на необхідності інтеграції медичного та соціопсихологічного підходів, зокрема наголошують на важливості міждисциплінарного підходу, залучення у процес терапії родини пацієнта, а також на складності реалізації комплексного підходу через розгалуження і віддалення різних ланок мережі психіатричної допомоги та низький рівень взаємодії між різними спеціалістами [5]. У березні 2016 року опубліковані висновки семирічного дослідження німецьких колег, які довели, що психоедукація підвищує комплаєнс між пацієнтом та медичними працівниками, при цьому також було відзначено меншу кількість лікарно-днів, проведено хворими у психіатричному стаціонарі, порівняно з пацієнтами контрольної групи, що не вплинуло на якість життя і терапії перших [6].

Психоосвітня робота є важливою не лише для лікування, а й для психосоціальної реабілітації. Незважаючи на доволі велику поширеність психоосвітніх заходів, які останнім часом досить активно застосовуються, вчені відзначають недостатній рівень інформованості пацієнтів та їх родичів стосовно захворювання. Дослідники пов'язують отримані дані з нестачею літератури, яка б описувала конкретний практичний досвід застосування різноманітних психореабілітаційних методик та давала детальний аналіз їх результативності [7].

Вітчизняні лікарі також занепокоєні станом просвітницьких заходів у галузі психічного здоров'я, тому розробили цілу низку психоосвітньої літератури, не забувши й про проблеми хворих на шизофренію. Наприклад, у 2012 році в рамках освітніх програм Українського НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ України вийшла друком безкоштовна книга для пацієнтів, їх родичів та усіх, хто цікавиться великою психіатрією, у якій доступною мовою описана проблема шизофренії, містяться телефони довіри та перелік фільмів, у яких піднімаються питання психічного здоров'я [8].

Рецидиви, повторні госпіталізації є частими й об'єднуючими факторами для пацієнтів, хворих на шизофренію. І хоча дослідження свідчать про ефективність застосування психоосвітніх методів у таких пацієнтів, тобто відзначається зниження числа та тривалості пов-

торних госпіталізацій, німецькі вчені зазначають, що лише трохи більше 20% пацієнтів психіатричних клінік отримують адекватну психоосвітню інформацію. Однією з причин є висока вартість матеріалів для психоедукації. Тому німецькі психіатри провели дослідження з приводу можливості й доцільності використання освітніх фільмів для поширення знань серед стаціонарних хворих, і дійшли висновків про те, що використання таких фільмів є дієвим і економічно обґрунтованим методом, що добре сприймається пацієнтами [9].

Обговорюється важливість такого підходу до психоосвітньої роботи, який би проводився з огляду на культурні, релігійні особливості та цінності сім'ї пацієнта. Вважають, що такий підхід сприятиме більшій згуртованості і зменшить психоемоційне навантаження та відчуття провини у членів родини хворого, сприятиме більшій культурній і релігійній інтеграції пацієнта у життя мікросоціуму [10].

Незважаючи на велику кількість публікацій, присвячених впливу психоосвітніх програм на психічний стан, соціальне функціонування та якість життя хворих на параноїдну шизофренію, їх використання залишається актуальним та суттєво підвищує результативність реабілітаційного процесу. Проведення психоосвітніх заходів обумовлено необхідністю покращення комунікативних здібностей пацієнта, потенціювання його активності у вирішенні власних проблем, виробленню відповідної пристосувальної поведінки до вимог реального оточення, що дозволяє скоротити строки та частоту госпіталізацій, покращити сімейний мікроклімат [11, 12].

Метою даного дослідження була оцінка впливу психоосвітніх програм на результативність стаціонарного лікування хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріал та методи дослідження

Для реалізації мети дослідження було проведено комплексне обстеження 109 хворих на параноїдну шизофренію (69 чоловіків та 40 жінок), які проходили добровільне стаціонарне лікування в ТМО «Психіатрія» у місті Києві. Критеріями включення в групу були інформована згода на участь у дослідженні, відповідність клінічної картини захворювання діагностичним критеріям «параноїдної шизофренії» за МКХ-10. Основну групу дослідження склали 56 осіб, які брали участь у запропонованій психоосвітній програмі; до групи порівняння увійшли 53 особи, які отримували лише медикаментозну терапію згідно з відповідними стандартами лікування цього захворювання.

Для вивчення клінічної картини та динаміки розвитку захворювання у пацієнтів ми застосовували клініко-психопатологічний метод із використанням шкали оцінки позитивних і негативних синдромів (PANSS). Для вивчення анамнестичних, соціально-демографічних характеристик пацієнтів був використаний метод структурованого інтерв'ю із застосуванням спеціально розробленої карти обстеження хворого на параноїдну шизофренію з окремим підрозділом для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих, який створено на основі опитувальника І.Я. Гуровича та О.Б. Шмуклера (1998). Для дослідження рівня прихильності хворих до виконання лікарських призначень

використовували шкалу медикаментозного комплаєнсу, яку було розроблено в НДПНІ імені В.М. Бехтерева. Для вивчення рівня соціального функціонування хворих застосовували шкалу оцінки глобального функціонування (GAF). Для статистичної обробки результатів дослідження використовували методи описової статистики, регресійний і факторний аналіз первинних статистичних даних (з використанням програми SPSS 20), а також метод кореляційного аналізу (коефіцієнт Спірмена).

Результати та їх обговорення

Вік пацієнтів, які брали участь у дослідженні, складав від 18 до 64 років (у середньому $33,6 \pm 0,4$ років). Серед обстежених було 69 чоловіків (63,3%) та 40 жінок (36,7%). Тривалість захворювання понад 15 років була у 42,9% чоловіків та у 23,3% жінок, від 10 до 15 років – у 17,5% чоловіків та у 6,7% жінок, від 5 до 10 років – у 36,5% чоловіків і у 33,3% жінок та менше 5 років – у 5,8% чоловіків та у 36,7% жінок. За типом перебігу у більшості пацієнтів захворювання було безперервним (103 особи; 94,5%) та нападopodobно-прогресивним (6 осіб; 5,5%). Психопатологічна симптоматика при госпіталізації хворих у стаціонар була представлена галюцинаторно-параноїдним (68 осіб; 62,4%), параноїдним (28 осіб; 25,7%) та афективно-маячним (13 осіб; 11,9%) синдромами. Середній бал загальної суми за шкалою PANSS у досліджуваних складав 87,90 балів у чоловіків і 90,26 балів у жінок, позитивні симптоми – 20,34 балів і 21,60 балів відповідно, негативні – 25,84 балів і 26,10 балів відповідно. Згідно з даними опитувальника GAF, за рівнем соціального функціонування хворі були поділені таким чином: незначне зниження, легкі труднощі у функціонуванні мали 13 хворих (11,9%), помірне зниження, значні труднощі у функціонуванні були у 83 пацієнтів (76,2%), у 13 осіб (11,9%) виявлено сильне зниження, практичну неможливість функціонування (практичну неможливість виконувати роботу, навчатися або займатися домашнім господарством, дуже часті прогули або повне занедбання домашнього господарства).

В ході дослідження ми вивчали феномен самостигматизації у хворих на параноїдну шизофренію. Було виявлено декілька варіантів самостигматизації (детальніше дані викладені у наших попередніх публікаціях), які продемонстрували суттєві ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки з клінічними показниками та рівнем комплаєнсу і соціального функціонування.

Усі досліджувані пацієнти отримували адекватну фармакологічну терапію та стандартний комплекс соціально-реабілітаційних заходів.

При заповненні картки обстеження хворі повідомляли дані про поінформованість щодо захворювання, яким вони страждають. При аналізі цих даних у більшості пацієнтів (84,2%) ми виявили суттєвий дефіцит знань про психічні розлади, їх походження та клінічні прояви, зміни в особистості хворого, вплив хвороби на самооцінку та стосунки з близьким оточенням, а також про методи лікування та наслідки застосування лікарських препаратів. За результатами цього аналізу була запропонована психоосвітня програма, метою якої стала не тільки ліквідація прогалин у знаннях, але і набуття хворими нового досвіду функціонування в умовах тривалої малозворотної хвороби, активізація усвідомлення

ними своїх можливостей, підвищення рівня самооцінки та самоповаги, а також розширення кола спілкування.

Психоосвітня програма була побудована за подвійним принципом – дидактичним та дискусійним. Заняття проводились у напівзакритих групах, які склалися з 8–10 учасників. Режим проведення психоосвітніх семінарів мав короткострокову форму (в середньому 10 сеансів) у вигляді півторогодинних занять 2-3 рази на тиждень. У проведенні семінару були задіяні одночасно 2 спеціалісти (лікар-психіатр та клінічний психолог). Перша частина семінару представляла собою міні-лекцію за розробленою нами програмою, друга частина проходила у вигляді проблемно-орієнтованої дискусії з елементами комунікативного тренінгу.

Для оцінки результативності проведеного курсу психоосвіти ми оцінювали в динаміці показники рівня комплаєнсу та число рецидивів захворювання і повторних госпіталізацій за даними 1-річного катamnестичного спостереження за цими пацієнтами.

Після проведення запропонованого нами комплексу реабілітаційних заходів (включаючи психоосвітню програму) ми відмітили достовірне ($p < 0,05$) підвищення рівня комплаєнсу у пацієнтів першої групи, особливо за двома його факторами. За фактором відношення до медикації покращення відбулося за рахунок таких показників як зацікавленість у прийомі ліків, наявність побоювань у зв'язку з прийомом ліків та психологічно обумовлене саботування прийому медикації. Найімовірніше це можна пояснити тим, що в психоосвітній програмі більше уваги та часу було приділено необхідності встановлення довірчих стосунків з лікарем та мікросоціальним оточенням у питаннях усвідомлення хвороби та десапстигматизації.

Протягом півроку після проведеного дослідження у пацієнтів основної групи було відмічено значимо менше ($p < 0,05$) рецидивів, порівняно з пацієнтами групи порівняння.

Ми проаналізували частоту повторних госпіталізацій впродовж першого року після завершення програми та виявили, що застосування запропонованого нами комплексу лікувально-реабілітаційних заходів з включенням психоосвітньої програми привело до зменшення числа повторних госпіталізацій на 16%, порівняно зі стандартною психофармакотерапією (що збігається з даними інших міжнародних досліджень).

Висновки

Проведене нами дослідження демонструє доцільність включення в комплекс реабілітаційних заходів для хворих на параноїдну шизофренію психоосвітніх програм. Направленість програм та зміст запропонованого комплексу повинні відповідати тяжкості та структурі виявлених у пацієнта проблем. Такий підхід дозволить хворим підвищити рівень соціального функціонування та більш відповідально та усвідомлено брати участь у лікувально-реабілітаційних заходах для покращення соціально-психологічної адаптації.

Список використаної літератури

1. Празднова В. А. Интегративный подход к групповой психотерапии с родственниками больных шизофренией / В. А. Празднова, Т. В. Зеленкова // Психическое здоровье. – 2012. – Т. 79, № 12. – С. 51–55.
2. The Effects of Group Psychoeducational Programme on Attitude toward Mental Illness in Families of Patients with Schizophrenia, 2014 / F. Rahmani, F. Ranjbar, H. Ebrahimi, M. Hosseinzadeh // J. Caring Sci. – 2015. – Т. 1, N. 4 (3). – P. 243–251.

- Бурыгина Л. А. Сравнительная эффективность медикаментозного и комплексного медикаментозно-психообразовательного подхода при оказании амбулаторной помощи больным параноидной шизофренией с частыми рецидивами // Л. А. Бурыгина, Ю. В. Ушаков, С. Н. Мосолов // Биологические методы терапии психических расстройств (Доказательная медицина – клинической практике) : монография / Мосолов С. Н. – М. : Социально-политическая мысль, 2012. – С. 142–171.
- Серазетдинова Л. Г. Опыт психообразования больных шизофренией в амбулаторной практике // Л. Г. Серазетдинова, Н. Н. Петрова, О. В. Малеваная // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 1. – С. 38–42.
- Mayer-Amberg N. An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia // N. Mayer-Amberg, R. Woltmann, S. Walther // Front Psychiatry. – 2016. – Т. 8, N. 6. – P. 184.
- Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study // J. Bäuml, G. Pitschel-Walz, A. Volz [et al.] // Schizophr. Bull. – 2016. – 8.
- Самойлова Д. Д. Психообразование как составляющая процесса психореабилитации пациентов с шизофренией // Д. Д. Самойлова, Ю. Б. Барыльник, П. С. Янушко // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) – 2015. – Т. 5, № 2. – С. 104–107.
- Шизофрения: необычные люди среди странных людей // О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко, Н. Ю. Жабенко. – К. : ООО «ЭД-ВОРЛД ТРЕЙД», 2012. – 191 с.
- Using film as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design // C. von Maffei, F. Görges, W. Kissling [et al.] // BMC Psychiatry. – 2015. – Т. 15. – P. 93.
- Weisman de Mamani A. The effect of a culturally informed therapy on self-conscious emotions and burden in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized clinical trial // Weisman de Mamani A., Suro G. // Psychotherapy (Chic). – 2016. – Т. 53 (1). – P. 57–67.
- Кожина А. М. Психообразование в системе современной психиатрической помощи // А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 17, № 2 (63) – С. 38–39.
- Кожина Г. М. Психоосвітня програма в реабілітації чоловіків, хворих на епілепсію // Г. М. Кожина, О. В. Полякова, М. В. Маркова // Український журнал «Мужське здоров'я, гендерна і психосоматическа медицина». – 2015. – Т. 1–2 (02). – С. 30–36.
- of Patients with Schizophrenia, 2014. J. Caring Sci., 2015, Sep. vol.1, no. 4(3), pp 243–251. doi: 10.15171/jcs.2015.025. ECollection 2015.
- Burygina L.A., Ushakov Yu.V., Mosolov S.N. Sravnitel'naya effektivnost medikamentoznogo i kompleksnogo medikamentozno-psichooobrazovatel'nogo podchoda pri okazanii ambulatornoy pomoshchi bolnym paranoidnoy shizofrenii s chastymi retsidivami [Comparative efficacy of medication and complex medication – psychoeducational approach in the provision of ambulatory care for patients with paranoid schizophrenia with frequent relapses]. Biologicheskie metody terapii psichicheskikh rassstroystv. Moskva, Sotsialno-politicheskaya mysl, 2012, pp.142–171.
- Serazetdinova L.G., Petrova N.N., Malyovanaya O.V. Opyt psichooobrazovaniya bolnykh shizofreniiy v ambulatornoy praktike [The experience of psychoeducation of patients with schizophrenia in outpatient practice]. Obozrenie psichiatrii i meditsinskoy psichologii, 2012, no.1, pp. 38–42.
- Mayer-Amberg N., Woltmann R., Walther S. An Integrated Care Initiative to Improve Patient Outcome in Schizophrenia. Front Psychiatry, 2016, Jan.vol. 8, no.6, p.184. doi: 10.3389/fpsy.2015.00184. ECollection 2015.
- Bäuml J., Pitschel-Walz G., Volz A., Lüscher S., Rentrop M., Kissling W., Jahn T. Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. Schizophr. Bull., 2016, Mar 8.
- Samoylova D.D., Barylnik Yu.B., Yanushko P.S. Psichooobrazovanie kak sostavlyayuschaya protsessa psichoreabilitatsii patsientov s shizofreniiy [The psychoeducation as a component of the process of psychorehabilitation of patients with schizophrenia]. Bulletin meditsinskikh internet-konferentsiy, 2015, vol.5, no.2, pp. 104–107.
- Chaban O.S., Chaustova E.A., Zhabenko E.Yu., Zhabenko N.Yu. Shizofreniya: neobychnye lyudi sredi strannykh lyudey [Schizophrenia: the unusual people among the strange people]. Kyiv, ООО «ED-Vorld treydey» Publ., 2012, 191p.
- von Maffei C., Görges F., Kissling W., Schreiber W., Rummel-Kluge C. Using film as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. BMC Psychiatry, 2015, vol.15, p. 93.
- Weisman de Mamani A., Suro G. The effect of a culturally informed therapy on self-conscious emotions and burden in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized clinical trial. Psychotherapy (Chic), 2016, Mar; vol. 53(1), pp. 57–67. doi: 10.1037/pst0000038. Epub 2015 Dec 14.
- Kozhina A.M., Korostiy V.I., Gaychuk L.M. Psichooobrazovanie v sisteme sovremennoy psichiatricheskoy pomoshchi [The psychoeducation in the system of modern mental health care]. Tavricheskiy zhurnal psichiatrii, 2013, vol.17, no.2 (63), pp.38–39.
- Kozhina G.M., Polyakova O.V., Markova M.V. Psichooosvitnaya programma v reabilitatsii chulovikov chvorych na epilepsiyu [The psychoeducation programme of rehabilitation of men patients with epilepsy]. Ukrainskiy zhurnal Muzhskoe zdorovye, gendernaya i psychosomaticheskaya meditsina, 2015, vol.1-2(02), pp. 30–36.

References

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ КАК КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.А. Дзеружинская, В.А. Ломтева, А.К. Малютина

Актуальность. В последнее время во всем мире все больше места в реабилитационных мероприятиях для больных параноидной шизофренией занимают психообразовательные программы.

Целью настоящего исследования было оценить влияние психообразовательных программ на результативность стационарного лечения больных параноидной шизофренией.

Материалы и методы. было проведено комплексное обследование 109 больных параноидной шизофренией (69 мужчин и 40 женщин), которые проходили добровольное стационарное лечение в ТМО «Психиатрия» в городе Киеве. Пациенты были разделены на 2 группы: основную группу составили 56 лиц, которые принимали участие в предложенной психообразовательной программе, в группу сравнения вошли 53 человека, которые получали только медикаментозную терапию в соответствии со стандартами лечения этого заболевания. В исследовании использованы клинико-психопатологический метод, метод структурированного интервью, шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 1998 г.), шкала медикаментозного комплаенса, разработанная в НИПНИ имени В.М. Бехтерева, шкала оценки глобального функционирования (GAF), методы описательной статистики, регрессионный, факторный и корреляционный анализ (программа SPSS statistics 20).

Результаты. Мы отметили достоверное повышение уровня комплаенса у пациентов первой группы, особенно по двум его факторам. В течение полутора после проведенного исследования у пациентов основной группы было отмечено значимо меньше ($p < 0,05$) рецидивов, по сравнению с пациентами группы сравнения; частота повторных госпитализаций в течение первого года после завершения программы в основной группе уменьшилась на 16%.

Выводы. Проведенное нами исследование демонстрирует целесообразность включения психообразовательных программ в комплекс реабилитационных мероприятий для больных параноидной шизофренией. Направленность программ и содержание предложенного комплекса должны соответствовать тяжести и структуре выявленных у пациента проблем. Такой подход позволит больным повысить уровень социального функционирования и с большей долей ответственности и осознанности участвовать в лечебно-реабилитационных мероприятиях для улучшения социально-психологической адаптации.

Ключевые слова: психообразование, шизофрения, психореабилитация, комплаенс.

PSYCHOEDUCATION AS CLINICAL AND SOCIAL DIMENSION OF REHABILITATION PROGRAMS OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

N.O. Dzeruzhinskaya, V.O. Lomteva, A.K. Malutina

Background. The psychoeducational programmes occupy much more space in the rehabilitation measures for patients with paranoid schizophrenia in recent years all over the world.

The aim of the study to assess the impact of psychoeducational programmes to the effectiveness of inpatient treatment of patients with paranoid schizophrenia.

Materials and methods. There were investigated 109 patients with paranoid schizophrenia (69 men and 40 women) who has been treated in TMU "Psychiatry". The patients were divided on two groups: basic group which included 56 members who took part in psychoeducational programs and group of 53 members who got just medical treatment. There were used clinical and psychopathological method, method of structured interview, statistic methods. There were used scales: PANSS, GAF, questionnaire to assess social functioning and quality of life of the mentally ill (Gurovich I. Ya., Shmukler B. A., 1998), scale of medication compliance.

Results. we noted a significant increase in the level of compliance in patients of the first group, especially in its two factors. In the six months after the study patients of the main group had significantly less ($p < 0.05$) relapses compared with patients in the comparison group; the frequency of re-hospitalizations in the first year after completing the programs decreased by 16% in the main group.

Conclusions. the study shows reasonability of inclusion psychoeducational programmes in the complex of rehabilitation measures. The focus of the programmes and the content of the proposed complex should be commensurate with the gravity and the structure of the identified patients' problems. This approach allows to increase the level of social functioning of patients and with a greater degree of responsibility and awareness to participate them in therapeutic and rehabilitation activities to improve their socio-psychological adaptation.

Key words: psychoeducation, schizophrenia, psychorehabilitation, compliance.

O.A. Levada, A.S. Troyan

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF MAJOR VASCULAR NEUROCOGNITIVE DISORDER OVER THE LAST 10 YEARS: A BRIEF REVIEW

State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education
Ministry of Health of Ukraine», Zaporizhzhia

olevada@zmapo.edu.ua

Background. According to DSM-5, major vascular neurocognitive disorder (VaMNCD) is the diagnostical construct that corresponds to the previously proposed term of vascular dementia in ICD-10 and DSM-IV classifications. Currently, VaMNCD is the second most common cause of major neurocognitive disorders (MNCDs) in elderly after Alzheimer's disease (MNCD-AD).

Objective. The aim was to synthesize evidence about some epidemiological aspects of VaMNCD over the past ten years.

Methods and materials. We searched PubMed and MEDLINE to find relevant data on VaMNCD.

Results and conclusions. According to clinical data, prevalence for VaMNCD among MNCDs is about 20%; the population prevalence for VaMNCD in the 65+ age group varies from 0.9 to 2%; with incidence rates between 0.75 and 11.4/1,000 person-years. The prevalence and incidence of VaMNCD increase with advancing age. According to autopsy data, the prevalence of «pure» VaMNCD ranges from 4 to 5.5%. The prevalence of mixed MNCD increases in older age cohorts. Vascular disorders most frequently linked with VaMNCD are atherosclerosis of cerebral arteries, small vessel disease, and cerebral amyloid angiopathy. Most common morphological types of VaMNCD are subcortical arteriosclerotic encephalopathy, multi-infarct encephalopathy, and strategic infarct dementia. Vascular, genetic, lifestyle risk factors, as well as the volume and location of the brain destruction, are the factors associated with VaMNCD. The presence of VaMNCD doubles the mortality of elderly persons. Economic burden of VaMNCD is higher than that of MNCD-AD. Donepezil treatment strategy is the most cost-effective in mild to moderate VaMNCD.

Key words:

major vascular neurocognitive disorder, prevalence, morphological forms, mortality, risk factors, economic burden.

Introduction. Major vascular neurocognitive disorder (VaMNCD) is a heterogeneous group of cognitive disorders associated with various types of cerebrovascular lesions. VaMNCD is a subtype of major neurocognitive disorders (MNCDs), which are characterized by the evidence of significant cognitive decline from a previous level of performance in one or more cognitive domains; this decline interferes with independence in everyday activities, do not occur exclusively in the context of a delirium, and is not better explained by another mental disorder [1]. Table 1 represents the DSM-5 diagnostic criteria for VaMNCD. According to DSM-5, VaMNCD corresponds to the condition referred to in DSM-IV and ICD-10 as vascular dementia [1].

In this review we analyzed recent data on epidemiological aspects of VaMNCD published in PubMed and MEDLINE over the past ten years.

Prevalence of VaMNCD according to clinical research

Prevalence analysis of VaMNCD in different geographical regions is shown in Table 2. At the present time, epidemio-

logical studies of VaMNCD use such indicators: the proportion of VaMNCD among other MNCDs (represented as a percentage), the prevalence of VaMNCD in a separate age cohort (percentage), and incidence (a number of cases per 1,000 person-years). Prevalence indicates the total number of existing cases of a disease in a population at a given time. Incidence shows the number of new cases of a disease that develop in a given period in a defined population.

The majority of research show that the proportion of VaMNCD among other types of MNCDs in the older age groups is about 20% [2-4]. This rate is mostly the same in different geographic regions. According to this indicator, VaMNCD takes the second place in the group of MNCDs just after Alzheimer's disease. The proportion of VaMNCD in different geographical regions has aligned only in the last decade of study the disorder [5]. Moreover, the ratio of different MNCDs in Asian countries becomes similar to that of Western countries [6]. This change may be attributed to the unified approaches for the diagnosis of MNCDs (dementias), which are being implemented around the world.

Prevalence rates of VaMNCD for age groups of 65+ years ranges from 0.9 to 2.1%. This parameter has no significant associations with a geographical region. The incidence of VaMNCD varies from 0.75 to 11.4 cases per 1,000 person-

years. The incidence is slightly lower in European countries compared with the United States or China.

Prevalence indicators of VaMNCD increase progressively with the age of observed people (Table 3). The incidence

Table 1. The diagnostic criteria for VaMNCD [1]

A	The criteria are met for major neurocognitive disorder.
B	The clinical features are consistent with a vascular etiology, as suggested by either of the following: 1. Onset of the cognitive deficits is temporally related to one or more cerebrovascular events. 2. Evidence for decline is prominent in complex attention (including processing speed) and frontal-executive function.
C	There is evidence of the presence of cerebrovascular disease from history, physical examination, and/or neuroimaging considered sufficient to account for the neurocognitive deficits.
D	The symptoms are not better explained by another brain disease or systemic disorder.
Probable vascular neurocognitive disorder is diagnosed if one of the following is present; otherwise possible vascular neurocognitive disorder should be diagnosed: 1. Clinical criteria are supported by neuroimaging evidence of significant parenchymal injury attributed to cerebrovascular disease (neuroimaging-supported). 2. The neurocognitive syndrome is temporally related to one or more documented cerebrovascular events. 3. Both clinical and genetic (e.g., cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) evidence of cerebrovascular disease is present.	
Possible vascular neurocognitive disorder is diagnosed if the clinical criteria are met but neuroimaging is not available and the temporal relationship of the neurocognitive syndrome with one or more cerebrovascular events is not established.	
Coding note: For probable major vascular neurocognitive disorder, with behavioral disturbance, code 290.40 (F01.51). For probable major vascular neurocognitive disorder, without behavioral disturbance, code 290.40 (F01.50). For possible major vascular neurocognitive disorder, with or without behavioral disturbance, code 331.9 (G31.9). An additional medical code for the cerebrovascular disease is not needed.	

Table 2. Prevalence and incidence of VaMNCD according to clinical research

Basic information about the research	Epidemiological indicators of VaMNCD		
	Proportion of VaMNCD among other MNCD, %	Prevalence, %	Incidence, index of cases per 1,000 person-years
EUROPEAN COUNTRIES			
Virués-Ortega et al. (2011) [4]: Spain ; age 75+ years	18.6	1.4	–
Schrijvers et al. (2012) [10]: Rotterdam Study ; 2000; age 60–90 years	–	–	0.75
Dimitrov et al. (2012) [11]: Bulgaria ; age 65+ years	–	2.0	–
Imfeld et al. (2013) [12]: the UK ; 1998 – 2008; age 65+ years	–	–	0.99
NORTH AMERICAN COUNTRIES			
Plassman et al. (2011) [7]: the USA ; 2001-2009; age 72+ years	18.7	–	2.1 in cohort of 70-79 years; 11.4 in cohort of 80-89 years
SOUTH AMERICAN COUNTRIES			
Molero et al. (2007) [13]: Venezuela ; age 55+ years	27.0	–	–
Kalaria et al. (2008) [14]: Brazil ; 2002–2008; age 65+ years	–	0.9	–
Grinberg et al. (2013) [15]: Brazil ; age 50+ years	21.2	–	–
ASIAN COUNTRIES			
Ikejima et al. (2012) [3]: Japan ; 2009; age 65-99 years	18.9	–	–
Zhang et al. (2012) [16]: China ; meta-analysis of 40 studies from 1980 to 2010; age 60+ years	–	0.9	–
Chan et al. (2013) [17]: China ; a systematic review of research; 1990 – 2010; age 65-99 years	–	1.04	2.42
Wu et al. (2013) [18]: China, Hong Kong, Taiwan ; meta-analyses of 76 studies between 1980–2012; age 60+ years	28.5	–	–
Cheng et al. (2014) [19]: Shanghai ; age 60+ years	–	1.43	–
Jia et al. (2014) [20]: China ; 2008-2009; age 65+ years	–	1.50	–
Ji et al. (2015) [21]: China ; 2011-2012; age of 60+ years	–	1.7	–
Kim et al. (2011) [22]: South Korea ; age 65+ years	–	2.0	–
Kim et al. (2014) [23]: Korea ; a systematic review and meta-analyses of 704 studies; 1990–2013; age 65+ years	–	2.1	–
AFRICAN COUNTRIES			
El Tallawy et al. (2012) [2]: Egypt ; age 50+ years	28.7	–	–
George-Carey et al. (2012) [24]: Africa ; a systematic analysis; age 60+ years	26.9	1.0	–

of VaMNCD has the same pattern [7]. Men dominate significantly among patients at age 65-69 years, and women - in the age cohort 85+ years [8].

Some evidence suggests that the prevalence of VaMNCD was increasing during last decades. Sekita et al. (2010) studied the prevalence of dementia in a general Japanese population aged older 65 years and revealed that the prevalence of VaMNCD increased significantly over the last 10 years [9]. Thus, prevalence of VaMNCD in 1998 and 2005 had such indicators 1.5% and 2.5%, respectively. This trend requires further studying.

Table 3. VaMNCD prevalence in different age/gender groups (adapted from [8])

Age groups	65-69 years	90+ years
All MNCDs	0.8%	28.5%
VaMNCD	0.3%	5.2%
Age groups	65-69 years	85+ years
Men	0.5%	3.6%
Women	0.1%	5.8%

Prevalence of VaMNCD according to autopsy studies

Jellinger and Attems (2010) performed a retrospective study of prevalence of various MNCDs according to typical neuropathological changes in 1,110 consecutive autopsy cases of demented patients older 60+ years [25]. VaMNCD pathology was found to be in 10.8% of the total cohort, including mixed MNCD in 5.5%. Similar results were obtained in a British study of brain autopsy in 213 participants with sufficient information of MNCD diagnosis at the end of their lives: prevalence of «pure» VaMNCD was 4% [26]. It was highlighted that the prevalence of «pure» VaMNCD declined progressively from the age of 60 to 90+ years; meanwhile, the prevalence of mixed forms increased [25].

Vessel diseases causing VaMNCD

Vascular diseases such as atherosclerosis of cerebral arteries, cerebral small vessel disease, and cerebral amyloid angiopathy are the most frequent causes of VaMNCD [27-29]. These vascular lesions frequently occur in the elderly brain and their frequency and severity increase with advancing age [25]. Less common forms of vascular pathology to cause VaMNCD are different types of vasculitis and inherited diseases that affect vessel integrity, e.g., cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL) [27].

Atherosclerosis is a degenerative disorder that affects large and medium-sized arteries; that results in proliferation of intima and accumulation of cholesterol within the vessel wall. These processes lead to the generation and calcification of atherosclerotic plaques, which may rupture with subsequent thrombosis. The thrombus can lead to the vessel occlusion or embolization and occlusion of a smaller distant artery [30].

Small vessel disease includes arteriosclerosis, lipohyalinosis, and arteriolosclerosis of small arteries caused by age, hypertension or genetic factors (e.g., CADASIL). These changes of the small vessel wall are similar to that of larger blood vessels except for calcifications. *Small vessel disease may lead to lacunar infarcts, microinfarcts, hemorrhages, and microbleeds* [30]. First, it affects arteries of the basal

ganglia, afterward expands into the peripheral white matter, leptomeningeal arteries, thalamic and cerebellar white matter vessels; and finally involves brain stem arteries. As it was previously shown, cortical vessels are not usually involved in *small vessel disease* (see review [27]).

Sporadic forms of cerebral amyloid angiopathy are associated with the deposition of the amyloid β -protein in the cerebral and leptomeningeal vessel walls [28]. These deposits may cause wall ruptures of the affected vessel and lead to hemorrhage, microbleeds, capillary occlusion with blood flow disturbances, and consequently to microinfarcts [31]. The deposition of amyloid β -protein and other proteins, e.g., prion protein and cystatin C [32], characterize familial forms of cerebral amyloid angiopathy. *Cerebral amyloid angiopathy* most frequently starts in leptomeningeal and neocortical arteries, veins, capillaries in such cortical regions: hippocampus, entorhinal and cingulate cortex, amygdala. Meanwhile, blood vessels of the brainstem are involved at a later stage [28].

Pathomorphological types of VaMNCD

At the present day, the most prevalent pathomorphological types of VaMNCD are subcortical arteriosclerotic encephalopathy (most prevalent), multi-infarct encephalopathy, and strategic infarct type dementia [25]. Age or sex of the patients has no influence on the frequency of these lesions.

Pathomorphological signs of *subcortical arteriosclerotic encephalopathy* include the presence of lacunas, microinfarcts, and microbleeds that predominantly affect central white matter and subcortical structures (thalamus, basal nuclei, internal capsule, brainstem, white matter of the cerebellum). These lesions are caused by *small vessel disease*, which was described earlier [33].

Multi-infarct encephalopathy comprises large territorial infarcts due to large artery lesions of the brain, distal field infarcts in the areas of collateral blood flow of artery pools (basically associated with hemodynamic events and carotid artery stenosis), and embologenic microinfarcts in different cerebral areas [27].

Strategic infarct dementia is associated with unilateral lesions, which involve functionally important for cognitive processing brain areas and neuronal circuits such as the thalamus, medial temporal zone/hippocampus, frontal cortex, basal nuclei, etc. These lesions predominantly occur due to the affection of large brain arteries, embolic events, hemodynamic disturbances, and cerebral ischemia of diverse etiology [27, 29].

Risk factors of VaMNCD

Pathogenic risk factors linked with VaMNCD are conventionally subdivided into vascular, genetic, lifestyle [34], associated with the volume and location of brain destruction [27].

Valid studies found relationships between VaMNCD and hypertension [12], the level of carotid arteries atherosclerosis [35-37], hyperlipidemia [38], diabetes [39], and atrial fibrillation [12, 40].

Genetic factors may affect both the occurrence and the course of VaMNCD [27]. ApoE ϵ 4 and ϵ 2 may be involved in some microvascular changes of the brain in VaMNCD according to their amyloidogenic role. Notch3 mutation is responsible for the development of CADASIL, a hereditary form of the subcortical type of VaMNCD [41].

Lifestyle factors that increase the likelihood of the occurrence of VaMNCD are incorrect diet preferences [34], obesity, and physical inactivity [42].

Essential pathogenic factors of VaMNCD include *the volume, location, and amount of brain damage*. Brain tissue destruction greater than 100 ml, infarction in the dominant hemisphere, left angular gyrus, bilateral lesions in head of the caudate nuclei and other parts of basal ganglia, cortico-thalamic and thalamocortical pathways, and hippocampus significantly increase the risk of VaMNCD [27].

Special systematic review of 133 studies over a period from 1980 to 2011 [43] showed that low education also increased the risk of MNCDs incidence, including the vascular one. The authors proved that in individuals with higher education clinical features of VaMNCD occurred at more severe brain lesions, but later those patients demonstrated more rapid functional decline.

Mortality in VaMNCD

According to average data, VaMNCD doubles the mortality [17, 44]. The degree of VaMNCD correlates with the risk of mortality from mild (HR = 2.23; CI: 1.77-2.82) to moderate (HR = 3.10; CI: 2.47-3.89), and severe VaMNCD (HR = 4.98; CI: 3.85-6.44) [45]. Factors associated with higher mortality are senior age [45, 46], male gender, comorbidity [45], small brain weight, more significant microvascular lesions of subcortical brain regions, and multiple vascular pathologies [46]. Although, age remains the main risk factor for mortality in VaMNCD patients [47].

Strand et al. (2013) studied midlife vascular risk factors associated with mortality due to different forms of MNCDs in old and oldest-old age groups [48]. The researchers found that significant midlife factors that increased death from VaMNCD were high cholesterol levels (>7.80 mmol/l), diabetes, and low body mass index (<20 kg/m² vs. 20-25 kg/m²). Arterial hypertension and smoking tobacco in the middle age displayed no significant association with the risk of MNCD's death in older age periods of life.

The burden of VaMNCD

Currently, VaMNCD is one of the diseases to cause the most negative impact on health expenditures [49]. According to some reports, patients with VaMNCD require higher costs compared with Alzheimer's disease patients [50].

The Spanish National Health Institute reported that the average annual cost of treatment per inpatient (direct costs) with VaMNCD was ~\$22 631; this value was significantly higher than per-patient costs during mild vascular neurocognitive disorder (mild vascular cognitive impairment according to DSM-IV) [49]. In Argentina, the annual direct cost for treatment one patient with VaMNCD is \$5 112 [51]. The proportion of hospitalization costs dominates among direct costs of VaMNCD. This rate is greater for VaMNCD compared with Alzheimer's disease and frontotemporal dementia, in which the majority of spending goes on anti-dement and antipsychotic drugs. Among different types of VaMNCD, the expenditures of patients with Binswanger's disease (microvascular subcortical leukoencephalopathy) are the highest [49].

In a systematic review, Wong et al. (2009) studied the cost-effectiveness of donepezil, galantamine, rivastigmine, and

memantine treatment in standard doses in mild to moderate stages of VaMNCD [52]. Treatment with cholinesterase inhibitors or memantine were more effective, but also more expensive than standard care for VaMNCD patient. According to cost-effectiveness, the donepezil strategy (10 mg per day) dominated the alternatives. The other treatment strategies were less effective and more costly.

Separate studies analyzed the burden of VaMNCD for persons that surround patients and take care of them. It was proven that psychotic symptoms and impaired activity of everyday living in VaMNCD patients cause more significant caregiver burden than cognitive dysfunction itself [53].

Conclusion

At the present time, VaMNCD is the second most common cause of MNCDs in elderly persons after MNCD due to Alzheimer's disease. Prevalence for VaMNCD among MNCDs is about 20%, the population prevalence for VaMNCD varies from 0.9 to 2% in the age group older 65 years; incidence varies from 0.75 to 11.4/1,000 person-years, increasing with age. Most common morphological types of VaMNCD are subcortical arteriosclerotic encephalopathy, multi-infarct encephalopathy, and strategic infarct dementia. Vascular, genetic, lifestyle risk factors, as well as the volume and location of the brain destruction, are the factors associated with VaMNCD. The presence of VaMNCD increases the mortality of elderly persons about two times. The donepezil treatment strategy is the most cost-effective in mild to moderate VaMNCD.

Список використаної літератури / References

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC 2013, 5th ed., 591-645.
2. El Tallawy HN, Farghly WM, Shehata GA et al: Prevalence of dementia in Al Kharga District, New Valley Governorate, Egypt. *Neuroepidemiology* 2012, 38, 130-137.
3. Ikejima C, Hisanaga A, Meguro K et al: Multicentre population-based dementia prevalence survey in Japan: a preliminary report. *Psychogeriatrics* 2012, 12, 120-123.
4. Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Vega S et al: Prevalence and European comparison of dementia in a ≥75-year-old composite population in Spain. *Acta Neurol Scand* 2011, 123, 316-324.
5. Asada T: Prevalence of dementia in Japan: past, present and future. *Rinsho Shinkeigaku* 2012, 52, 962-964.
6. Catindig JA, Venketasubramanian N, Ikram MK, Chen C: Epidemiology of dementia in Asia: insights on prevalence, trends and novel risk factors. *Neurol Sci* 2012, 321, 11-16.
7. Plassman BL, Langa KM, McCarmon RJ et al: Incidence of dementia and cognitive impairment, not dementia in the United States. *Ann Neurol* 2011, 70, 418-426.
8. Jellinger KA: Morphologic diagnosis of «vascular dementia» – a critical update. *J Neurol Sci* 2008, 270, 1-12.
9. Sekita A, Ninomiya T, Tanizaki Y et al: Trends in prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia in a Japanese community: the Hisayama Study. *Acta Psychiatr Scand* 2010, 122, 319-325.
10. Schrijvers EM, Verhaaren BF, Koudstaal PJ et al: Is dementia incidence declining? Trends in dementia incidence since 1990 in the Rotterdam Study. *Neurology* 2012, 78, 1456-1463.
11. Dimitrov I, Tzourio C, Milanov I et al: Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in a Bulgarian urban population. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2012, 27, 131-135.
12. Imfeld P, Brauchli Pernus YB et al: Epidemiology, co-morbidities, and medication use of Patients with Alzheimer's disease or vascular dementia in the UK. *J Alzheimers Dis* 2013, 35, 565-573.
13. Molero AE, Pino-Ramírez G, Maestre GE: High prevalence of dementia in a Caribbean population. *Neuroepidemiology* 2007, 29, 107-12.
14. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R et al: for the World Federation of Neurology Dementia Research Group: Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol* 2008, 7, 812-826.
15. Grinberg LT, Nitrini R, Suemoto CK et al: Prevalence of dementia subtypes in a developing country: a clinicopathological study. *Clinics (Sao Paulo)* 2013, 68, 1140-1150.
16. Zhang Y, Xu Y, Nie H et al: Prevalence of dementia and major dementia subtypes in the Chinese populations: a meta-analysis of dementia prevalence surveys, 1980-2010. *J Clin Neurosci* 2012, 19, 1333-1337.

17. Chan KY, Wang W, Wu JJ et al: Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990-2010: a systematic review and analysis. *Lancet* 2013, 381, 2016–2023.
18. Wu Y, Lee HY, Norton S et al: Prevalence studies of dementia in mainland China, Hong Kong and Taiwan: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013, 8(6):e66252.
19. Cheng Q, Sun HX, Ye FL et al: Dementia among elderly in Shanghai suburb: a rural community survey. *J Alzheimers Dis* 2014, 39, 883–9.
20. Jia J, Wang F, Wei C, Zhou A et al: The prevalence of dementia in urban and rural areas of China. *Alzheimers Dement* 2014, 10, 1–9.
21. Ji Y, Shi Z, Zhang Y et al: Prevalence of dementia and main subtypes in rural northern China. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2015, 39, 294–302.
22. Kim KW, Park JH, Kim MH et al: A nationwide survey on the prevalence of dementia and mild cognitive impairment in South Korea. *J Alzheimers Dis* 2011, 23, 281–291.
23. Kim YJ, Han JW, So YS et al: Prevalence and trends of dementia in Korea: a systematic review and meta-analysis. *J Korean Med Sci* 2014, 29, 903–12.
24. George-Carey R, Adeyoye D, Chan KY et al: An estimate of the prevalence of dementia in Africa: A systematic analysis. *J Glob Health* 2012, 2, 020401.
25. Jellinger KA, Attems J: Prevalence of dementia disorders in the oldest-old: an autopsy study. *Acta Neuropathol* 2010, 119, 421–433.
26. Brayne C, Richardson K, Matthews FE et al: Neuropathological correlates of dementia in over-80-year-old brain donors from the population-based Cambridge city over-75s cohort (CC75C) study. *J Alzheimers Dis* 2009, 18, 645–658.
27. Jellinger KA: Pathology and pathogenesis of vascular cognitive impairment - a critical update. *Front Aging Neurosci* 2013, 5, 17.
28. Attems J, Jellinger K, Thal DR, Van Nostrand W: Review: sporadic cerebral amyloid angiopathy. *Neuropathol Appl Neurobiol* 2011, 37, 75–93.
29. Ferrer I: Cognitive impairment of vascular origin: neuropathology of cognitive impairment of vascular origin. *J Neurol Sci* 2010, 15, 139–149.
30. Grinberg LT, Thal DR: Vascular pathology in the aged human brain. *Acta Neuropathol* 2010, 119, 277–290.
31. Okamoto Y, Yamamoto T, Kalaria RN et al: Cerebral hypoperfusion accelerates cerebral amyloid angiopathy and promotes cortical microinfarcts. *Acta Neuropathol* 2012, 123, 381–394.
32. Revesz T, Holton JL, Laszley T et al: Genetics and molecular pathogenesis of sporadic and hereditary cerebral amyloid angiopathies. *Acta Neuropathol* 2009, 118, 115–130.
33. Rosenberg GA: Neurological diseases in relation to the blood-brain barrier. *J Cereb Blood Flow Metab* 2012, 32, 1139–1151.
34. Akinyemi R., Mukaetova-Ladinska EB, Attems J et al: Vascular risk factors and neurodegeneration in ageing related dementias: Alzheimer's disease and vascular dementia. *Curr Alzheimer Res* 2013, 10, 642–653.
35. Arntzen KA, Mathiesen EB: Subclinical carotid atherosclerosis and cognitive function. *Acta Neurol Scand Suppl* 2011, 191, 18–22.
36. Viticchi G, Falsetti L, Vernieri F et al: Vascular predictors of cognitive decline in patients with mild cognitive impairment. *Neurobiol Aging* 2012, 33, 1127.e1–9.
37. Wendell CR, Waldstein SR, Ferrucci L et al: Carotid atherosclerosis and prospective risk of dementia. *Stroke* 2012, 43, 3319–3324.
38. Solomon A, Kivipelto M, Wolozin B et al: Midlife serum cholesterol and increased risk of Alzheimer's and vascular dementia three decades later. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009, 28, 75–80.
39. Ahiluoto S, Polvikoski T, Peltonen M et al: Diabetes, Alzheimer disease, and vascular dementia: a population-based neuropathologic study. *Neurology* 2010, 75, 1195–1202.
40. Puccio D, Novo G, Baiaumont V et al: Atrial fibrillation and mild cognitive impairment: what correlation? *Minerva Cardioangiol* 2009, 57, 143–150.
41. Chabriet H, Joutel A, Dichgans M et al: Cadasil. *Lancet Neurol* 2009, 8, 643–653.
42. Staekenborg SS, van Straaten EC, van der Flier WM et al: Small vessel versus large vessel vascular dementia: risk factors and MRI findings. *J Neurol* 2008, 255, 1644–1651; discussion 1813–1814.
43. Meng X, D'Arcy C: Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses. *PLoS One* 2012, 7, e38268.
44. Wu XG, Tang Z, Fang XH et al: A cohort study on mortality and risk of death among population diagnosis as dementia, at base-line survey, in Beijing. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2011, 32, 973–977.
45. Villarejo A, Benito-León J, Trincado R et al: Dementia-associated mortality at thirteen years in the NEDICES Cohort Study. *J Alzheimers Dis* 2011, 26, 543–551.
46. Matthews FE, Brayne C, Lowe J et al: Epidemiological pathology of dementia: attributable-risks at death in the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *PLoS Med* 2009, 6, e1000180. d.
47. Nilsson K, Gustafson L, Hultberg B: Survival in a large elderly population of patients with dementia and other forms of psychogeriatric diseases. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011, 32, 342–350.
48. Strand BH, Langballe EM, Hjellevik V et al: Midlife vascular risk factors and their association with dementia deaths: results from a Norwegian prospective study followed up for 35 years. *J Neurol Sci* 2013, 324, 124–130.
49. Ramos-Estebanez C, Moral-Arcé I, Rojo F et al: Vascular cognitive impairment and dementia expenditures: 7-year inpatient cost description in community dwellers. *Postgrad Med* 2012, 124, 91–100.
50. Shinagawa S, Nakamura S, Iwamoto M et al: Longitudinal changes in the government-certified index stage and requisite costs for long-term care insurance system among the community-dwelling demented elderly in Japan. *Int J Alzheimers Dis* 2013, 2013:164919.
51. Rojas G, Bartoloni L, Dillon C et al: Clinical and economic characteristics associated with direct costs of Alzheimer's, frontotemporal and vascular dementia in Argentina. *Int Psychogeriatr* 2011, 23, 554–561.
52. Wong CL, Bansback N, Lee PE, Anis AH: Cost-effectiveness: cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia. *Can J Neurol Sci* 2009, 36, 735–739.
53. Yeager CA, Hyer LA, Hobbs B, Coyne AC: Alzheimer's disease and vascular dementia: the complex relationship between diagnosis and caregiver burden. *Issues Ment Health Nurs* 2010, 31, 376–384.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧЕСКІЕ АСПЕКТЫ БОЛЬШОГО СОСУДИСТОГО НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТЬ ЛЕТ: КРАТКИЙ ОБЗОР

О.А. Левада, А.С. Троян

Актуальность. Согласно пятому изданию Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5), большое сосудистое нейрокognитивное расстройство (БСНР) соответствует ранее предложенному термину сосудистой деменции в классификациях МКБ-10 и DSM-IV. На современном этапе БСНР является вторым по распространённости большим нейрокognитивным расстройством (БНР) среди лиц старших возрастных групп после БНР вследствие болезни Альцгеймера (БНР-БА).

Цель. Обобщить сведения о некоторых эпидемиологических аспектах БСНР за последние десять лет.

Материалы и методы. Поиск соответствующей информации о БСНР проведён с помощью баз данных PubMed и MEDLINE.

Результаты и выводы. По данным клинических исследований, в возрастной когорте 65 и больше лет его удельный вес составляет около 20%, распространённость – от 0,9 до 2%, заболеваемость – 0,75 – 11,4 случаев на 1000 персон-лет. Показатели распространённости и заболеваемости растут с увеличением возраста. По данным патологоанатомических исследований, частота «чистых» БСНР находится в пределах от 4 до 5,5%. По мере старения возрастает количество смешанных форм БНР. Наиболее распространённой сосудистой патологией, приводящей к БСНР, является атеросклероз церебральных артерий, болезнь мелких сосудов головного мозга и церебральная амилоидная ангиопатия. Преобладающими морфологическими типами БСНР являются субкортикальная энцефалопатия вследствие артериосклероза, мультиинфарктная деменция и деменция вследствие инфаркта в стратегически важных зонах. Факторы риска возникновения БСНР разделяют на сосудистые, генетические, связанные с объёмом и локализацией поражения головного мозга и вызванные стилем жизни. БСНР увеличивает риск смерти лиц пожилого возраста приблизительно в 2 раза. Прямые затраты на пациента с БСНР превышают таковые на пациента с БНР-БА. По показателю «затраты – эффективность» назначение донепезила при лёгких и умеренных формах БСНР является наиболее целесообразным.

Ключевые слова: большое сосудистое нейрокognитивное расстройство, распространённость, морфологические формы, смертность, факторы риска, экономические затраты.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВЕЛИКОГО СУДИННОГО НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РОЗЛАДУ ЗА ОСТАННІ ДЕСЯТЬ РОКІВ: СТІСЛИЙ ОГЛЯД

О.А. Левада, О.С. Троян

Актуальність. Згідно з п'ятим виданням Діагностичного та статистичного керівництва з психічних розладів (DSM-5), великий судинний нейрокognитивний розлад (БСНР) відповідає терміну судинна деменція, зазначеному у класифікаціях МКБ-10 та DSM-IV. На сучасному етапі БСНР є другим за поширеністю великим нейрокognитивним розладом (БНР) серед осіб старших вікових груп, одразу після БНР внаслідок хвороби Альцгеймера (БНР-ХА).

Мета. Узагальнити дані про деякі епідеміологічні аспекти БСНР за останні десять років.

Матеріали та методи. Пошук релевантної інформації стосовно БСНР виконано за допомогою баз даних PubMed та MEDLINE.

Результати та висновки. За даними клінічних досліджень, у віковій когорті 65 і більше років його питома частка складає близько 20%, поширеність – від 0,9 до 2%, захворюваність – 0,75 – 11,4 випадків на 1000 персон-років. Показники поширеності та захворюваності ростуть зі збільшенням віку. За даними патологоанатомічних досліджень, частота «чистих» форм БСНР коливається в межах від 4 до 5,5%. Зі збільшенням віку зростає кількість змішаних форм БНР. Найпоширенішою судинною патологією, що призводить до розвитку БСНР, є атеросклероз церебральних артерій, хвороба дрібних судин головного мозку та церебральна амілоїдна ангіопатія. Переважаючими морфологічними типами БСНР є субкортикальна енцефалопатія внаслідок артеріосклерозу, мультиінфарктна деменція та деменція внаслідок інфаркту в стратегічно важливих зонах. Фактори ризику виникнення БСНР поділяють на судинні, генетичні, пов'язані з об'ємом і локалізацією ураження головного мозку, а також спричинені стилем життя. БСНР збільшує ризик смертності серед осіб похилого віку вдвічі. Безпосередні витрати на пацієнта з БСНР перевищують ті, що йдуть на хворого з БНР-ХА. За показником «витрати – ефективність» призначення донепезилу при легких і помірних формах БСНР є найдоцільнішим.

Ключові слова: великий судинний нейрокognитивний розлад, поширеність, морфологічні форми, смертність, фактори ризику, економічні витрати.

М.В. Савіна

РІВЕНЬ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ І ПАТОЛОГІЧНОЇ ТРИВОГИ У ПОДРУЖЖІВ В РОДИНАХ ЖІНОК З РІЗНИМ СТАНОМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна МОН України, м. Харків

ms@kharkov.ua

Мета роботи – вивчення особливостей психосоціального стресу і тривожного реагування подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та адиктивної поведінки (АП) у жінок для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Контингент і методи дослідження. Обстежено 321 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків та АП у жінок (досліджувана група). В якості груп порівняння також обстежено 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем адиктивного характеру (група порівняння 1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2). Рівень психосоціального стресу визначали за однойменною шкалою Л. Рідера, рівень патологічної тривоги – за шкалою Д. Шихана.

Результати. Найбільша вираженість психосоціального стресу та патологічного тривожного реагування (на рівні клінічно вираженого тривожного розладу) спостерігалася у жінок з залежною поведінкою та порушенням здоров'я сім'ї. Вид адикції, яка превалювала, у даному випадку не мав особливого значення.

Жінки з нескомпроментованим адиктивним статусом та проблемними родинними стосунками демонстрували наявність ознак психосоціального стресу в сфері сімейних стосунків, а половина з них – ще й вираженість патологічної тривоги клінічно окресленого рівня.

Жінки зі здорових сімей мали нормативні показники тривожного реагування, психосоціальний стрес у них був відсутній.

Чоловіки з неблагополучних родин характеризувалися психосоціальною напруженістю в сфері сімейних стосунків. Більше третини чоловіків, дружини яких мали адиктивні проблеми, демонстрували ознаки клінічно виражених тривожних проявів, які також виявились притаманні 20% чоловіків, дружини яких не мали проявів АП.

Чоловіки з гармонійних родин відрізнялися станом загального психологічного благополуччя з окремими мозаїчними ознаками ситуативного тривожного реагування.

Висновок. Отримані дані покладені нами в основу розробки системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

Ключові слова:

здоров'я сім'ї, адиктивна поведінка, жінки, психосоціальний стрес, тривожний розлад.

Актуальність. Дослідження останніх років фіксують неспинне збільшення кількості жінок з залежною поведінкою [1–5]. Це стосується як «класичних» адикцій (таких, наприклад, як алкогольна залежність), так і так званих «нових», насамперед нехімічних (поведінкових) адикцій, багато з яких є соціально прийнятними для суспільства. Наявність подібних станів не викликає осуду з боку суспільної оцінки мезо-, а в багатьох випадках – і мікросоціального середовища, що сприяє їх формуванню та швидкому прогресуванню до клінічно окреслених адиктивних розладів, існування яких «не помічається» за рахунок анозогнозії як з боку хворої, так і її оточення.

Захворювання жінки на адиктивні розлади відображається не тільки на її психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя. При цьому головного «удару» зазнає сім'я хворої, адже внаслідок розвитку стану залежності у жінки деформації піддається функціонування її родини, не виконується ряд базових сімейних функцій – емоційна, духовна, господарсько-побутова, виховна тощо; це призводить до подальшого руйнування сімейних стосунків, посилює перебіг наркопатології; призводить до порушення сімейної взаємодії на психофізіологічному, соціальному та мікросоціальному, психологічному та соціально-психологічному рівнях або й до остаточного руйнування сім'ї [6–9].

З огляду на вищезазначене, у своїй роботі ми мали за мету вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявів адиктивної поведінки (АП) у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, що є важливою проблемою медичної психології.

Метою роботи було вивчення особливостей психосоціального стресу і тривожного реагування подружжя з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінки у жінок, для виявлення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Контингент і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології ми обстежили 321 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків та АП у жінок (досліджувана група, ДГ). Додатковими критеріями включення в дослідження були скарги на «соціально прийнятні» форми АП, відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів, а також тяжких соматичних захворювань, наявність дитини. Групи порівняння склали 50 ПП з порушенням здоров'я родини, в яких у жінок не було проблем адиктивного характеру (група порівняння 1, ГП1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2, ГП2).

Опираючись на попередні результати вивчення адиктивного статусу обстежених [10], отримані з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І.В. Лінського [11, 12], ми поділили жінок ДГ залежно від типу АП:

- ДГ1 – жінки з хімічною адикцією (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снотворних препаратів) – 33,3% (107 ПП);
- ДГ2 – жінки з поведінковою адикцією (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, Інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми) – 34,6% (111 ПП);
- ДГ3 – жінки з фізіологічною адикцією (надмірне захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою або фітнесом) – 32,1% (103 ПП).

Рівень психосоціального стресу визначали за однойменною шкалою Л. Рідера [13], рівень патологічної тривоги – за шкалою Д. Шихана [14]. Шкала Л. Рідера була створена для виявлення впливу психосоціальних чинників ризику (насамперед психоемоційного стресу), з урахуванням рекомендацій експертів ВООЗ для проведення популяційних досліджень психосоціальних факторів, що впливають на здоров'я населення різних країн. Шкала Д. Шихана була сформована на підставі основних клінічних симптомів тривоги та панічних атак на

популяції дорослих осіб з передбачуваним тривожним розладом, вона заповнюється на підставі структурованого інтерв'ю, яке в якості питань включає її пункти.

Результати та їх обговорення

Результати розподілу рівня психосоціального стресу у досліджуваних групах жінок за (шкала Л. Рідера) відображено на рисунку 1, чоловіків – на рисунку 2.

З даних, наведених на рисунку 1, бачимо, що у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 діагностовано подібні показники психосоціального стресу як за його рівнем, так й у відсотковому відображенні. Високий рівень психосоціального стресу виявлено у 54,2% жінок ДГ1, 46,8% ДГ2, 45,6% ДГ3, 30,0% ГП1. Середній бал, відповідно, 2,70, 2,79, 2,80, 2,20. У жінок групи ГП2 високого рівня психосоціального стресу не виявлено ($p \leq 0,05$). Середній рівень психосоціального стресу виявлено у 30,8% жінок ДГ1, 45,9% ДГ2, 45,6% ДГ3, 44,0% ГП1, 24,0% ГП2. Середній бал, відповідно, 1,70, 1,78, 1,80, 1,62, 1,18 ($p \leq 0,05$). Низький рівень психосоціального стресу виявлено у 15,0% жінок ДГ1, 7,2% ДГ2, 8,7% ДГ3, 26,0% ГП1, 76,0% ГП2. Середній бал, відповідно, 1,15, 1,10, 1,0, 0,70, 0,50 ($p \leq 0,05$).

З даних рисунка 2 бачимо таку ж тенденцію щодо подібності показників психосоціального стресу у чоловіків усіх підгруп, який, однак, виявився значно меншим, ніж

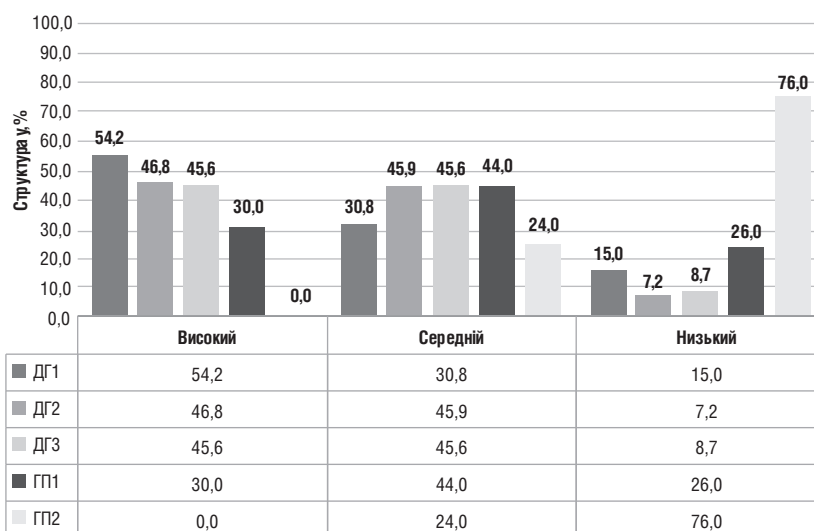


Рис. 1. Розподіл рівня психосоціального стресу у досліджуваних групах жінок (шкала Л. Рідера)

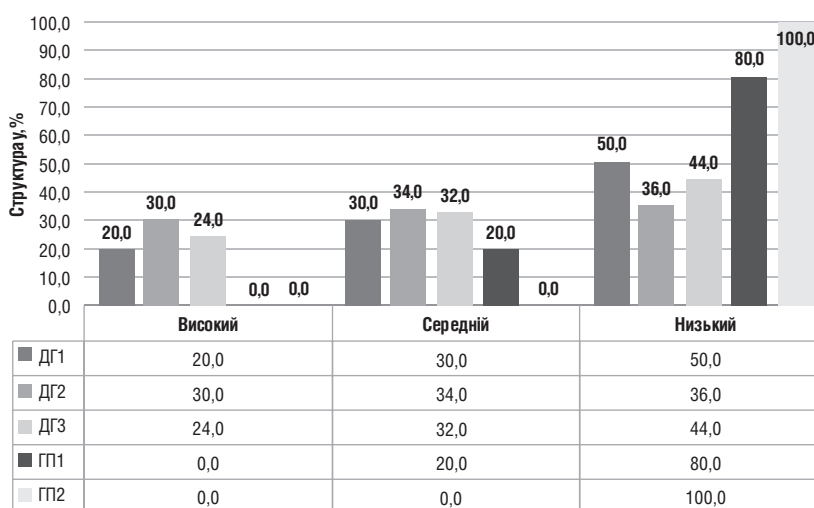


Рис. 2. Розподіл рівня психосоціального стресу у досліджуваних групах чоловіків (шкала Л. Рідера)

у їх дружин. Високий рівень психосоціального стресу виявлено у 20,0% чоловіків ДГ1, 30,0% ДГ2 і 24,0% ДГ3 (середній бал, відповідно, 2,71, 2,80, 2,81, 2,2). У чоловіків ГП1 та ГП2 високого рівня психосоціального стресу не виявлено ($p \leq 0,05$). Середній рівень психосоціального стресу у чоловіків діагностовано у 30,8% ДГ1, 34,0% ДГ2, 32,0% ДГ3, 20,0% ГП1 (середній бал, відповідно, 1,71, 1,77, 1,81, 1,63) ($p \leq 0,05$). Низький рівень психосоціального стресу виявлено у 50,0% чоловіків ДГ1, 36,0% ДГ2, 44,0% ДГ3, 80,0% ГП1, 100,0% ГП2 (середній бал, відповідно, склав 1,16, 1,11, 1,1, 0,60, 0,60) ($p \leq 0,05$).

Такий розподіл вираженості патологічного стресового реагування у обстежених не є несподіваним, оскільки він підкреслює емоційну значущість проблем, пов'язаних з АП у жінок та порушенням сімейного функціонування ПП.

Аналіз вираженості патологічного стресового реагування за його структурними компонентами у жінок представлено в таблиці 1.

З даних таблиці 1 видно, що серед відповідей жінок усіх ДГ превальювали відповіді «Згодна», що свідчить про високу вираженість у них усіх компонентів психосоціального стресу. Зокрема нервовою людиною вважали себе 74,8% обстежених ДГ1, 73,0% ДГ2, 75,7% ДГ3 ($p \leq 0,001$); дуже турбувалися про власну роботу 70,1% респонденток ДГ1, 68,5% ДГ2, 71,8% ДГ3 ($p \leq 0,001$); часте відчуття нервової напруги було притаманне 70,1% осіб ДГ1, 68,5% ДГ2, 70,9% ДГ3 ($p \leq 0,001$); погоджувались з твердженням, що їх повсякденна діяльність викликає велику напругу, 72,0% ДГ1, 69,4% ДГ2, 71,8% ДГ3 ($p \leq 0,001$); спілкуючись із людьми, відчували нервову напругу 72,0% ДГ1, 69,4% ДГ2, 71,8% ДГ3 ($p \leq 0,001$); повне виснаження у кінці дня

було характерним для 70,1% жінок ДГ1, 68,5% ДГ2, 69,9% ДГ3 ($p \leq 0,001$). Наявність у родині постійних напружених стосунків відмічали практично усі респондентки ДГ: 82,2% ДГ1, 87,4% ДГ2, 81,6% ДГ3, а також 78,0% ГП1 були повністю згодні з даним твердженням; усі інші жінки даних груп відзначили наявність частих ситуацій сімейного напруження ($p \leq 0,001$).

Обстежені ГП1 за більшістю ознак психосоціального стресу оцінили свій стан як «не згодна», окрім питання про родинне функціонування, проблеми в якому різного ступеня вираженості відмічали усі обстежені.

На відміну від них, жінки ГП2 на усі питання відповіли «не згодна», що було свідченням відсутності у них ознак патологічного стресового реагування на психосоціальні фактори ($p \leq 0,001$).

Розподіл оцінки вираженості ознак психосоціального стресу у чоловіків наведено в таблиці 2, дані якої свідчать про відсутність у них вираженого патологічного реагування на зазначені стресові чинники, окрім незадовільного стану їх сімейних стосунків. Наявність напружених стосунків у родині відмітили 73,8% чоловіків ДГ1, 75,7% ДГ2, 74,8% ДГ3, а також 66,0% ГП1 (24,3% ДГ1, 24,3% ДГ2, 21,4% ДГ3 та 34,0% ГП1 оцінювали сімейну атмосферу як нерідко напружену). Однак, не вважали себе нервовою людиною 75,7% чоловіків ДГ1, 75,7% ДГ2, 73,8% ДГ3, 80,0% ГП1 і 92,0% ГП2 ($p \leq 0,001$), а нервової напруги чи виснаженості через повсякденну діяльність або спілкування з людьми не відчували 72,0% ДГ1, 74,8% ДГ2, 70,9% ДГ3, 84,0% ГП1, 94,0% ГП2 ($p \leq 0,001$).

Аналіз результатів, отриманих з використанням шкали тривоги Шихана (табл. 3), показав наступне. Переваж-

Таблиця 1. Структура психосоціального стресу за шкалою Л. Рідера у обстежених жінок (%)

№	ДГ1				ДГ2				ДГ3				ГП1				ГП2			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	74,8	9,3	11,2	4,7	73,0	10,8	10,8	5,4	75,7	8,7	10,7	4,9	16,0	16,0	8,0	60,0	–	–	10,0	90,0
2	70,1	14,0	10,3	5,6	68,5	15,3	9,9	6,3	71,8	11,7	10,7	5,8	16,0	14,0	10,0	60,0	–	–	8,0	92,0
3	70,1	12,1	12,1	5,6	68,5	13,5	11,7	6,3	70,9	11,7	12,6	4,9	14,0	16,0	6,0	64,0	–	–	6,0	94,0
4	72,0	12,1	12,1	3,7	69,4	14,4	11,7	4,5	71,8	11,7	12,6	3,9	26,0	14,0	12,0	48,0	–	–	–	100,0
5	72,0	14,0	11,2	2,8	69,4	13,5	13,5	3,6	71,8	14,6	11,7	1,9	22,0	16,0	6,0	56,0	–	–	8,0	92,0
6	70,1	12,1	12,1	5,6	68,5	11,7	13,5	6,3	69,9	12,6	11,7	5,8	24,0	16,0	8,0	52,0	–	–	6,0	94,0
7	82,2	17,8	–	–	87,4	12,6	–	–	81,6	18,4	–	–	78,0	22,0	–	–	–	–	6,0	94,0

Примітки: 1. Мабуть, я людина нервова; 2. Я дуже турбуюся про свою роботу; 3. Я часто відчуваю нервову напругу; 4. Моя повсякденна діяльність викликає велику напругу; 5. Спілкуючись із людьми, я часто відчуваю нервову напругу; 6. У кінці дня я зовсім виснажена фізично й психічно; 7. У моїй родині часто виникають напружені відносини.
I – Згодна; II – Скоріше згодна; III – Скоріше не згодна; IV – Не згодна.

Таблиця 2. Структура психосоціального стресу за шкалою Л. Рідера у обстежених чоловіків (%)

№	ДГ1				ДГ2				ДГ3				ГП1				ГП2			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	–	11,2	13,1	75,7	–	10,8	13,5	75,7	–	12,6	13,6	73,8	–	–	20,0	80,0	–	–	8,0	92,0
2	–	15,0	14,0	71,0	–	13,5	12,6	73,9	–	16,5	14,6	68,9	–	–	18,0	82,0	–	–	10,0	90,0
3	–	13,1	15,0	72,0	–	11,7	13,5	74,8	–	13,6	15,5	70,9	–	–	16,0	84,0	–	–	6,0	94,0
4	–	13,1	16,8	70,1	–	12,6	15,3	72,1	–	14,6	13,6	71,8	–	–	14,0	86,0	–	–	–	100,0
5	–	15,9	13,1	71,0	–	14,4	13,5	72,1	–	16,5	14,6	68,9	–	–	16,0	84,0	–	–	6,0	94,0
6	–	14,0	15,0	71,0	–	13,5	13,5	73,0	–	13,6	15,5	70,9	–	–	18,0	82,0	–	–	4,0	96,0
7	73,8	24,3	1,9	–	75,7	24,3	–	–	74,8	21,4	3,9	–	66,0	34,0	–	–	–	–	6,0	94,0

Примітки: 1. Мабуть, я людина нервова; 2. Я дуже турбуюся про свою роботу; 3. Я часто відчуваю нервову напругу; 4. Моя повсякденна діяльність викликає велику напругу; 5. Спілкуючись із людьми, я часто відчуваю нервову напругу; 6. У кінці дня я зовсім виснажений фізично й психічно; 7. У моїй родині часто виникають напружені відносини.
I – Згоден; II – Скоріше згоден; III – Скоріше не згоден; IV – Не згоден.

Таблиця 3. Розподіл досліджених груп жінок та чоловіків за рівнем тривоги (шкала Д. Шихана)

Загальний бал	Групи жінок									
	ДГ1, n=107		ДГ2, n=111		ДГ3, n=103		ГП1, n=50		ГП2, n=50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Відсутність клінічно вираженої тривоги (<30 балів)	13	12,1	15	13,5	14	13,6	25	50,0	45	90,0
Клінічно виражений тривожний розлад (30–79 балів)	94	87,9	96	86,5	89	86,4	25	50,0	5	10,0
Рівень тривоги	Групи чоловіків									
	ДГ1, n=107		ДГ2, n=111		ДГ3, n=103		ГП1, n=50		ГП2, n=50	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Відсутність клінічно вираженої тривоги (<30 балів)	75	70,1	76	68,5	79	76,7	40	80,0	50	100,0
Клінічно виражений тривожний розлад (30–79 балів)	32	29,9	35	31,5	24	23,3	10	20,0	–	–

на більшість жінок з АП характеризувались тривожним реагуванням клінічно окресленого рівня (87,9% осіб ДГ1, 86,5% ДГ2, 86,4% ДГ3). Клінічно виражену тривогу діагностовано також у половини жінок ГП1. У обстежених ГП2 виявлено відсутність клінічно виражених тривожних проявів.

Серед чоловіків з проблемних родин, дружини яких мали прояви АП, приблизно у третини (29,9% ДГ1, 31,5% ДГ2, 23,3% ДГ3) встановлені клінічно виражені тривожні розлади, на відміну від чоловіків, у дружин яких не було АП (20,0 %), або з гармонійних родин (у всіх – низький рівень тривожного реагування).

Таким чином, в результаті дослідження ми встановили тенденції щодо стану афективної сфери у подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінки у жінок.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Найбільша вираженість психосоціального стресу та патологічного тривожного реагування (на рівні клінічно вираженого тривожного розладу) виявлена у жінок із залежною поведінкою та порушенням здоров'я сім'ї. Вид адикції, що превалювала, у даному випадку не мав особливого значення.

Жінки з некомпроментованим адиктивним статусом та проблемними родинними стосунками демонстрували ознаки психосоціального стресу в сфері сімейних стосунків, а половина з них – ще й вираженість патологічної тривоги клінічно окресленого рівня.

Жінки зі здорових сімей мали нормативні показники тривожного реагування, психосоціальний стрес у них був відсутній.

Чоловіки з неблагополучних родин характеризувалися психосоціальною напруженістю в сфері сімейних стосунків. Більше третини чоловіків, дружини яких мали адиктивні проблеми, мали ознаки клінічно виражених тривожних проявів, які також виявились притаманні 20% чоловіків, дружини яких не мали проявів АП.

Чоловіки з гармонійних родин відрізнялися станом загального психологічного благополуччя, з окремими мозаїчними ознаками ситуаційного тривожного реагування.

Отримані дані покладені нами в основу розробки системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

Список використаної літератури

- Рябухін К. В. Питання формування алкогольної залежності у жінок / К. В. Рябухін // Тавричеський журнал психіатрії. – 2013. – № 4 (65). – С. 52–55.
- Гапонов К. Д. Клініко-психопатологічні та соціальні індикатори вираженості шкідливих наслідків алкогольної залежності в світлі оптимізації її комплексного лікування / К. Д. Гапонов // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 2 (69). – С. 111–120.
- Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків: видавець Строчков В. Д., 2011. – 144 с.
- Наркологія. Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання психоактивними речовинами: довідкове видання / О. К. Напрієнко, Л. В. Животовська, Л. В. Рахман, Н. Ю. Петрина; за ред. О. К. Напрієнко. – К.: Здоров'я, 2011. – 208 с.
- Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуйев // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 174.
- Кришталь В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2006. – № 2. – С. 14–19.
- Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушенного здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 1, № 2. – С. 3–8.
- Жданова М. П. Психотерапия нарушения здоровья семьи при алкоголизме у жены / М. П. Жданова // Украинский вестник психоневрологии. – 2007. – Т. 15, № 2 (51). – С. 60–67.
- Markova M. Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence / M. Markova, V. Yaryj // WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences», 29.03 – 01.04.2016, Munich. Book of Abstracts. – P. 54–55.
- Савіна М. В. Структурні й феноменологічні особливості адиктивної поведінки у жінок з порушенням сімейної взаємодії / М. В. Савіна // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, Вип. 1 (86). – С. 111–115.
- Метод комплексной оценки адиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–60.
- Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33–45.
- Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації) / В. М. Корнацький, М. В. Маркова. – Київ, 2007. – 14 с.
- Психологические тесты / под ред. А. А. Карелина: В 2 т. – М.: Гуманит. Узд. Центр ВЛАДОС, 2002. – Т. 1. – С. 25–29.

References

- Riabukhin K. V. Pytannia formuvannia alkoholnoi zalezhnosti u zhinok [Question of forming of alcohol dependence in women]. Tavricheskyi zhurnal psykiyatrii, 2013, no. 4 (65), pp. 52–55.
- Haponov K. D. Kliniko-psykhopatolohichni ta sotsialni indykatory vyrazhenosti shkidlyvykh naslidkiv alkoholnoi zalezhnosti v svitli optymizatsii yii kompleksnoho likuvannia [Clinical and psychopathological and social indicators of the severity of the harmful effects of alcohol abuse in light of optimization of complex treatment]. Arkhiv psykiatrii, 2012, no. 18, 2 (69), pp. 111–120.
- Psykhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok vzhivannia psykhoaktyvnykh rechovin ta stan narkolohichnoi dopomohy naselenniu Ukrainy (informatsiino-analitychnyi ohliad za 1990 – 2010 rr.). [Mental and behavioral disorders due to substance use and state drug assistance to the population of Ukraine (information and analytical review for 1990 – 2010)]. Kharkiv: vydavets Strokov V. D., 2011, 144 p.
- O. K. Napriienko, L. V. Zhyvotovska, eds. Narkolohiia. Psykhichni ta povedinkovi rozlady vnaslidok zlovzhivannia psykhoaktyvnymy rechovyname: dovidkove vydannia [Narcology. Mental and behavioral disorders due to substance abuse, reference book]. Kyiv. Zdorov'ia, 2011. 208 p.

5. Sosyn Y. K. O narkolohycheskoi sytuatsiyi v Ukrainy [About the drug situation in Ukraine]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohiy*. 2010, no. 18, 3 (64), pp. 174.
6. Kryshchal V. V. Liubov y seks kak lechebnyi faktor [Love and sex as a therapeutic factor]. *Medytsynskaia psikhologiya*, 2006, no. 2, pp. 14–19.
7. Kryshchal V. V. Systemnaia semeinaia psykhoterapiia narushenyi zdorovia semy [Systemic family therapy family health problems]. *Medytsynskaia psikhologiya*, 2007, no. 2, pp. 3–8.
8. Zhdanova M. P. Psykhoterapiia narushenyi zdorovia semy pry alkoholizme u zheny [Psychotherapy violations of family health in alcoholism his wife]. *Ukrainskyi vestnyk psikhonevrolohiy*, 2007, no. 2 (51), pp. 60–67.
9. Markova M., Yarus V. [Behavioral addiction as a codependence's manifestation of wife men with alcohol dependence] WPA Congress «Psychiatric epidemiology meets genetics: the public health consequences». Munich. 29.03 – 01.04.2016, pp. 54–55.
10. Savina M. V. Strukturni i fenomenolohichni osoblyvosti addyktivnoi povedinky u zhinok z porushenniam simeinoi vzaiemodii [Structural and phenomenological features addictive behavior in women with violation of family interaction]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohiy*, 2016, no. 1 (86), pp. 111–115.
11. Lynskiy Y. V., Mynko A. Y., Artemchuk A. F., eds. *Metod kompleksnoi otsenky addyktivnogo statusa yndyvdu y populatsiyi s pomoshchiu systemy AUDIT-podobnykh testov* [The method of integrated assessment addictive status of the individual and the population using the AUDIT-like system tests]. *Visnyk psykhiatrii ta psykhofarmakoterapii*, 2009, no 2 (16), pp. 56–70.
12. Lynskiy Y. V., Mynko A. Y., Artemchuk A. F., eds. *Addyktivnyi status y metod eho kompleksnoi otsenky pry pomoshchiu systemy AUDIT-podobnykh testov* [Addictive status and method of its comprehensive assessment using the AUDIT-like system tests]. *Psykhycheskoe zdorove*, 2010, no. 6(49), pp. 33–45.
13. Kornatskiy V. M., Markova M. V. *Otsinka psykhosotsialnykh chynnykiv ryzyku rozvytku khvorob systemy krovoobihu u patsientiv pervynnoi lanky medyko-sanitarnoi dopomohy (metodychni rekomendatsii)* [Assessment of psychosocial risk factors for cardiovascular diseases in patients primary health care (guidelines)]. Kyiv, 2007, 14 p.
14. *Psykholohycheskye testy* [Psychological tests]. Pod red. A. A. Karelyna. M.: Humanyt. Uzd. Tsentr VLADOS, 2002, no. 1, pp. 25–29.

УРОВЕНЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТРЕВОГИ У СУПРУГОВ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

M.V. Savina

Цель работы – изучение особенностей психосоциального стресса и тревожного реагирования супругов с разным состоянием здоровья семьи и аддиктивного поведения (АП) у женщин, для выявления мишеней дальнейшей психокоррекционной работы.

Контингент и методы исследования. Обследована 321 супружеская пара (СП), обратившаяся за помощью по поводу нарушения семейных отношений и АП у женщин (исследуемая группа). В качестве групп сравнения также обследовано 50 СП с нарушением здоровья семьи, в которых у женщин не было проблем аддиктивного характера (группа сравнения 1) и 50 условно гармоничных СП (группа сравнения 2). Уровень психосоциального стресса определяли по одноименной шкале Л. Ридера, уровень патологической тревоги – по шкале Д. Шихана.

Результаты. Наибольшая выраженность психосоциального стресса и патологического тревожного реагирования (на уровне клинически выраженного тревожного расстройства) наблюдалась у женщин с зависимым поведением и нарушением здоровья семьи. Вид преобладающей аддикции в данном случае особого значения не имел.

Женщины с некомпрометированным аддиктивным статусом и проблемными семейными отношениями демонстрировали наличие признаков психосоциального стресса в сфере семейных отношений, а половина из них – еще и выраженность патологической тревоги клинически значимого уровня.

Женщины из здоровых семей отличались нормативными показателями тревожного реагирования и отсутствием психосоциального стресса.

Мужчины из неблагополучных семей характеризовались психосоциальной напряженностью в сфере семейных отношений. Более трети мужчин, жены которых имели аддиктивные проблемы, демонстрировали признаки клинически выраженных тревожных проявлений, которые также оказались присущи 20% мужей женщин без проявлений АП.

Мужчины из гармоничных семей отличались состоянием общего психологического благополучия с отдельными мозаичными проявлениями ситуационного тревожного реагирования.

Вывод. Полученные данные положены нами в основу разработки системы психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин.

Ключевые слова: здоровье семьи, аддиктивное поведение, женщины, психосоциальный стресс, тревожное расстройство.

PSYCHOSOCIAL STRESS LEVEL AND PATHOLOGICAL ANXIETY IN OF MARRIED COUPLES IN FAMILIES WITH DIFFERENT FAMILY HEALTH STATE AND ADDICTIVE BEHAVIOUR IN WOMEN

M.V. Savina

Purpose – to study the characteristics of psychosocial stress and anxiety responses of married couples in families with different family health state and addictive behavior in women.

Contingent and methods. 421 married couples participated in the clinical and psychological examination and diagnostics. In 321 married couples had been diagnosed family abuse and addictive behavior (AB) in women. The level of psychosocial stress measured on the same scale L. Reeder, the level of pathological anxiety – by D. Sheehan scale.

Results. The highest intensity of psychosocial stress and anxiety pathological response (at clinically significant anxiety disorder) were observed in women with AB and violation of family health. Type AB in this case had no special significance.

Women without AB and problematic family relations showed signs of psychosocial stress in family relationships, and half of them - and even the severity of pathological anxiety clinically outlined standards.

Women with healthy families differ normative indicators and anxiety response and lack of psychosocial stress.

Men from disadvantaged families characterized by psychosocial tensions in family relations. More than a third of men whose wives have addictive problems showed signs of symptomatic manifestations of anxiety, which appeared characterized as 20% of men without wives without AB.

Men from harmonious families differed as general psychological well-being, with some mosaic signs of situational anxiety response.

Conclusion. The results were the basis for developing a system of psychological correction and psychological prophylaxis of addictive behaviors in women and support of health in families.

Key words: family health, addictive behavior, women, psychosocial stress, anxiety disorder.

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.454-57.024

О.О. Молчанова, Н.О. Дзеружинська

НЕЙРОБІОЛОГІЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

molchanovae17@ukr.net

Актуальність. Функціональні наслідки шизофренії залишаються незадовільними, незважаючи на наявну ефективну терапію гострого психозу. Окрім позитивних та негативних симптомів хворі на шизофренію демонструють зниження когнітивних функцій, що, імовірно, відіграє більш важливу роль в обмеженні їхньої соціальної та професійної інтеграції. Тому вивчення причин і механізмів когнітивного дефіциту в цієї категорії пацієнтів є вкрай важливим.

Мета. Проаналізувати наукові публікації стосовно причин і механізмів виникнення когнітивних порушень при шизофренії, а також існуючі напрямки пошуку можливостей фармакологічної та психологічної корекції когнітивного дефіциту.

Результати. У статті представлений аналіз наукових даних щодо причин, механізмів і соціальних наслідків когнітивної дисфункції при шизофренії, а також актуальних напрямків пошуку можливостей фармакологічної та психологічної корекції когнітивного дефіциту у пацієнтів із шизофренією. Сучасна концепція когнітивного дефіциту при шизофренії об'єднує дані з клінічної психіатрії, експериментальної психології, нейронаук, епігенетики та суміжних дисциплін. Порушення когніції зумовлене взаємодією різних генетичних, епігенетичних факторів, умов розвитку та середовища проживання. Зміни відзначаються як на рівні нейронів та глії, так і на рівні нейронних мереж головного мозку. У спробах знайти нейробіологічне пояснення шизофренії була запропонована «гіпотеза роз'єднаності», згідно з якою патологічним ядром шизофренії є порушення функціональних зв'язків між нейронними мережами. Доказова база, сформована з різних напрямків досліджень, вказує на те, що роз'єднаність та пов'язані з нею когнітивні порушення зумовлені дисфункцією NMDA-рецепторів і порушеннями модуляції синаптичної пластичності. Сучасні концепції походження когнітивних симптомів шизофренії лягли в основу пошуку нових засобів фармакотерапії. У центрі уваги знаходяться три нейромедіаторні системи – дофамінергічна, глутаматергічна та холінергічна. На сьогодні у клінічних дослідженнях нових молекул (інгібітори зворотного захоплення гліцину та повні агоністи α_7 -нікотинових рецепторів – III фаза, інгібітори PDE10 – II фаза) отримано негативні результати. Разом з тим, активно розвивається напрямок немедикаментозної корекції когнітивного дефіциту при шизофренії. Тренінги когнітивних функцій демонструють обнадійливі практичні результати, імовірно, за рахунок стимуляції процесів нейропластичності, але нейробіологічні ефекти когнітивної терапії ще потребують вивчення в майбутніх дослідженнях.

Висновки. Порушення когнітивних функцій при шизофренії є результатом багатфакторного процесу, тому актуальним стає пошук нових можливостей його корекції та можливостей профілактики – раннього втручання для запобігання впливу на вразливі ланки.

Ключові слова:
шизофренія, когнітивні порушення, гіпотеза роз'єднаності, нейропластичність.

Актуальність. Шизофренія є одним з найпоширеніших психічних розладів, який призводить до несприятливих соціальних та економічних наслідків [1]. Поширеність шизофренії в загальній популяції становить близько 1,0% [2]. На сьогодні можливості фармакотерапії

шизофренії обмежені усуненням позитивних симптомів, перериванням гострого психозу та запобіганням госпіталізаціям. Разом з тим, функціональний статус пацієнтів залишається незадовільним, хоча більшу частину часу вони проводять у соціумі. За результатами досліджен-

ня Harvey P.D. et al., лише 19% з обстежених пацієнтів за всю історію захворювання мали усі три ознаки соціальної адаптації – власну сім'ю, роботу та фінансову незалежність [3]. За даними інших авторів, дві третини пацієнтів із шизофренією ніколи не одружуються [4], менше 15% намагаються знайти роботу [5], 20% стають безхатченками [6].

Згідно з сучасними уявленнями, шизофренія характеризується трьома основними доменами розладів:

- позитивні симптоми (маячення, галюцинації);
- негативні симптоми (притуплення афекту, втрата мотивацій, апатія, ангедонія);
- когнітивний дефіцит (зниження робочої пам'яті, швидкості обробки інформації, дефіцит уваги).

З'являється все більше даних про те, що саме когнітивний дефіцит чинить значний негативний вплив на довготривалий прогноз та можливості соціалізації хворих на шизофренію, що зумовлює актуальність пошуку причин та механізмів їх розвитку.

Мета – на основі аналізу результатів сучасних досліджень щодо причин та механізмів виникнення когнітивної дисфункції при шизофренії визначити напрямки пошуку можливостей фармакологічної та психологічної корекції когнітивного дефіциту.

Результати та їх обговорення

Сучасні уявлення про причини когнітивної дисфункції при шизофренії можна представити як синтез досягнень експериментальної психології, психіатрії, нейронаук та нейровізуалізації, генетики та суміжних дисциплін (геноміки, епігеноміки). Когнітивні процеси забезпечуються злагодженим функціонуванням центральної нервової системи на різних рівнях організації – від молекулярного, внутрішньоклітинного (генетичний матеріал, нейромедіатори, рецептори, вторинні меседжери тощо) до макроструктурного – рівня нейронних полів кори, підкоркових гангліїв і провідникових шляхів. Структури мозку, задіяні у процесах вищої нервової діяльності, утворюють між собою численні зв'язки різної стійкості та тривалості, формуючи динамічні робочі мережі. Основними причинами порушення когнітивних процесів вважають розрив функціонально важливих зв'язків між відділами мозку, утворення хибних зв'язків там, де їх у даний час не має бути, а також десинхронізацію роботи різних структур. Пошкодження або десинхронізація роботи нейромереж можуть бути викликані численними чинниками, які можна поділити на генетичні, епігенетичні (пов'язані з модифікаціями хроматину, які чинять регулюючий вплив на експресію певних генів, але не на послідовність ДНК), та фактори зовнішнього середовища, в тому числі соціальні. Дія перерахованих факторів (причин) не є ізольованою, вони можуть взаємодіяти між собою. Наприклад, експресія генів залежить від середовища проживання, харчування, рівня освіти індивіда тощо. Слід також враховувати, що наслідки дії вражаючих (модифікуючих) факторів можуть проявлятися у різних масштабах часу: від мілісекунд (генерація потенціалу дії на мембрані нейрона) та годин (синтез білків) до років (зміни синаптичної архітектури). Деякі з факторів (причин) когнітивного дефіциту мають спадковий

характер і передаються наступним поколінням, вплив інших можна припинити або компенсувати, хоча це не обов'язково приводить до повного відновлення порушених когнітивних функцій, оскільки не всі дефекти нейронних систем є зворотними [7].

Від гіпофронтальності до теорії роз'єднаності

Тривалий час когнітивний дефіцит при шизофренії пов'язували з недостатньою активацією префронтальної кори (відомою під терміном «гіпофронтальність») [8], але результати останніх нейровізуалізаційних досліджень вказують на те, що при цьому психічному розладі порушується функціонування й інших коркових та підкоркових структур, причому патерн порушень є досить складним і мозаїчним – в одних ділянках спостерігається гіпоактивність, в інших – гіперактивність [7]. Так, мета-аналіз 41 контрольованого дослідження із застосуванням функціональної МРТ підтвердив, що у хворих на шизофренію і здорових осіб контрольних груп при виконанні когнітивних тестів активуються одні й ті ж робочі мережі, які включають таламус, дорсолатеральну та вентролатеральну зони префронтальної кори, передню поясну кору (участь дорсолатеральної зони префронтальної кори у цій системі є критично необхідною). Але у хворих на шизофренію, порівняно із здоровими особами, відзначена знижена активність у лівій дорсолатеральній зоні префронтальної кори, ростральній та дорсальній частинах поясної кори, лівому таламусі. Натомість зареєстрована підвищена активність у вентролатеральній зоні префронтальної кори. Підвищена активність одних ділянок може відображати спробу компенсації функціональної неспроможності інших [9].

У пошуках нейробіологічного пояснення цих спостережень була запропонована гіпотеза роз'єднаності, згідно з якою до функціональної дезінтеграції структур мозку призводить порушення синаптичної пластичності [10, 11]. Згодом гіпотеза отримала чимало нових експериментальних підтверджень, зокрема у генетичних дослідженнях.

У наш час все більше авторів вважають доречним і аргументованим розглядати шизофренію як синдром роз'єднаності [12–14], хоча трактують цей термін дещо по-різному. В англійській літературі термін має два варіанти написання – «disconnectivity» та «dysconnectivity». На перший погляд ці варіанти є взаємозамінними, але різняться етимологічно. Латинський префікс «dis» означає «окремо», «відділено», а грецький «dys» – «розлад». Stephan та співавтори вважають, що доречнішим є варіант «dysconnectivity», який відображає не просто дезінтеграцію мозку, а його аномальне функціонування, оскільки поряд зі зниженням щільності певних зв'язків може спостерігатися патологічно підвищена щільність інших зв'язків [12].

Запропоновано два можливих пояснення причин роз'єднаності – клітинні (анатомічні) та синаптичні (функціональні) порушення. Перше пояснення має на увазі аномалії розвитку, розподілення та галуження відростків нейронів, а конкретно стосовно шизофренії – порушення утворення анатомічних асоціативних зв'язків між відділами мозку в періоді розвитку нервової системи (спроба пов'язати теорію роз'єднаності з тео-

рією порушення нейророзвитку [15]). Друге пояснення базується на доказах функціональних порушень синаптичної нейропластичності при шизофренії, зокрема у тих відділах та системах мозку, які залучені до процесів навчання та пам'яті. Ці порушення можуть бути зумовлені як дисбалансом медіаторної модуляції рецепторів, так і порушеннями структурної організації останніх [11]. Згідно з цією гіпотезою, ключова роль належить дисрегуляції N-метил-D-аспартатних (NMDA) рецепторів через двосторонні зв'язки з дофамінергічною, холінергічною, серотонінергічною системами. NMDA-рецептори вважають основними регуляторами процесів нейропластичності, які лежать в основі пам'яті, набуття досвіду та навчання [12]. Роз'єднаність є результатом порушення регуляції NMDA-залежної синаптичної пластичності модулюючими нейротрансмітерами, такими як дофамін, ацетилхолін або серотонін. Ці нейротрансмітери можуть регулювати NMDA-залежну пластичність за різними механізмами. Наприклад, дофамінова та ацетилхолінові системи регулюють транспортування та вбудовування NMDA-рецепторів у клітинну мембрану. Пропускні властивості іонних каналів NMDA-рецепторів залежать від їхнього статусу фосфорилізації, а він, у свою чергу, перебуває під контролем дофамінових та 5-HT-рецепторів. Нарешті, ацетилхолін та серотонін також впливають на експресію різних субодиниць NMDA-рецептора, в результаті чого змінюється представленість на мембранах NMDA-рецепторів тієї чи іншої молекулярної структури, яка визначає їхні електrofізіологічні властивості [12].

Термін «функціональні» стосовно порушень синаптичної пластичності теж є неточним. Звичайно, синдром роз'єднання, зумовлений аномаліями синаптичної пластичності, також повинен мати структурні кореляти, такі як зміни морфології та галуження дендритів, кількості та складу рецепторів на мембранах нейронів, їхнього статусу фосфорилізації тощо. Більше того, аномалії розвитку на клітинному рівні та порушення синаптичної пластичності, імовірно, є співіснуючими та взаємозалежними процесами, і навіть мають спільні генетичні причини [12]. Наприклад, вивчається поліморфізм генів, що кодують трофічний фактор неурегулін 1 (NRG1), який відіграє важливу роль у встановленні довготривалих комунікацій у період розвитку мозку, і, разом з тим, бере участь у регуляції короткотривалої синаптичної пластичності, зокрема стимулюючи експресію рецепторів до глутамату, ГАМК і ацетилхоліну [16].

Сила функціонального зв'язку між нейронами, яка регулюється через досвід-залежну синаптичну пластичність NMDA-рецепторами, визначає, чи буде збережений цей зв'язок у процесі онтогенетичної оптимізації нейромережі шляхом скорочення числа синапсів (pruning), або ж їх збільшення (sprouting). Тому будь-які порушення синаптичної пластичності не сприяють збереженню довготривалих зв'язків у мозку, що розвивається, а значить обумовлюють і результуючий патологічний патерн анатомічних комунікацій зрілого мозку [17, 18].

Гіпотеза про гіпофункцію NMDA-рецепторів бере початок від спостережень індукованих психотичних симптомів у здорових осіб, яким вводили NMDA-антагоністи (фенциклідин, кетамін) [19–21]. При цьому введення

NMDA-антагоністів провокувало розвиток не тільки позитивних симптомів, а й негативних та когнітивного дефіциту, подібних до тих, які спостерігаються в клінічній картині шизофренії, тому NMDA-дефіцитна модель шизофренії в експериментах на гризунах і приматах швидко набула популярності [22].

Більшість генів-кандидатів, пов'язаних з шизофренією (COMT, DISC1, RGS4, GRM3, G72), також відіграють важливу роль у процесах NMDA-залежної пластичності або їх регуляції з боку дофамінергічної та холінергічної систем мозку. Для жодного з генів не доведена первинна етіологічна роль, йдеться швидше про конвергенцію генетичних факторів, яка може зумовлювати порушення синаптичної нейропластичності [23].

Сукупність генетичних факторів може також спричиняти гіпофункцію NMDA-рецепторів через зниження продукції ко-агоністів – гліцину, D-серину, підвищення продукції ендogenous антагоністів, наприклад кінуренової кислоти, зміни редокс-статусу каналів NMDA-рецепторів або зниження їх експресії [23].

Нейробіологія когнітивних порушень при шизофренії та перспективи терапії

Сучасні концепції походження когнітивних симптомів шизофренії лягли в основу пошуку нових специфічних засобів фармакотерапії. В центрі уваги знаходяться три нейромедіаторні системи – дофамінергічна, глутаматергічна та холінергічна.

Намагання знайти відповідь у добре обґрунтованій дофаміновій гіпотезі шизофренії виглядали цілком логічними. Усі зареєстровані антипсихотики тією чи іншою мірою є блокаторами D₂-рецепторів, і доведено, що саме блокада D₂-рецепторів є критично необхідною для усунення позитивних симптомів шизофренії. Але антипсихотики, як першого покоління, так і атипіві, незначно впливають на когнітивний дефіцит при шизофренії, що було переконливо доведено в дослідженні CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) [24].

Натомість, згідно з третьою, і останньою на сьогоднішній день версією дофамінової гіпотези шизофренії, порушення, які зумовлюють розвиток психозу, негативних і когнітивних симптомів, пов'язані не з дисфункцією власне дофамінових рецепторів, а із пресинаптичними та постсинаптичними процесами – синтезом, вивільненням та сигнальними шляхами дофаміну [25]. Звідси походить ідея впливати на постсинаптичні ефекти дофаміну, наприклад, шляхом застосування інгібіторів фосфодієстерази 10 типу (PDE10). Цей фермент регулює синтез циклічного аденозинмонофосфату – вторинного внутрішньоклітинного месенджера, який, зокрема, є ланкою дофамінового сигнального шляху. Клінічні випробування інгібіторів PDE10 для лікування шизофренії були припинені після отримання негативних результатів у дослідженнях II фази [26].

Паралельно велася розробка препаратів, що впливають на глутаматергічну та холінергічну передачу. Один із шляхів модуляції глутаматергічної трансмісії пов'язаний із застосуванням інгібіторів зворотного захоплення гліцину (ко-агоніста NMDA-рецепторів). Випробування цих молекул досягли III фази клінічних досліджень, але результати також виявилися негативними [26].

Одним із перспективних напрямків холінергічної модуляції нейропластичності вважали активацію α_7 -нікотинових рецепторів [27]. Але клінічні випробування III фази повних агоністів α_7 -нікотинових рецепторів не підтвердили їхньої ефективності. Окрім винайдення нових ліків, спеціалісти галузі за кордоном активно впроваджують психологічне лікування, зокрема тренування когнітивних функцій при шизофренії. Включення когнітивних тренувань у програму реабілітації пацієнтів із шизофренією також базується на гіпотезі про нейропластичність – сукупність процесів ремоделювання синаптичних зв'язків, що спрямовані на оптимізацію нейрональних мереж. За даними мета-аналізів, когнітивні тренінги чинять помірний позитивний ефект на успішність виконання пацієнтами когнітивних тестів (0,41; ДІ від 0,29 до 0,52; $p < 0,001$) і дещо менший ефект на покращення соціальної адаптації (0,35; ДІ від 0,07 до 0,62; $p < 0,05$) [28].

Вплив немедикаментозних методів корекції когнітивного дефіциту на конкретні процеси нейропластичності наразі не має прямого експериментального підтвердження. Доступні лише непрямі методи вимірювання активності структур головного мозку, такі як функціональна МРТ, позитронно-емісійна томографія, магніто-енцефалографія тощо, які дозволяють зафіксувати зміни нейрональної активності під впливом втручання і припустити, що ці зміни відображають динаміку процесів нейропластичності, які лежать в основі пам'яті, набуття і використання досвіду. Нещодавно опублікований систематичний огляд досліджень нейробіологічних ефектів когнітивних тренінгів при шизофренії із застосуванням різних функціональних та структурних нейровізуалізаційних методів до та після втручань підтвердив позитивні нейрональні зміни, які найчастіше фіксувалися у префронтальній та середній фронтальній ділянках [29]. У деяких дослідженнях також показані зміни в парієтальних, скроневих, парагіпокампальних ділянках та у лімбічній системі. Явища посилення нейрональної активності у зазначених ділянках мозку супроводжувалися покращенням нейрокогнітивного функціонування пацієнтів, що свідчить на користь позитивного впливу тренувань на процеси нейропластичності.

Висновки

Нейробіологічні процеси, що забезпечують когнітивні функції, є динамічними і багаторівневими, а когнітивний дефіцит у певний момент часу є сумарним результатом впливу як ендогенних факторів, так і зовнішнього середовища, які діяли або продовжують діяти на різних рівнях організації головного мозку. У пошуках нейробіологічного пояснення спектра симптомів шизофренії, в тому числі когнітивних, була запропонована гіпотеза роз'єднаності, згідно з якою до функціональної дезінтеграції структур мозку призводить порушення синаптичної пластичності. Ці порушення можуть бути зумовлені як дисбалансом медіаторної модуляції рецепторів, так і порушеннями їх структурної організації. Ключова роль належить дисрегуляції N-метил-D-аспартатних (NMDA) рецепторів через двосторонні зв'язки з дофамінергічною, холінергічною, серотонінергічною системами. NMDA-рецептори вважають основними регуляторами процесів нейропластичності, які лежать в основі пам'яті, набуття

досвіду та навчання. Сучасні концепції походження когнітивних симптомів шизофренії лягли в основу пошуку нових специфічних засобів фармакотерапії. В центрі уваги знаходяться три нейромедіаторні системи – дофамінергічна, глутаматергічна та холінергічна. Розробка нових препаратів для лікування шизофренії (дія яких не пов'язана із D_2 -рецепторами) ведеться у трьох основних напрямках: інгібітори зворотного захоплення гліцину, інгібітори фосфодіестерази 10 типу (PDE10) та повні агоністи α_7 -нікотинових рецепторів. На сьогодні у клінічних дослідженнях цих молекул отримано негативні результати. Разом з тим, активно розвивається напрямок немедикаментозної корекції когнітивного дефіциту при шизофренії. Тренінги когнітивних функцій демонструють обнадійливі практичні результати, імовірно, за рахунок стимуляції процесів нейропластичності, але нейробіологічні ефекти когнітивної терапії ще потребують уточнення в майбутніх дослідженнях.

Список використаної літератури / References

1. Jobe T. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review / T. Jobe, M. Harrow. // *Can. J. Psychiatry*. – 2005. – № 50. – P. 892–900.
2. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality / [J. McGrath, S. Saha, D. Chant etc.]. // *Epidemiol. Rev.* – 2008. – № 30. – P. 67–76.
3. Functional milestones and clinician ratings of everyday functioning in people with schizophrenia: overlap between milestones and specificity of ratings / [P. Harvey, S. Sabbag, D. Prestia etc.]. // *Psychiatr Res.* – 2012. – № 46. – P. 1546–52.
4. Tandon R. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization / R. Tandon, H. Nasrallah, M. Keshavan // *Schizophr Res.* – 2009. – № 110. – P. 1–23.
5. CATIE Study Investigators Group Barriers to employment for people with schizophrenia / [R. Rosenheck, D. Leslie, R. Keefe etc.]. // *Am. J. Psychiatry*. – 2006. – № 163. – P. 411–417.
6. Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system / [D. Folsom, W. Hawthorne, L. Lindamer etc.]. // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – № 162. – P. 370–376.
7. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy / [M. Millan, Y. Agid, M. Brüne etc.]. // *Nat Rev Drug Discov.* – 2011. – № 11. – P. 141–168.
8. Neuroimaging of cognitive disability in schizophrenia: Search for a pathophysiological mechanism / [J. Ragland, J. Yoon, M. Minzenberg etc.]. // *Int Rev Psychiatry*. – 2007. – № 19. – P. 417–427.
9. Meta-analysis of 41 functional neuroimaging studies of executive function in schizophrenia / [M. Minzenberg, A. Laird, S. Thelen etc.]. // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2009. – № 66. – P. 811–822.
10. Friston K. Schizophrenia: a disconnection syndrome? / K. Friston, C. Frith // *Clin Neurosci.* – 1995. – № 3. – P. 89–97.
11. Friston K. The disconnection hypothesis / K. Friston // *Schizophr Res.* – 1998. – № 30. – P. 115–125.
12. Stephan K. Dysconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of self-monitoring / K. Stephan, K. Friston, C. Frith // *Schizophr Bull.* – 2009. – № 35. – P. 509–527.
13. Functional connectivity and brain networks in schizophrenia / [M. Lynall, D. Bassett, R. Kerwin etc.]. // *J. Neurosci.* – 2010. – № 14. – P. 9477–9487.
14. Dysconnectivity in schizophrenia: where are we now? / [W. Pettersson-Yeo, P. Allen, S. Benetti etc.]. // *Neurosci Biobehav Rev.* – 2011. – № 35. – P. 1110–1124.
15. Bullmore E. The dysplastic net hypothesis: an integration of developmental and dysconnectivity theories of schizophrenia / E. Bullmore, S. Frangou, R. Murray // *Schizophr Res.* – 1997. – № 28. – P. 143–156.
16. Mei L. Neuregulin 1 in neural development, synaptic plasticity and schizophrenia / L. Mei, W. Xiong // *Nat Rev Neurosci.* – 2008. – № 9. – P. 437–452.
17. Zhang L. Electrical activity and development of neural circuits / L. Zhang, M. Poo // *Nat. Neurosci.* – 2001. – № 4. – P. 1207–1214.
18. Hua J. Neural activity and the dynamics of central nervous system development / J. Hua, S. Smith // *Nat Neurosci.* – 2004. – № 7. – P. 327–332.
19. Javitt D. Recent advances in the phencyclidine model of schizophrenia / D. Javitt, S. Zukin. // *Am J Psychiatry*. – 1991. – № 148. – P. 1301–1308.
20. Halberstadt L. The phencyclidine-glutamate model of schizophrenia / L. Halberstadt // *Clin. Neuropharmacol.* – 1995. – № 18. – P. 237–249.
21. Umbricht D. Ketamine-induced deficits in auditory and visual context-dependent processing in healthy volunteers: implications for models of cognitive deficits in schizophrenia / Umbricht // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2000. – № 57. – P. 1139–1147

22. NMDA receptors, cognition and schizophrenia: testing the validity of the NMDA receptor hypofunction hypothesis / [G. Gilmour, S. Dix, L. Fellini etc.] // *Neuropharmacology*. – 2012. – № 62. – P. 1401–1412.
23. Harrison P. Schizophrenia genes, gene expression and neuropathology: on the matter of their convergence / P. Harrison, D. Weinberger // *Mol Psychiatry*. – 2005. – № 10. – P. 40–68.
24. Keefe R. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial / R. S. Keefe, R. M. Bilder, S. M. Davis // *Arch Gen Psychiatry*. – 2007. – № 64. – P. 633–647.
25. Howes O. D. The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III—The Final Common Pathway / O. D. Howes, S. Kapur // *Schizophrenia Bulletin*. – 2009. – № 35. – P. 549–562.
26. Kapur S. The future of non-dopaminergic treatments-part 2 of 2 [video lecture] / Shitij Kapur // Elsevier – Retrieved from <http://schizophrenia.elsevierresource.com/videos/future-of-non-dopaminergic-treatments-part-2-2>.
27. Nicotinic $\alpha 7$ receptors enhance NMDA cognitive circuits in dorsolateral prefrontal cortex / [Y. Yang, C. Paspalas, L. Jin etc.] // *Proc Natl Acad Sci U S A*. – 2013. – № 110. – P. 12078–12083.
28. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia / [S. R. McGurk, E. W. Twamley, D. I. Sitzer etc.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – № 164. – P. 1791–1802.
29. Thorsen A. L. Neurobiology of cognitive remediation therapy for schizophrenia: a systematic review / A. L. Thorsen, K. Johansson, E. Løberg // *Frontiers in Psychiatry*. – 2014. – № 5. – P. 103.

НЕЙРОБИОЛОГИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.А. Молчанова, Н.А. Дзеружинская

Актуальность. Функциональные исходы шизофрении остаются неудовлетворительными, несмотря на доступную эффективную терапию острого психоза. Помимо позитивных и негативных симптомов пациенты с шизофренией демонстрируют снижение когнитивных функций, которое, вероятно, играет более важную роль в ограничении их социальной и профессиональной интеграции. Поэтому изучение причин и механизмов когнитивного снижения у этой категории пациентов является крайне важным.

Цель. Проанализировать научные публикации относительно причин и механизмов развития когнитивных нарушений при шизофрении, а также существующих направлений поиска возможностей фармакологической и психологической коррекции когнитивного дефицита.

Результаты. В статье представлен анализ научных публикаций относительно причин и механизмов развития когнитивной дисфункции при шизофрении, а также существующих направлений поиска возможностей фармакологической и психологической коррекции когнитивного дефицита.

Современная концепция когнитивного дефицита при шизофрении объединяет данные из клинической психиатрии, экспериментальной психологии, нейронаук, эпигенетики и смежных дисциплин. Нарушение когниции обусловлено взаимодействием различных генетических, эпигенетических факторов, условий развития и среды проживания. Изменения обнаруживаются как на уровне нейронов и глии, так и на уровне нейронных сетей головного мозга. В попытках найти нейробиологическое объяснение шизофрении была предложена «гипотеза разобщенности», согласно которой патологическим ядром шизофрении являются нарушения функциональных связей между нейронными сетями. Доказательная база, сформированная из разных направлений исследований, указывает на то, что разобщенность и связанные с ней когнитивные нарушения вызваны дисфункцией NMDA-рецепторов и нарушением модуляции синаптической пластичности. Современные концепции происхождения когнитивных симптомов шизофрении легли в основу поиска новых средств фармакотерапии. В центре внимания находятся три нейромедиаторные системы – дофаминергическая, глутаматергическая и холинергическая. На сегодня в клинических исследованиях новых молекул (ингибиторы обратного захвата глицина и полные агонисты α_7 -никотиновых рецепторов – III фаза, ингибиторы PDE10 – II фаза) получены негативные результаты. Вместе с тем, активно развивается направление немедикаментозной коррекции когнитивного дефицита при шизофрении. Тренинги когнитивных функций демонстрируют обнадеживающие практические результаты, вероятно за счет стимуляции процессов нейропластичности, но нейробиологические эффекты когнитивной терапии еще требуют изучения в будущих исследованиях.

Выводы. Нарушения когнитивных функций при шизофрении являются результатом многофакторного процесса, поэтому актуальным становится поиск новых возможностей его коррекции и профилактики – раннего вмешательства для предупреждения влияния на уязвимые звенья патогенеза.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивные нарушения, гипотеза разобщенности, нейропластичность.

NEUROBIOLOGY OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

O.O. Molchanova, N.O. Dzeruzhinskaya

Background. Functional outcomes remain poor in patients with schizophrenia despite the currently available efficient treatment for acute psychosis. Beyond the positive and negative symptoms schizophrenia sufferers demonstrate impairment in cognitive functions, which probably play more important role in their social and professional disintegration. Thus, it is crucial to study causes and mechanisms of cognitive decline in this setting.

Objective. To review scientific publications concerning causes and mechanisms of cognitive dysfunction in schizophrenia and current directions of research toward the opportunities of pharmacological and psychological correction of cognitive impairment.

Results. The article presents the analysis of scientific publications concerning causes and mechanisms of cognitive dysfunction in schizophrenia and current directions of research in pharmacological and psychological correction of cognitive impairment. The current concept of cognitive impairment in schizophrenia includes data from clinical psychiatry, experimental psychology, neuroscience, epigenetics and related fields of science. Disruption of cognition is provoked and countered by various interacting genetic, epigenetic, developmental and environmental factors. Changes are expressed both at the level of neurons and glia and at the level of neural brain networks. In an attempt to provide a neurobiological explanation of schizophrenia the 'dysconnectivity hypothesis' was introduced, which suggests that the core pathology of schizophrenia is an impaired functional integration of neural circuits. Converging evidence from multiple lines of research suggests that the dysconnectivity and related cognitive impairment in schizophrenia are caused by NMDA-receptor dysfunction and abnormal modulation of synaptic plasticity. Modern concepts of the origin of cognitive symptoms of schizophrenia provide the basis for developing new approaches to pharmacotherapy. There are three neurotransmitter systems in the focus of research: dopaminergic, glutamatergic, and cholinergic. Nowadays clinical trials of the new molecules (inhibitors of glycine reuptake, α_7 -nicotinic receptors full agonists – phase III, PDE10 inhibitors – phase II) show negative results. However, nonpharmacologic approaches to correction of cognitive deficit in schizophrenia are actively developing. Trainings of cognitive functions show highly promising practical results due to the stimulation of neuroplasticity processes but neurobiological effects of cognitive therapy require further investigations.

Conclusions. Cognitive dysfunctions in schizophrenia are the result of a multifactorial process, so pressing is the search for new possibilities of its correction and prevention – early intervention to prevent effects on vulnerable stages of pathogenesis.

Key words: schizophrenia, cognitive impairment, dysconnectivity hypothesis, neuroplasticity.

Ю.А. Крамар

СЕРЕДОВИЩНІ ФАКТОРИ, ЯКІ СПРИЯЮТЬ МАНІФЕСТАЦІЇ
ТА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ШИЗОФРЕНІЇУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Територіальне медичне об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві
voitenko.julia@gmail.com

Мета. Вивчити ступінь кореляційних зв'язків між факторами зовнішнього середовища та маніфестацією, перебігом шизофренії.

Матеріали та методи. Проводили скринінгове дослідження хворих на шизофренію з метою вивчення факторів зовнішнього середовища та ступеня їх кореляції.

Результати. Виділено 5 значимих факторів: 1) токсикоз матері під час вагітності, вживання нею лікарських засобів, перенесені дитячі захворювання негативно корелювали з тривалістю захворювання; 2) гіпоксія плода, перинатальна травма, ускладнена спадковість, резус- чи групово несутимісність корелювали з несприятливим перебігом шизофренії; 3) перенесені захворювання матері у під час вагітності, статус неодруженого корелювали з ранньою маніфестацією захворювання; 4) пізній вік батьків при зачатті, ускладнення під час пологів, низька оцінка за шкалою Апгар при народженні, вживання алкоголю в доманіфестному періоді корелювали з низьким рівнем соціального функціонування; 5) вживання канабіноїдів у молодому віці, проблеми з навчанням у школі та незадовільні матеріально-побутові умови корелювали з позитивною психотичною симптоматикою.

Висновок. Різні фактори зовнішнього середовища часто стають попередниками шизофренії. Їх дія є специфічною, виявлено кореляційні зв'язки між самими факторами та перебігом шизофренії.

Ключові слова:шизофренія, фактори
ризиків, фактори
зовнішнього середовища.

Захворюваність на шизофренію складає близько 1%. Ця статистика є стабільною незалежно від часу чи географії, тому важливим є поліпшення перебігу захворювання шляхом зменшення впливу факторів, які погіршують прогноз та перебіг захворювання. Такими факторами є чинники зовнішнього середовища; цілеспрямоване зменшення їх впливу сприятиме покращенню якості життя пацієнтів та підвищенню рівня їх соціального функціонування.

Актуальність. У ході проведення значної кількості досліджень було виявлено, що різні фактори зовнішнього середовища дуже часто стають попередниками шизофренії. Їх комбінація лише ускладнює прогноз захворювання. Зокрема, психологічна травма в дитинстві та вживання психоактивних речовин корелюють з ранньою соціальною дезадаптацією при шизофренії [1], що було відтворено в іншому заочному популяційному аналізі [2]. Іншими значущими факторами були висока урбанізація, зміна соціального середовища [3]. Причиною цього взаємозв'язку, ймовірно, є перехресна сенсibilізація дофамінергічних нейромедіаторів [4]. Хоча чітких доказів природи даного взаємозв'язку не виявлено, зрозуміло, що вказані фактори відіграють роль

як у первинному психотичному епізоді, так і в перебігу шизофренії. Проте наявні дослідження ставлять більше запитань, ніж дають відповідей [5].

Мета дослідження – вивчити ступінь кореляційних зв'язків між факторами зовнішнього середовища та маніфестацією і перебігом шизофренії.

Матеріали та методи дослідження

Ми обстежили 186 пацієнтів зі встановленим діагнозом шизофренії, шизоафективного чи шизотипового розладів. Пацієнти були поділені за ознакою наявності чи відсутності впливу тих чи інших факторів зовнішнього середовища. Проводили скринінг пацієнтів з діагнозом F 20 – F 29 за МКХ-10 з метою вивчення наявності тих чи інших факторів зовнішнього середовища в популяції хворих з розладами шизофренічного спектра. Статистично проаналізовано отримані дані методом головних компонент. При оцінці даних було встановлено обмеження 0,4 для усунення відображення малих значень.

Оцінювання хворих на шизофренію в ході відкритого контрольованого дослідження включало: оцінку наявної психопатологічної симптоматики за допомогою шкали PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale),

оцінку соціального функціонування за допомогою шкали GAF (Global Assessment of Function), оцінку впливу середовищних факторів з використанням Формалізованої карти, розробленої у відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, яка включала детальне опитування з відображенням факторів зовнішнього середовища в різні періоди життя людини: соціально-демографічний блок, преморбідні характеристики батьків, фактори, які мали вплив при зачатті, особливості вагітності матері та пологів, а також детальний аналіз чинників зовнішнього середовища в доманіфестному періоді, особливо у дитячому та юнацькому віці.

Результати та їх обговорення

У ході дослідження було виділено 5 значимих факторів, які підлягали точній інтерпретації. Отримані дані представлені в таблиці.

Як свідчать дані, наведені у таблиці, прояви токсикозу матері під час вагітності, вживання нею лікарських засобів та перенесені дитячі захворювання в ранньому віці негативно корелювали з фактором тривалості шизофренії. Сюди ж належать обмеження спілкування з проблемами формування батьківсько-материнської прив'язаності. Тобто, пацієнти з наявністю вказаних факторів потрапляли в дослідження з коротшим терміном захворювання, що є неоднозначним для інтерпретації чинником, оскільки, з одного боку, в короткий проміжок часу стан був складнішим та вимагав звернення до лікувальних закладів, проте,

з іншого боку, відомо, що прогноз шизофренії є більш сприятливим при гострому початку захворювання, що ускладнює прогностичну оцінку. Вказаний фактор також можна розцінити як сукупність супутньої патології перинатального характеру та дитячого віку, що, в свою чергу, також сприятиме зверненню пацієнтів за допомогою в короткий термін. Гіпоксія плода, перинатальна травма, ускладнена спадковість (наявність спадкових психічних, неврологічних та інших захворювань у батьків), резус-несумісність чи несумісність за групою крові між плодом та матір'ю корелюють з несприятливим перебігом шизофренії. Меншою мірою, але погіршує перебіг шизофренії низький рівень освіти в преморбіді. Перенесені захворювання матір'ю під час вагітності, в тому числі інфекційного характеру, особливо вірус грипу, та статус пацієнта як неодруженого навантажують фактор, пов'язаний з ранньою маніфестацією захворювання. Незвичним виявилось те, що народження шляхом кесарського розтину негативно навантажувало фактор маніфестації захворювання. Пізній вік батьків при зачатті, ускладнення під час пологів (затяжний період потуг, стрімкі пологи, додаткова стимуляція, вакуум-екстракція плода, накладання акушерських щипців, довгий безводний проміжок), низька оцінка за шкалою Апгар при народженні та вживання алкоголю в доманіфестному періоді навантажують фактор, пов'язаний з низьким рівнем соціального функціонування. Менш значимими, але все ж пов'язаними з нижчим рівнем соціального функціонування, виявилися короткий період між попередньою вагітністю (менше 2 років) та кризові стосунки в родині (насилля над матір'ю

Таблиця. Матриця інвертованих компонент

	Компонента				
	1	2	3	4	5
Токсикоз під час вагітності	,958				
Перенесені дитячі захворювання	,932				
Вживання лікарських засобів матір'ю під час вагітності	,929				
Проживання в місті	,866				
Тривалість захворювання	-,284				
Несприятливий перебіг		,935			
Гіпоксія плода чи перинатальна травма		,865			
Ускладнена спадковість		,849			
Резус- чи групова несумісність крові		,840			
Перенесені захворювання матір'ю під час вагітності			,943		
Перенесені матір'ю інфекції			,943		
Рання маніфестація			,894		
Сімейний стан (неодружені)			,402		
Ускладнення в пологах				,865	
Вживання алкоголю				,863	
Низька оцінка за шкалою Апгар при народженні				,457	
Пізній вік батьків при зачатті				,412	
GAF (рівень соціального функціонування)				,300	
Вживання канабіноїдів					,804
PANSS (позитивні симптоми)					,798
Проблеми з навчанням у школі					,491
Незадовільні матеріально-побутові умови					,416

та дитиною, сексуальне насилля над дитиною в дитячому віці). Вживання канабіноїдів у молодому віці, проблеми з навчанням в школі та незадовільні матеріально-побутові умови навантажують фактор позитивної психотичної симптоматики. Меншою мірою призводять до переваги позитивної симптоматики проблеми з групою первинної підтримки, а саме виховання в неповній родині, антисоціальні батьки, виховання бабусею чи нянькою в повній родині, виховання в дитячому будинку.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Дослідивши фактори зовнішнього середовища, які впливають на маніфестацію, перебіг та розвиток дефектних станів при шизофренії, ми виявили, що їх дія є специфічною, а також встановили кореляційні зв'язки між самими факторами. Ця інформація в перспективі

дозволить уникати дії тих чи інших чинників, покращивши таким чином перебіг шизофренії, рівень соціального функціонування чи, навіть, допоможе запобігти маніфестації захворювання.

Список використаної літератури / References

1. *Cannabis use and psychosis: Re-visiting the role of childhood trauma* / J. E. Houston, J. Murphy, M. Shevlin [et al.] // *Psychol. Med.* – 2011. – № 41. – P. 2339–2348.
2. *Replication in two independent population-based samples that childhood maltreatment and cannabis use synergistically impact on psychosis risk* / M. Konings, N. Stefanis, R. Kuepper [et al.] // *Psychol. Med.* – 2012. – № 42. – P. 149–159.
3. *Cannabis, schizophrenia and other non-affective psychoses: 35 years of follow-up of a population-based cohort* / E. Manrique-Garcia, S. Zammit, C. Dalman [et al.] // *Psychol. Med.* – 2012. – № 42. – P. 1321–8.
4. *Parakh P. Cannabis and psychosis: Have we found the missing links?* / P. Parakh, D. Basu // *Asian. J. Psychiatr.* – 2013. – № 6. – P. 281–287.
5. *Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies* / Varese F, Smeets F, Drukker M [et al.] // *Schizophr Bull.* – 2012. – № 38 (4). – P. 661–671.

ФАКТОРЫ СРЕДЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ МАНИФЕСТАЦИИ И РИСКУ РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Ю.А. Крамар

Цель. Изучить степень корреляционных связей между факторами внешней среды и манифестацией, течением шизофрении.

Материалы и методы. Проводился скрининг больных шизофренией с целью изучения факторов внешней среды и степени их корреляции.

Результаты. Выделено 5 значимых факторов: 1) токсикоз матери при беременности, употребление лекарственных средств в этот период, перенесенные детские заболевания негативно коррелировали с длительностью заболевания; 2) гипоксия плода, перинатальная травма, осложненная наследственность, резус- или групповая несовместимость коррелировали с неблагоприятным течением шизофрении; 3) перенесенные заболевания матерью во время беременности, статус вне брака коррелировали с ранней манифестацией заболевания; 4) поздний возраст родителей при зачатии, осложнения во время родов, низкая оценка по шкале Апгар при рождении, употребление алкоголя в доманифестном периоде коррелировали с низким уровнем социального функционирования; 5) употребление каннабиноидов в молодом возрасте, проблемы с учебой в школе и неудовлетворительные материально-бытовые условия коррелировали с позитивной психотической симптоматикой.

Выводы. Разные факторы внешней среды часто становятся предшественниками шизофрении. Действие факторов внешней среды является специфичным, установлено корреляционные связи между самими факторами и течением шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, факторы риска, факторы внешней среды.

ENVIRONMENT FACTORS, WHICH PROMOTE ONSET AND RISK OF SCHIZOPHRENIA

Y.A. Kramar

The main aim was to observe level correlation relationship between environment factors and manifestation, course of schizophrenia.

Materials and methods. Screening patients with schizophrenia was conducted to observe environment factors and level their correlation.

Result. It were separated 5 relevant factors: 1) toxemia pregnant mother, consuming medication by her, children's disease had negatively correlation with duration of illness; 2) fetus hypoxia, perinatal injury, complicated inheritance, Rh or blood group conflict had correlation with unfavorable course of schizophrenia; 3) disease mother during pregnancy, not-married – early onset; 4) late age at conception, complication in childbirth; low mark Apgar score, consuming alcohol before manifestation – low level of social functions; 5) consuming cannabinoids at young age, problems in learning at school, unsatisfactory household material conditions – positive psychotic symptoms.

Conclusions. Different environment factors become predictors of schizophrenia. Environment factors effect is specific and was observed correlation relationships between this factors and course of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, risk factors, environmental factors.

О.М. Мишаківська

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ДЕМЕНЦІЄЮ,
ЯКІ ТРИВАЛО ПЕРЕБУВАЮТЬ У МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ:
РЕЗУЛЬТАТИ 6-МІСЯЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

o.myshakivska@gmail.com

Актуальність. Урбанізованість суспільства змінює традиційний уклад сімейного життя, що часто призводить до самотнього проживання людей похилого віку. Через відсутність родичів або при неможливості родичів опікуватись своїми рідними велика кількість пацієнтів з деменцією до останніх днів свого життя проживають у медико-соціальних закладах.

Мета дослідження – оцінка нейропсихіатричних симптомів та їх динаміки впродовж 6-місячного періоду спостереження у пацієнтів з деменцією, які тривало перебувають у медико-соціальних установах.

Матеріали й методи. Було тричі обстежено 99 пацієнтів з деменцією, які тривало перебували у медико-соціальних закладах охорони здоров'я. Когнітивні порушення у пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальника MMSE. Для виявлення нейропсихіатричних симптомів, які супроводжують деменцію, і вивчення їх динаміки протягом періоду дослідження було застосовано Нейропсихіатричний опитувальник NPI.

Результати. Виявлено, що більшість пацієнтів хворіють на деменцію тяжкого ступеня, переважає діагноз судинної деменції. У 28 обстежених (28,28%) пацієнтів в анамнезі було перенесене гостре порушення мозкового кровообігу, у 47 (47,47%) діагностовано серцеву недостатність. Більшість пацієнтів медико-соціальних закладів потребували постійного стороннього догляду. Ми проаналізували динаміку нейропсихіатричних симптомів. За час дослідження спостерігали позитивну динаміку окремих симптомів, а саме маячення ($p < 0,04$), його частоти ($p < 0,04$), вираженості ($p < 0,04$) та спричиненого даним симптомом дистресу доглядача ($p < 0,04$), а також частоти ($p < 0,005$) і вираженості ($p < 0,01$) депресії/дисфорії ($p < 0,02$) та дистресу доглядача ($p < 0,01$). Була виявлена тенденція до зниження галюцинацій ($p < 0,06$) між 3 та 6 місяцями спостереження, тенденція до зменшення розладів сну ($p < 0,09$). Виявлено клінічно значуще посилення апатії ($p < 0,001$), збільшення аномальної рухової активності ($p < 0,0003$), погіршення апетиту ($p < 0,04$).

Висновки. Виявлена протягом дослідження редукція одних нейропсихіатричних симптомів та посилення інших може бути як наслідком проведеної антипсихотичної терапії, так і результатом природного перебігу деменції. Це питання потребує подальшого вивчення.

Ключові слова:
деменція, стаціонарна
допомога,
нейропсихіатричні
симптоми.

Актуальність. Зростання урбанізованості суспільства змінює традиційний уклад сімейного життя, що часто призводить до самотнього проживання людей похилого віку. При розвитку когнітивних порушень, а згодом деменції, люди похилого віку втрачають здатність до самообслуговування, самостійного проживання, весь тягар опіки над ними зазвичай лягає на медичні установи. Через відсутність родичів або при неможливості родичів опікуватись своїми рідними ці пацієнти до останніх днів свого життя мешкають у медико-соціальних закладах. В Україні такими закладами є психіатричні лікарні, геріатричні пансіонати, хоспіси, психоневрологічні інтернати. Зростання численності людей похилого віку у світі, у тому числі й в Україні, обумовлює необхідність у переорієнтуванні медичної системи послуг на позалікарняні

форми обслуговування, які є економічно вигіднішими [1]. Низкою досліджень виявлено, що предикторами госпіталізації у медичні установи пацієнтів, які проживали в сім'ях, є раса/етнічність, тягар опіки за хворим на деменцію, який лягає на плечі родичів, загальне когнітивне функціонування пацієнта, поведінкові розлади [2, 3]. Доглядачі, які повідомляли, що догляд дає їм відчуття потрібності, корисності, цінності, рідше вдавалися до госпіталізації хворого родича. Також подружні пари, на відміну від доглядачів, які перебували у іншому родинному зв'язку з пацієнтом, відрізнялись за показником дистресу, про який вони повідомляли до та після госпіталізації. Подружні пари повідомляли про вищий рівень дистресу до та після поміщення у медичні установи та про більшу тривогу після виписки, порівняно з догля-

дачами, які перебували у іншій спорідненості [2]. У дослідженні, проведеному у восьми європейських країнах, у ході якого було опитано 786 доглядачів, встановлено, що основними причинами госпіталізації доглядачі називали нейропсихіатричні симптоми пацієнта (25%), його залежність від стороннього догляду (24%), когнітивні порушення (19%). Нейропсихіатричні симптоми були найчастішими причинами госпіталізації у більшості країн. 15% назвали причиною госпіталізації тягар опіки за хворим на деменцію та відсутність можливості доглядати за ним удома [4].

У подібних дослідженнях нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією, які тривало перебували у стаціонарах, були отримані наступні результати. Під час 53-місячного періоду спостереження за пацієнтами з деменцією було виявлено, що майже у кожного з них були наявні нейропсихіатричні симптоми, до того ж, з кожним наступним оглядом ступінь тяжкості деменції зростає. Зі збільшенням ступеня тяжкості деменції асоціювалось і зростання тяжкості проявів ажитації, психозу, апатії, але не афективних проявів [10]. Дослідження, проведене у Норвезькому будинку догляду, показало, що у 91,7% пацієнтів з деменцією було виявлено хоча б один клінічно значущий нейропсихіатричний симптом протягом 16-місячного періоду спостереження, при цьому найпоширенішими були дратівливість (63,5%), збудження (51,0%), розгальмованість (50,0%) [11].

Метою нашого дослідження була оцінка нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією, які тривало перебувають у медико-соціальних установах, та їх динаміки впродовж 6-місячного періоду спостереження. Такі дослідження в Україні раніше не проводились. Важливо було виявити, з якими симптомами у пацієнтів найчастіше стикався медичний персонал, який вплив на догляд відіграють нейропсихіатричні симптоми та який дистрес переживають при цьому доглядачі. Оскільки система охорони здоров'я в Україні орієнтована переважно на стаціонарну допомогу, а амбулаторні послуги, які широко застосовують у інших країнах, не впроваджені, проведене дослідження є актуальним. Його метою є вдосконалення медичних протоколів з надання догляду та лікування пацієнтів з деменцією, розробка нових алгоритмів амбулаторної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

У 2014–2016 роках проводилося 6-місячне спостереження за пацієнтами з деменцією, які тривало перебували у профільних медичних інституціях. Дослідження проводили у наступних закладах охорони здоров'я: Львівський геріатричний пансіонат, Обласний комунальний заклад “Психіатрична лікарня Миколаївського району”, Благодійна установа “Шпиталь імені Митрополита Андрея

Шептицького”, Комунальний заклад Львівської обласної ради “Грушківський психоневрологічний інтернат”. Було обстежено 99 пацієнтів, які хворіли на деменцію.

Дослідження проводили використовуючи опитувальники MMSE [5], NPI (Neuropsychiatric Inventory Scale) [6], CGI-S [13]. Когнітивні порушення у пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальника MMSE. Для виявлення нейропсихіатричних симптомів, які супроводжують деменцію, і вивчення їх динаміки протягом періоду дослідження було застосовано Нейропсихіатричний опитувальник NPI. Дані, отримані внаслідок опитування за шкалою NPI, ґрунтувались на відповідях медпрацівників, які щонайменше протягом останнього місяця здійснювали догляд за пацієнтом. Використовуючи цю шкалу тричі здійснювали оцінку та вивчали динаміку дистресу особи, яка доглядала за хворим у стаціонарі та надавала про нього дані. Шкалу CGI-S застосовували для встановлення ступеня тяжкості деменції. Для статистичної обробки використовували пакет прикладних програм STATISTICA 5.0 (StatSoft Inc.1998). Динаміку даних оцінювали за парним критерієм Вілкоксона.

Результати та їх обговорення

Соціодемографічна характеристика пацієнтів відображена у таблиці 1. Медіана віку пацієнтів становила 79 років, мінімальний вік пацієнта – 43 роки, максимальний – 92 роки.

У 13 (13,13%) пацієнтів було діагновено деменцію при хворобі Альцгеймера, у 85 (85,86%) пацієнтів – судинну деменцію, у 1 (1,01%) пацієнта – деменцію при хворобі Паркінсона. У 28 (28,28%) пацієнтів з усієї обстеженої групи в анамнезі було перенесене гостре порушення мозкового кровообігу, у 47 (47,47%) діагновено серцеву недостатність. Більшість пацієнтів досліджуваної групи не контролювали фізіологічні відправлення: у 37 (37,4%) було нетримання сечі, у 45 (45,4%) нетримання сечі та калу. У 17 (17,2%) пацієнтів фізіологічні відправлення не були порушені. Проблеми з ходою, пересуванням виникали у 45 (45,5%) пацієнтів, 25 (25,2%) пацієнтів пересувались самостійно, 29 (29,3%) були лежачими. За ступенем тяжкості деменції (опитувальник CGI-S) і при первинному (ПО), і при повторних оглядах на 3 та 6 місяцях обстеження переважали пацієнти з тяжким ступенем деменції. Впродовж 6-місячного періоду, за результатами трьох обстежень кожного пацієнта (ПО, огляд через 3 та через 6 місяців), було виявлено клінічно значуще зниження загального бала за даною шкалою ($P < 0,001$). Клінічно значуще зниження загального бала за шкалою MMSE спостерігали і при порівнянні балів ПО та огляду через 3 місяці (P_{0-3}); балів ПО та огляду через 6 місяців (P_{0-6}); при порівнянні балів при огляді через 3 місяці та через 6 місяців (P_{3-6}). У таблиці 2 наведені отримані результати.

Таблиця 1. Соціодемографічна характеристика пацієнтів

Сімейний стан		Освіта		Соціально-професійна характеристика	
Стан	абс, (%)	Рівень освіти	абс, (%)	Кваліфікація	абс, (%)
Одружені	5 (5,1%)	Неповна середня	23 (23,2%)	Низькокваліфікована праця	41 (41,4%)
Неодружені	39 (39,4%)	Середня	31 (31,3%)	Високкокваліфікована праця	38 (38,4%)
Вдівець/вдова	42 (42,4%)	Середня-спеціальна	26 (26,3%)	Праця середнього рівня кваліфікації	20 (20,2%)
Розлучені	13 (13,1%)	Вища	19 (19,2%)		

Протягом 6-місячного періоду спостереження виявлено значуще зменшення кількості хворих з маяченням ($p < 0,04$), частоти симптому ($p < 0,04$), вираженості ($p < 0,04$) та спричиненого даним симптомом дистресу доглядача ($p < 0,04$). За цей же період спостерігали і значуще зниження депресії/дисфорії ($p < 0,02$), її частоти ($p < 0,006$), вираженості ($p < 0,01$), дистресу доглядача ($p < 0,01$). За показником «галюцинації» на етапі між 3 та 6 місяцями спостереження виявлені тенденція до зниження ($p < 0,06$) галюцинацій, клінічно значуще зниження частоти симптому ($p < 0,017$), його вираженості ($p < 0,036$) та дистресу доглядача ($p < 0,011$). За весь період дослідження спостерігали посилення апатії/байдужості ($p < 0,001$), її частоти ($p < 0,000$), вираженості ($p < 0,000$) та дистресу доглядача ($p < 0,000$). Впродовж перших 3 місяців спостерігали тенденцію до зменшення розладів сну ($p < 0,09$), зменшення частоти ($p < 0,019$), вираженості ($p < 0,006$), дистресу доглядача ($p < 0,009$). Проте загалом, порівнюючи періоди первинного огляду та огляду на 6 місяці, ми виявили значуще зменшення лише вираженості розладів сну ($p < 0,04$) та дистресу доглядача ($p < 0,04$). Протягом 6-місячного спостереження було виявлено збільшення тривоги ($p < 0,05$), тенденцію до збільшення її частоти ($p < 0,05$), вираженості ($p < 0,08$), при цьому була відсутня клінічно значуща зміна дистресу доглядача ($p < 0,1$). У перші 3 місяці дослідження прослідковувалось чітке, клінічно значуще збільшення тривоги ($p < 0,02$), частоти даного симптому ($p < 0,03$), його вираженості ($p < 0,03$), але дистрес доглядача ($p < 0,09$) не змінювався. У період між ПО та 3 місяцем спостереження виявлено збільшення кількості пацієнтів зі збудженням/агресією ($p < 0,04$), при цьому частота, вираженість та дистрес клінічно значуще не змінювалися. Клінічно значуще збільшення аномальної рухової активності спостерігали впродовж усього періоду дослідження ($p < 0,0003$), зростали і частота ($p < 0,000$), і вираженість даного симптому ($p < 0,000$), а також дистрес доглядача ($p < 0,0001$). Значуще погіршення апетиту ($p < 0,03$), частоти ($p < 0,01$), вираженості ($p < 0,04$) спричиняло підвищення дистресу доглядача ($p < 0,02$), було виявлено при порівнянні даних, отриманих на 6 місяці огляду та при первинному огляді. Оцінюючи дратівливість/лабільність, між 3 та 6 місяцями спостереження отримано наступні дані: зниження частоти даного симптому ($p < 0,01$) приводило до значущого зниження дистресу доглядача ($p < 0,01$). При аналізі симптомів розгальмованості та піднятого настрою/ейфорії значущих змін виявлено не було. Результати оцінки динаміки нейропсихіатричних симптомів у хворих на деменцію та їх вплив на дистрес доглядача представлені у таблицях 3–6.

У результаті аналізу було встановлено, що більшість пацієнтів медико-соціальних закладів охорони здоров'я в Україні, хворих на деменцію, потребують постійного стороннього догляду, оскільки нездатні самостійно проживати та задовольняти свої життєві потреби. Переважання у досліджуваній групі діагнозу судинної деменції збігається з загальними статистичними даними щодо захворюваності на судинну деменцію в Україні [7], якій у розвинених країнах часто вдається запобігти шляхом профілактики розвитку серцево-судинної патології, раннього лікування захворювань. Впродовж періоду дослідження спостерігали ефективну редукцію симптомів маячення та депресії, також була виявлена тенденція до зниження галюцинацій та розладів сну. Маячення та депресія, а також збудження/агресія

можуть бути предикторами швидкого прогресу деменції до важкого ступеня [8]. Так само, як клінічно значуще посилення апатії, розладів апетиту, аномальної рухової активності є симптомами, які супроводжують деменцію важкого ступеня при втраті пацієнтами навичок та когнітивних функцій [9].

Подібні дослідження динаміки нейропсихіатричних симптомів у пацієнтів з деменцією, які тривало перебувають у медико-соціальних установах, в Україні проведені вперше. Було проаналізовано соціодемографічні особливості групи, вивчено, з якими симптомами найчастіше зустрічається персонал та який при цьому переживає дистрес. Досліджено, що протягом періоду спостереження редукція одних нейропсихіатричних симптомів (маячення, депресія/дисфорія, тенденції до зниження галюцинацій, розладів сну) змінювалась посиленням інших (апатія, аномальна рухова активність, розлади апетиту), що може бути наслідком проведеного антипсихотичного лікування або природного перебігу захворювання та потребує подальшого вивчення.

Висновки та перспективи подальших досліджень

Більшість пацієнтів, які тривало проживають у медико-соціальних установах Львова та Львівської області, є самотніми людьми старечого віку з деменцією важкого ступеня, які потребують постійного стороннього догляду та професійного нагляду.

Протягом періоду дослідження у групі спостерігали позитивну динаміку симптомів маячення ($p < 0,04$) та депресії/дисфорії ($p < 0,02$). Були виявлені тенденція до зниження галюцинацій ($p < 0,06$) між 3 та 6 місяцями спостереження, тенденція до зменшення розладів сну ($p < 0,09$). Виявлено клінічно значуще посилення апатії ($p < 0,001$), збільшення аномальної рухової активності ($p < 0,0003$), погіршення апетиту ($p < 0,04$).

Виявлена протягом дослідження редукція одних нейропсихіатричних симптомів на протигагу посиленню інших може бути як наслідком проведеної антипсихотичної терапії, так і результатом природного перебігу деменції. Це питання потребує подальшого вивчення.

У наступних дослідженнях вважаємо за доцільне порівняти динаміку нейропсихіатричних симптомів, виявлену у стаціонарних пацієнтів, з динамікою нейропсихіатричних симптомів, виявлених під час попередніх досліджень у амбулаторних пацієнтів з деменцією [12]; порівняти дистрес професійних медичних доглядачів та доглядачів амбулаторних, якими найчастіше є родичі; вивчити вплив медикаментів і дослідити, препарати якої групи мали клінічно значущий вплив на симптоми.

Таблиця 2. Динаміка когнітивного статусу пацієнтів, оцінена за шкалою MMSE (бали)

Періодичність огляду	MMSE, бали	P		
	Медіана (мінімум-максимум) [25%-75%]	p_{0-3^*}	p_{0-6^*}	p_{3-6^*}
ПО	9 (0-24) [5-14]			
Огляд через 3 місяці	9 (0-21) [4-12]	<0,001	<0,001	<0,001
Огляд через 6 місяців	7 (0-19) [1-11]			

Примітка. * За парним критерієм Вілкоксона.

Таблиця 3. Динаміка маячення, галюцинацій та збудження/агресії протягом дослідження

Нейропсихіатричний симптом		Ознака	ПО	Огляд через 3 місяці	Огляд через 6 місяців	p		
			Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	p _{0-3*}	p _{0-6*}	p _{3-6*}
МАЯЧЕННЯ		Так	6 (6,06)	1 (1,01)	1 (1,01)	0,043	0,043	>0,5
		Ні	93 (93,94)	98 (98,99)	98 (98,99)			
	Частота	Не було	93 (93,94)	98 (98,99)	98 (98,99)	0,043	0,043	>0,5
		Рідко	2 (2,02)	1 (1,01)	1 (1,01)			
		Інколи	1 (1,01)	0	0			
		Часто	3 (3,03)	0	0			
	Вираженість	Не було	93 (93,94)	98 (98,99)	98 (98,99)	0,043	0,043	>0,5
		Легка	1 (1,01)	1 (1,01)	1 (1,01)			
		Помірна	4 (4,04)	0	0			
		Сильна	1 (1,01)	0	0			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	93 (93,94)	98 (98,99)	98 (98,99)	0,043	0,043	>0,5
		Мінімальний	1 (1,01)	0	0			
		Легкий	0	0	1 (1,01)			
		Помірний	3 (3,03)	1 (1,01)	0			
		Тяжкий	2 (2,02)	0	0			
ГАЛЮЦИНАЦІЇ		Галюцинації є	17 (17,17)	18 (18,18)	14 (14,14)	>0,5	>0,5	0,06
		Галюцинації відсутні	82 (82,83)	81 (81,82)	85 (85,86)			
	Частота	Не було	82 (82,83)	81 (81,82)	85 (85,86)	>0,5	0,053	0,017
		Рідко	1 (1,01)	4 (4,04)	4 (4,04)			
		Інколи	9 (9,09)	8 (8,08)	6 (6,06)			
		Часто	6 (6,06)	4 (4,04)	3 (3,03)			
		Дуже часто	1 (1,01)	2 (2,02)	1 (1,01)			
	Вираженість	Не було	82 (82,83)	81 (81,82)	85 (85,86)	>0,5	>0,5	0,036
		Легка	1 (1,01)	5 (5,05)	5 (5,05)			
		Помірна	13 (13,13)	9 (9,09)	6 (6,06)			
		Сильна	3 (3,03)	4 (4,04)	3 (3,03)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	82 (82,83)	82 (82,83)	85 (85,86)	>0,5	0,13	0,011
		Мінімальний	0	1 (1,01)	1 (1,01)			
		Легкий	1 (1,01)	1 (1,01)	4 (4,04)			
		Помірний	12 (12,12)	10 (10,10)	6 (6,06)			
		Тяжкий	4 (4,04)	5 (5,05)	3 (3,03)			
ЗБУДЖЕННЯ/ АГРЕСІЯ		Так	33 (33,33)	42 (42,42)	41 (41,41)	0,0409	0,1169	>0,5
		Ні	66 (66,67)	57 (57,58)	58 (58,59)			
	Частота	Не було	66 (66,67)	57 (57,58)	58 (58,59)	0,15	>0,5	>0,5
		Рідко	1 (1,01)	3 (3,03)	2 (2,02)			
		Інколи	9 (9,09)	20 (20,20)	20 (20,20)			
		Часто	21 (21,21)	18 (18,18)	15 (15,15)			
		Дуже часто	2 (2,02)	1 (1,01)	4 (4,04)			
	Вираженість	Не було	66 (66,67)	57 (57,58)	58 (58,59)	0,14	>0,5	>0,5
		Легка	1 (1,01)	3 (3,03)	6 (6,06)			
		Помірна	17 (17,17)	30 (30,30)	28 (28,28)			
		Сильна	15 (15,15)	9 (9,09)	7 (7,07)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	66 (66,67)	57 (57,58)	58 (58,59)	0,17	>0,5	>0,5
		Мінімальний	0	0	1 (1,01)			
		Легкий	0	4 (4,04)	5 (5,05)			
		Помірний	12 (12,12)	21 (21,21)	16 (16,16)			
		Тяжкий	19 (19,19)	16 (16,16)	17 (17,17)			
		Дуже тяжкий	2 (2,02)	1 (1,01)	2 (2,02)			

Таблиця 4. Динаміка депресії/дисфорії, тривоги та піднесеного настрою/ейфорії протягом дослідження

Нейропсихіатричний симптом		Ознака	по	Огляд через 3 місяці	Огляд через 6 місяців	р		
			Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	р _{0-3*}	р _{0-6*}	р _{3-6*}
ДЕПРЕСІЯ/ДИСФОРІЯ		Так	19 (19,19)	19 (19,19)	10 (10,1)	1	0,027	0,016
		Ні	80 (80,81)	80 (80,81)	89 (89,9)			
	Частота	Не було	80 (80,81)	80 (80,81)	89 (89,9)	0,787	0,006	0,003
		Рідко	2 (2,02)	0	2 (2,02)			
		Інколи	9 (9,09)	12 (12,12)	5 (5,05)			
		Часто	7 (7,07)	6 (6,06)	3 (3,03)			
		Дуже часто	1 (1,01)	1 (1,01)	0			
	Вираженість	Не було	80 (80,81)	80 (80,81)	89 (89,9)	0,584	0,012	0,004
		Легка	3 (3,03)	1 (1,01)	2 (2,02)			
		Помірна	14 (14,14)	16 (16,16)	8 (8,08)			
		Сильна	2 (2,02)	2 (2,02)	0			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	80 (80,81)	80 (80,81)	90 (90,91)	0,398	0,011	0,005
		Мінімальний	2 (2,02)	3 (3,03)	0			
		Легкий	5 (5,05)	1 (1,01)	2 (2,02)			
		Помірний	11 (11,11)	12 (12,12)	7 (7,07)			
		Тяжкий	1 (1,01)	3 (3,03)	0			
ТРИВОГА		Так	43 (43,43)	54 (54,55)	55 (55,56)	0,019	0,048	>0,5
		Ні	56 (56,57)	45 (45,45)	44 (44,44)			
	Частота	Не було	56 (56,57)	45 (45,45)	44 (44,44)	0,037	0,056	>0,5
		Рідко	1 (1,01)	3 (3,03)	3 (3,03)			
		Інколи	19 (19,19)	23 (23,23)	24 (24,24)			
		Часто	21 (21,21)	27 (27,27)	26 (26,26)			
		Дуже часто	2 (2,02)	1 (1,01)	2 (2,02)			
	Вираженість	Не було	56 (56,57)	45 (45,45)	44 (44,44)	0,035	0,081	>0,5
		Легка	2 (2,02)	4 (4,04)	6 (6,06)			
		Помірна	37 (37,37)	48 (48,48)	46 (46,46)			
		Сильна	4 (4,04)	2 (2,02)	3 (3,03)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	56 (56,57)	48 (48,48)	46 (46,46)	0,094	0,110	>0,5
		Мінімальний	1 (1,01)	3 (3,03)	3 (3,03)			
		Легкий	7 (7,07)	9 (9,09)	10 (10,10)			
		Помірний	30 (30,30)	30 (30,30)	29 (29,29)			
		Тяжкий	5 (5,05)	9 (9,09)	11 (11,11)			
ПІДНЕСЕНИЙ НАСТРІЙ/ЕЙФОРІЯ		Так	3 (3,03)	1 (1,01)	2 (2,02)	>0,2	>0,2	>0,2
		Ні	96 (96,97)	98 (98,99)	97 (97,98)			
	Частота	Не було	96 (96,97)	98 (98,99)	97 (97,98)	>0,2	>0,2	>0,2
		Рідко	2 (2,02)	0	0			
		Інколи	0	0	0			
		Часто	1 (1,01)	1 (1,01)	2 (2,02)			
	Вираженість	Не було	96 (96,97)	98 (98,99)	97 (97,98)	>0,2	>0,2	>0,2
		Легка	2 (2,02)	0	0			
		Помірна	1 (1,01)	1 (1,01)	2 (2,02)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	96 (96,97)	98 (98,99)	97 (97,98)	>0,2	>0,2	>0,2
		Мінімальний	2 (2,02)	0	0			
		Легкий	1 (1,01)	1 (1,01)	1 (1,01)			
		Помірний	0	0	1 (1,01)			

Таблиця 5. Динаміка апатії/байдужості, розгальмованості та дратівливості /лабільності протягом дослідження

Нейропсихіатричний симптом		Ознака	по	Огляд через 3 місяці	Огляд через 6 місяців	р		
			Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	р _{0-3*}	р _{0-6*}	р _{3-6*}
АПАТІЯ/БАЙДУЖІСТЬ		Так	69 (69,70)	77 (77,78)	83 (83,84)	0,0117	0,0010	0,0277
		Ні	30 (30,30)	22 (22,22)	16 (16,16)			
	Частота	Не оцінювалась	30 (30,30)	22 (22,22)	16 (16,16)	0,0002	0,0000	0,0002
		Рідко	0	0	0			
		Інколи	3 (3,03)	3 (3,03)	4 (4,04)			
		Часто	37 (37,37)	36 (36,36)	29 (29,29)			
		Дуже часто	29 (29,29)	38 (38,38)	50 (50,51)			
	Вираженість	Не було	30 (30,30)	22 (22,22)	16 (16,16)	0,0002	0,0000	0,0007
		Легка	2 (2,02)	1 (1,01)	1 (1,01)			
		Помірна	26 (26,26)	25 (25,25)	20 (20,20)			
		Сильна	41 (41,41)	51 (51,52)	62 (62,63)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	30 (30,30)	22 (22,22)	16 (16,16)	0,0000	0,0000	0,0001
		Легкий	4 (4,04)	3 (3,03)	5 (5,05)			
		Помірний	14 (14,14)	17 (17,17)	14 (14,14)			
		Тяжкий	23 (23,23)	19 (19,19)	16 (16,16)			
		Дуже тяжкий	28 (28,28)	38 (38,38)	48 (48,48)			
РОЗГАЛЬМОВАНІСТЬ		Так	14 (14,14)	13 (13,13)	12 (12,12)	>0,2	>0,2	>0,2
		Ні	85 (85,86)	86 (86,87)	87 (87,88)			
	Частота	Не оцінювалась	85 (85,86)	86 (86,87)	87 (87,88)	0,06	>0,2	>0,2
		Рідко	1 (1,01)	1 (1,01)	0			
		Інколи	1 (1,01)	3 (3,03)	6 (6,06)			
		Часто	11 (11,11)	8 (8,08)	6 (6,06)			
		Дуже часто	1 (1,01)	1 (1,01)	0			
	Вираженість	Не оцінювалась	85 (85,86)	86 (86,87)	87 (87,88)	>0,2	>0,2	>0,2
		Легка	0	0	0			
		Помірна	5 (5,05)	5 (5,05)	6 (6,06)			
		Сильна	9 (9,09)	8 (8,08)	6 (6,06)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	85 (85,86)	86 (86,87)	87 (87,88)	>0,2	>0,2	>0,2
		Мінімальний	0	0	0			
		Легкий	0	1 (1,01)	1 (1,01)			
		Помірний	4 (4,04)	3 (3,03)	3 (3,03)			
		Тяжкий	9 (9,09)	7 (7,07)	7 (7,07)			
		Дуже тяжкий	1 (1,01)	2 (2,02)	1 (1,01)			
ДРАТІВЛИВІСТЬ/ЛАБІЛЬНІСТЬ		Так	35 (35,35)	38 (38,38)	35 (35,35)	>0,2	>0,2	>0,2
		Ні	64 (64,65)	61 (61,62)	64 (64,65)			
	Частота	Не оцінювалась	64 (64,65)	61 (61,62)	64 (64,65)	>0,2	>0,2	0,0166
		Рідко	0	0	1 (1,01)			
		Інколи	12 (12,12)	16 (16,16)	17 (17,17)			
		Часто	21 (21,21)	21 (21,21)	17 (17,17)			
		Дуже часто	2 (2,02)	1 (1,01)	0			
	Вираженість	Не було	64 (64,65)	61 (61,62)	64 (64,65)	>0,2	>0,2	0,1282
		Легка	1 (1,01)	0	1 (1,01)			
		Помірна	19 (19,19)	29 (29,29)	24 (24,24)			
		Сильна	15 (15,15)	9 (9,09)	10 (10,10)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	64 (64,65)	61 (61,62)	64 (64,65)	>0,2	>0,2	0,0186
		Мінімальний	0	0	0			
		Легкий	1 (1,01)	2 (2,02)	5 (5,05)			
		Помірний	18 (18,18)	22 (22,22)	18 (18,18)			
		Тяжкий	14 (14,14)	13 (13,13)	12 (12,12)			
		Дуже тяжкий	2 (2,02)	1 (1,01)	0			

Таблиця 6. Динаміка аномальної рухової активності, розладів сну та поведінки вночі, розладів апетиту та поведінки пов'язаної з прийомом їжі протягом дослідження

Нейропсихіатричний симптом		Ознака	по	Огляд через 3 місяці	Огляд через 6 місяців	р		
			Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	р _{0-3*}	р _{0-6*}	р _{3-6*}
АНОМАЛЬНА РУХОВА АКТИВНІСТЬ		Так	34 (34,34)	50 (50,51)	57 (57,58)	0,0025	0,0003	0,0619
		Ні	65 (65,66)	49 (49,49)	42 (42,42)			
	Частота	Не було	65 (65,66)	49 (49,49)	42 (42,42)	0,0005	0,0000	0,0190
		Рідко	0	0	0			
		Інколи	4 (4,04)	9 (9,09)	15 (15,15)			
		Часто	21 (21,21)	31 (31,31)	25 (25,25)			
		Дуже часто	9 (9,09)	10 (10,10)	17 (17,17)			
	Вираженість	Не було	65 (65,66)	49 (49,49)	42 (42,42)	0,0006	0,0000	0,0106
		Легка	2 (2,02)	2 (2,02)	1 (1,01)			
		Помірна	18 (18,18)	30 (30,30)	31 (31,31)			
		Сильна	14 (14,14)	18 (18,18)	25 (25,25)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	65 (65,66)	49 (49,49)	42 (42,42)	0,0012	0,0001	0,0129
		Мінімальний	2 (2,02)	1 (1,01)	0			
		Легкий	2 (2,02)	11 (11,11)	17 (17,17)			
		Помірний	11 (11,11)	14 (14,14)	12 (12,12)			
		Тяжкий	12 (12,12)	19 (19,19)	20 (20,20)			
		Дуже тяжкий	7 (7,07)	5 (5,05)	8 (8,08)			
РОЗЛАДИ СНУ ТА ПОВЕДІНКИ ВНОЧІ		Так	53 (53,54)	45 (45,45)	46 (46,46)	0,098	>0,2	>0,2
		Ні	46 (46,46)	54 (54,55)	53 (53,54)			
	Частота	Не було	46 (46,46)	54 (54,55)	53 (53,54)	0,019	0,121	>0,2
		Рідко	8 (8,08)	7 (7,07)	7 (7,07)			
		Інколи	9 (9,09)	15 (15,15)	12 (12,12)			
		Часто	33 (33,33)	22 (22,22)	25 (25,25)			
		Постійно	3 (3,03)	1 (1,01)	2 (2,02)			
	Вираженість	Не було	46 (46,46)	54 (54,55)	53 (53,54)	0,006	0,046	>0,2
		Легка	6 (6,06)	10 (10,10)	10 (10,10)			
		Помірна	25 (25,25)	23 (23,23)	22 (22,22)			
		Сильна	22 (22,22)	12 (12,12)	14 (14,14)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	46 (46,46)	54 (54,55)	53 (53,54)	0,009	0,038	>0,5
		Мінімальний	4 (4,04)	7 (7,07)	6 (6,06)			
		Легкий	6 (6,06)	6 (6,06)	6 (6,06)			
		Помірний	14 (14,14)	13 (13,13)	13 (13,13)			
		Тяжкий	24 (24,24)	17 (17,17)	18 (18,18)			
		Дуже тяжкий	5 (5,05)	2 (2,02)	2 (2,02)			
РОЗЛАДИ АПЕТИТУ ТА ПОВЕДІНКИ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ПРИЙОМОМ ЇЖІ		Наявні	20 (20,20)	22 (22,22)	30 (70,30)	>0,5	0,028	0,060
		Відсутні	79 (79,80)	77 (77,78)	69 (69,70)			
	Частота	Не було	79 (79,80)	77 (77,78)	69 (69,70)	>0,5	0,018	0,041
		Рідко	0	0	0			
		Інколи	1 (1,01)	1 (1,01)	3 (3,03)			
		Часто	13 (13,13)	15 (15,15)	18 (18,18)			
		Дуже часто	6 (6,06)	6 (6,06)	8 (8,08)			
	Вираженість	Не було	79 (79,80)	77 (77,78)	69 (69,70)	>0,5	0,043	0,070
		Легка	20 (20,20)	1 (1,01)	2 (2,02)			
		Помірна	0	11 (11,11)	13 (13,13)			
		Сильна	0	10 (10,10)	15 (15,15)			
	Дистрес доглядача	Зовсім ні	79 (79,80)	77 (77,78)	69 (69,70)	>0,5	0,020	0,043
		Легкий	1 (1,01)	1 (1,01)	4 (4,04)			
		Помірний	7 (7,07)	8 (8,08)	8 (8,08)			
		Тяжкий	7 (7,07)	8 (8,08)	10 (10,10)			
		Дуже тяжкий	5 (5,05)	5 (5,05)	8 (8,08)			

Список використаної літератури

1. Чайковська В. В. Сучасний стан і перспективи розвитку гериатричної допомоги населенню України / В. В. Чайковська // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, № 3 (74). – С. 59–62.
2. Schulz R. Long-term Care Placement of Dementia Patients and Caregiver Health and Well-being / R. Schulz, S. Belle, S. Czaja // *JAMA*. – 2004. – Vol. 292, № 8. – P. 961–967.
3. Patient and Caregiver Characteristics and Nursing Home Placement in Patients With Dementia / K. Yaffe, P. Fox, R. Newcomer, L. Sands // *JAMA*. – 2002. – Vol. 287, № 16. – P. 2090–2097.
4. Reasons for Institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries / B. Afram, A. Stephan, H. Verbeek, M. Bleijlevens // *J. Am. Med. Dir. Assoc.* – 2014. – Vol. 15, № 2. – P. 108–116.
5. Powsner S. Cognition, copyright, and the classroom / S. Powsner, D. Powsner // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162, № 3. – P. 627–628.
6. Пінчук І. Я. Шкала Neuropsychiatric Inventory (NPI) як валідний інструмент оцінювання психопатологічних порушень при деменціях та інших органічних ураженнях мозку: українська адаптована версія та досвід застосування / І. Я. Пінчук, О. А. Левада, Н. В. Череди́нченко // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, № 3. – С. 63–68.
7. Пінчук І. Я. Актуальні питання надання психіатричної допомоги хворим на деменцію / І. Я. Пінчук, О. М. Мишаківська // *НейроNEWS*. – 2014. – № 3 (58). – С. 20–25.
8. Peters M. Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death: the Cache County Dementia Progression Study / M. Peters, S. Schwartz, D. Han // *Am. J. Psychiatry*. – 2015. – Vol. 172, № 5. – P. 460–465.
9. Cerejeira J. Behavioral and psychological symptoms of dementia / J. Cerejeira, L. Lagarto, E. Mukaetova-Ladinska // *Front. Neurol.* – 2012. – Vol. 3, № 73. – P. 1–21.
10. The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period / G. Selbaek, K. Engedal, J. Benth, S. Bergh // *Int. Psychogeriatr.* – 2014. – Vol. 26, № 1. – P. 81–91.
11. The course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes / S. Bergh, K. Engedal, I. Roen, G. Selbaek // *Int. Psychogeriatr.* – 2011. – Vol. 23, № 8. – P. 1231–1239.
12. Мишаківська О. М. Нейропсихіатричні симптоми, асоційовані з деменцією, їх корекція в позалікарняних умовах та вплив на тягар опіки доглядача / О. М. Мишаківська // *Ліки України плюс*. – 2016. – № 1 (26). – С. 74–77.
13. *Clinical Global Impressions (CGI) Scale* / W. Guy, J. Rush [et al.] // *Psychiatric Measures*, APA. – 2000

References

1. Chaykovska V., Suchasnyy stan i perspektivy rozvytku geriatrychnoi dopomogy naselennu Ukrainy [Current status and prospects of geriatric population by Ukraine] *Arhiv Psichiatrii- Archives of Psychiatry*, 2013, vol. 19, no. 3 (74), pp. 59–62.
2. Schulz, R., Belle, S., Czaja, S., et al. (2004). Long-term Care Placement of Dementia Patients and Caregiver Health and Well-being. *JAMA*, 292(8), 961–967. doi: 10.1001/jama.292.8.961
3. Yaffe, K., Fox, P., Newcomer, R., Sands, L., et al. (2002). Patient and Caregiver Characteristics and Nursing Home Placement in Patients With Dementia. *JAMA*, 287(16), 2090–2097. doi: 10.1001/jama.287.16.2090
4. Afram, B., Stephan, A., Verbeek, H., Bleijlevens, M., et al. (2014). Reasons for Institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, 15 (2), 108–116. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.012
5. Powsner, S., Powsner, D. (2005). Cognition, copyright, and the classroom. *Am. J. Psychiatry*, 162 (3), 627–628. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.627-a
6. Pinchuk, I.Y., Levada, O. A., Cherednichenko, N. V., Shkala Neuropsychiatric Inventory (NPI) jak validnyy instrument ocinuvannya psyhopatologichnyh porushen pry demenciayah ta inshykh organichnyh urazhennah mozku: ukrainська адаптована версія та dosvid zastosuvannya [The Neuropsychiatric Inventory (NPI) as valid tool to assess psychopathological disorders in dementia and other organic brain damage: Ukrainian adapted version and experience of application] *Arhiv Psichiatrii- Archives of Psychiatry*, 2013, no.19 (3), pp.63–68.
7. Pinchuk I., Myshakivska O., Aktualni pytannya nadannya psichiatrychnoi dopomogy hvorym na demenciu [Actual questions of the psychiatric caregiving for patients with dementia] *NejroNEWS – NeuroNEWS*, 2014, no 3 (58), pp. 20–25.
8. Peters, M., Schwartz, S., Han, D., et al. (2015). Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death: the Cache County Dementia Progression Study. *Am. J. Psychiatry*, 172 (5), 460–465. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14040480
9. Cerejeira, J., Lagarto, L., Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front. Neurol.*, 3(3), 73. doi: 10.3389/fneur.2012.00073.
10. Selbaek, G., Engedal, K., Benth, J.S., Bergh, S. (2014). The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int. Psychogeriatr.*, 26 (1), 81–91. doi:10.1017/S1041610213001609.
11. Bergh, S., Engedal, K., Roen, I., Selbaek, G. (2011). The course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes. *Int. Psychogeriatr.*, 23 (8), 1231–9.
12. Myshakivska, O.M., Neipsyhiatrychni symptomy, asociovani z demencieu, jih korekcija v pozalikalnykh umovah ta vplyv na tiagar opyky dogladacha [Neuropsychiatric symptoms associated with dementia, their correction in outpatient dementia patients and influence for the caregiver burden] *Liky Ukrainy plus*, 2016, no. 1(26), pp. 74–77.
13. Guy, W., Rush, J., et al. (2000). *Clinical Global Impressions (CGI) Scale*. *Psychiatric Measures*, APA.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: РЕЗУЛЬТАТЫ 6-МЕСЯЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

О.М. Мышаківська

Актуальность. Урбанизированность общества меняет традиционный уклад семейной жизни, что часто приводит к одинокому проживанию пожилых людей. Из-за отсутствия родственников, или при невозможности родственников заботиться о своих родных, большое количество пациентов с деменцией до последних дней своей жизни находятся в медико-социальных учреждениях.

Цель исследования – оценка нейропсихиатрических симптомов и их динамики в течение 6-месячного периода наблюдения у пациентов с деменцией, длительно находящихся в медико-социальных учреждениях.

Материалы и методы. Было трижды обследовано 99 пациентов с деменцией, длительно находившихся в медико-социальных учреждениях. Оценка когнитивных нарушений у пациентов осуществлялась с помощью опросника MMSE. Для выявления сопутствующих деменции нейропсихиатрических симптомов и изучения их динамики в течение периода исследования был применен нейропсихиатрический опросник NPI.

Результаты. Установлено, что большинство пациентов страдают деменцией тяжелой степени, с преобладающим диагнозом сосудистой деменции. В обследованной группе у 28 (28,28%) пациентов в анамнезе было перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, у 47 (47,47%) диагностирована сердечная недостаточность. Большинство пациентов медико-социальных учреждений нуждались в постоянном постороннем уходе. Проведен анализ динамики нейропсихиатрических симптомов.

За время исследования наблюдалась положительная динамика отдельных симптомов: бреда ($p < 0,04$), его частоты ($p < 0,04$), выраженности ($p < 0,04$) и вызванного данным симптомом дистресса опекуна ($p < 0,04$), а также частоты ($p < 0,005$), выраженности ($p < 0,01$) депрессии/дисфории ($p < 0,02$) и дистресса опекуна ($p < 0,01$). Присутствовала тенденция к снижению галлюцинаций ($p < 0,06$) между 3 и 6 месяцами наблюдения, тенденция к уменьшению расстройств сна ($p < 0,09$). Выявлено клинически значимое усиление апатии ($p < 0,001$), увеличение аномальной двигательной активности ($p < 0,0003$), ухудшение аппетита ($p < 0,04$).

Выводы. Обнаруженная в ходе исследования редукция одних нейропсихиатрических симптомов, в отличие от усиления других, может быть следствием проводимой антипсихотической терапии или результатом естественного хода деменции. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Ключевые слова: деменция, стационарная помощь, нейропсихиатрические симптомы.

CHARACTERISTICS OF THE MENTAL STATE INPATIENTS WITH DEMENTIA: RESULTS OF THE 6-MONTH OBSERVATION

О.М. Myshakivska

Background. Urbanization of society changes the traditional way of family life, that often leads to lonely living of elderly. Due to absence of relatives or lack of possibility to take care, many of demetia patients spend their last days in health or social care institutions.

Objective. Assessment of neuropsychiatric symptoms and their dynamics in patients with dementia during the 6-month observation period, that were staying for the long period of time in health care or social care facilities.

Methods and materials. 99 inpatient dementia patients that were staying for the long period of time in health care or social care facilities were examined three times during the 6-th month period. Cognitive impairment was evaluated by MMSE scale. Using the NPI questionnaire the neuropsychiatric symptoms were revealed, their dynamics were studied.

Results. By our study it was revealed that the most of the patients suffering from severe dementia, have prevailing diagnosis of vascular dementia. Among them 28 (28,28%) patients had a history of stroke, in 47 (47,47%) patients were diagnosed heart failure. Most of the inpatients with dementia, that were staying in health care or social care facilities, required constant care. The dynamics of neuropsychiatric symptoms were further analyzed. Positive dynamics of delusions ($p < 0,04$), its frequency ($p < 0,04$), severity ($p < 0,04$) and distress of caregiver ($p < 0,04$) were observed during the study, as well as positive dynamics of depression/dysphoria ($p < 0,02$), its frequency ($p < 0,005$), severity ($p < 0,01$) and distress of caregiver ($p < 0,01$). The tendency of weakening hallucinations ($p < 0,06$) were observed on the 3rd and 6th months of observation. Also there was the tendency of weakening sleep disorders ($p < 0,09$). Clinically significant strengthening of apathy ($p < 0,001$), aberrant motor behavior ($p < 0,0003$), appetite/eating changes were revealed.

Conclusions: A reduction of some neuropsychiatric symptoms as opposed to strengthening of others may be due to ongoing antipsychotic therapy as well as the result of the natural course of dementia. This issue needs further study.

Key words: dementia, inpatient care, neuropsychiatric symptoms.

О.І. Серікова, О.В. Скринник

СТРУКТУРА РЕМІСІЇ ПРИ БІПОЛЯРНОМУ АФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ
ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ПЕРЕНЕСЕНОГО ЕПІЗОДУДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук
України», м. Харків

olserikova@yahoo.com; olskrynnik@yahoo.com

Актуальність. У 70% хворих на біполярний афективний розлад (БАР) в період між загостреннями наявна та чи інша психопатологічна симптоматика, що призводить до негативних соціальних наслідків та значно порушує адаптивні можливості людини.

Метою нашого дослідження було вивчення сучасних особливостей клініко-динамічної структури ремісії БАР.

Матеріали та методи. За допомогою клініко-психопатологічного методу з аналітичним вивченням доступної медичної документації та методу катамnestичного обстеження було проаналізовано якість ремісії у 120 хворих на БАР.

Результати. Виокремлені декілька ступенів ремісії – часткова, повна клінічна та повна функціональна. Часткова ремісія спостерігалася у 61 хворого (50,8%) та була представлена наступними синдромами – синдром легкої астенічної недостатності (33 хворих, 54,1%), хронічний субдепресивний (16 пацієнтів, 26,2%) та хронічний гіпертимний (12 пацієнтів, 19,7%) синдроми. Повна клінічна ремісія мала місце у 35 хворих (29,2%), повна функціональна ремісія – у 24 пацієнтів (20,0%).

Висновки. Найтриваліші та найповніші за структурою ремісії спостерігалися після маніакального та депресивного епізодів БАР порівняно із змішаним та подвійним епізодами. Після маніакального епізоду найчастіше наставала повна функціональна ремісія, що відповідає поверненню пацієнта до повноцінного соціального функціонування.

Ключові слова:
біполярний афективний
розлад, ремісія, клініка.

Актуальність. Майже третина хворих на біполярні розлади не досягають рівня соціальної ремісії й у них спостерігається професійне зниження [1]. В дослідженнях Malhi et al. (2007) було показано, що відсутність афективних симптомів не означає повного одужання. За даними T. Suppes et al. (2001), майже у 70% хворих на біполярний афективний розлад (БАР) у період між загостреннями наявна та чи інша психопатологічна симптоматика [2]. Тому біполярний афективний розлад слід розглядати як хронічне захворювання, що призводить до негативних соціальних наслідків та значно порушує адаптивні можливості людини [3]. Ремісія, яка характеризується відсутністю афективних симптомів та повноцінним соціальним функціонуванням, є основним завданням при лікуванні БАР.

Вивчення сучасних особливостей клініко-динамічної структури ремісії БАР стало метою нашого дослідження. Завданням дослідження було виявити клініко-психопатологічні особливості та структуру ремісії при БАР.

Дослідження виконане в рамках науково-дослідної роботи «Визначити клініко-патогенетичні механізми перебігу біполярного афективного розладу опираючись на клініко-психопатологічні, патопсихологічні, нейрофізіо-

логічні та біохімічні чинники» (Шифр НАМН.БР.6Ф.15), яка виконується у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України».

Для розв'язання завдання були використані клініко-психопатологічний метод дослідження з аналітичним вивченням доступної медичної документації та метод катамnestичного обстеження. Статистичну обробку даних виконували за допомогою методів визначення вірогідності відмінностей (за U-критерієм Манна-Уїтні, критерієм χ^2). Розрахунки статистичних показників проводили за допомогою Excel для Windows.

Дослідження було проведено на підставі вивчення ремісії у 120 пацієнтів – код F 31.7 за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), які під час гострої фази БАР перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» та під подальшим амбулаторним спостереженням за період з 2000 по 2015 роки. Серед обстежених було 47 чоловіків та 73 жінки. Середній їх вік становив $(43,30 \pm 4,46)$ (M $\pm$ s) років. У дослідження не були включені пацієнти, даних про перебіг захворювання у яких було замало. Середній вік маніфестації захворювання становив $(21,8 \pm 2,57)$ років,

а тривалість хвороби – $(18,65 \pm 5,36)$ років. 31 пацієнт напередодні переніс маніакальний (F31.0-2), 32 – змішаний (F31.6), 29 – депресивний епізод БАР (F31.3-5); 28 хворих перебували на лікуванні з приводу так званого здвоєного епізоду (коли одна фаза змінюється на іншу без переходу до стану ремісії). Якість та структуру ремісій вивчали на основі ознайомлення з медичною документацією та катамнестичного обстеження.

Стан ремісії мав декілька складових. Про ремісію на синдромальному рівні йшлося за умов відсутності критерію «а» в рубриках F31.0 – F31.6 за МКХ-10. Про ремісію на симптоматичному рівні говорили, якщо у пацієнта за шкалою манії Янга (YMRS) було менше 6 балів, а за шкалою депресії Гамільтона (HAMD) – менше 9 балів. Функціональна складова ремісії полягала в тому, наскільки повно пацієнти поверталися до своєї роботи, сімейного життя, були спроможними себе обслуговувати.

Були виокремлені декілька ступенів ремісії – часткова, повна клінічна та повна функціональна ремісія. Тривалість кожної з них наведена у таблиці 1.

Таблиця 1. Тривалість ремісії при різних епізодах БАР

Тип епізоду БАР, який передував ремісії	Середня тривалість ремісії (в місяцях)	Середня тривалість ремісії залежно від ступеня (в місяцях)		
		Часткова ремісія	Повна клінічна ремісія	Повна функціональна ремісія
Маніакальний	$10,31 \pm 3,79$	$2,84 \pm 1,25$	$2,94 \pm 0,95$	$4,56 \pm 2,33$
Депресивний	$7,58 \pm 3,82$	$3,54 \pm 2,11$	$2,78 \pm 0,87$	$1,26 \pm 0,99$
Змішаний	$3,20 \pm 1,33$	$2,03 \pm 0,95$	$1,17 \pm 0,69$	-
Подвійний епізод	$5,30 \pm 2,71$	$2,67 \pm 1,54$	$2,63 \pm 1,34$	-
Середня тривалість	$6,59 \pm 2,16$	$2,77 \pm 1,46$	$2,38 \pm 1,41$	$2,91 \pm 1,66$

У пацієнтів, які перенесли маніакальний епізод, спостерігалися найбільша середня тривалість ремісії – $(10,31 \pm 3,79)$ місяців, та найдовша повна функціональна ремісія – $(4,56 \pm 2,33)$ місяців. Остання мала місце у 38,7% випадків (12 пацієнтів). Стани часткової та повної клінічної ремісії тривали практично однаковий час – $(2,84 \pm 1,25)$ та $(2,94 \pm 0,95)$ місяців відповідно, та зустрічалися у 61,3% (19 пацієнтів).

Ремісії після депресивного епізоду були коротшими – в середньому $(7,58 \pm 3,82)$ місяців, але різниця з маніакальним епізодом виявилася статистично не достовірною. Основна кількість пацієнтів 44,8% (13 хворих) перебували в частковій ремісії середньою тривалістю $(3,54 \pm 2,11)$ місяців. Повна функціональна ремісія тривалістю $(1,26 \pm 0,99)$ місяців спостерігалася у 7 хворих (24,1%).

Після змішаного епізоду ремісії були найкоротшими – $(3,20 \pm 1,33)$ місяців. Найбільша кількість пацієнтів перебувала в стані часткової ремісії – 22 спостереження (68,7%). У 7 пацієнтів (21,9%) була повна клінічна ремісія, і тільки у трьох пацієнтів (9,1%) – повна функціональна ремісія.

Середня тривалість ремісії після здвоєного епізоду становила $(5,30 \pm 0,71)$ місяців, але тільки 11 обстежених хворих (39,3%) досягли ступеня повної клінічної ремісії.

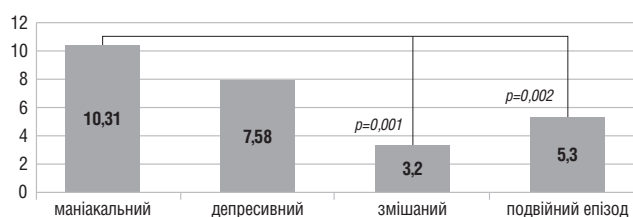


Рис. 1. Середня тривалість ремісії (в місяцях)

Найтривалішими виявилися ремісії після маніакального епізоду (див. рис. 1), ремісії після депресивного епізоду були коротшими, але достовірно не відрізнялися; на відміну від них, після змішаного та здвоєного епізодів ремісії були значно коротшими від попередніх ($p=0,001$ та $p=0,002$ відповідно).

Щодо структури ремісії, то найповніше вона була представлена у хворих на маніакальний та депресивний епізоди БАР. У них спостерігали всі три ступені – від часткової до повної функціональної. Якщо тривалість часткової та повної клінічної ремісії після різних епізодів БАР достовірно не відрізнялася, то найдовша повна функціональна ремісія була після маніакального епізоду – $(4,56 \pm 2,33)$ місяці. Вона достовірна відносно депресивного епізоду – $(1,26 \pm 0,99)$ місяці ($p=0,002$). Після змішаного та подвійного епізодів повна функціональна ремісія взагалі не спостерігалася (рис. 2).

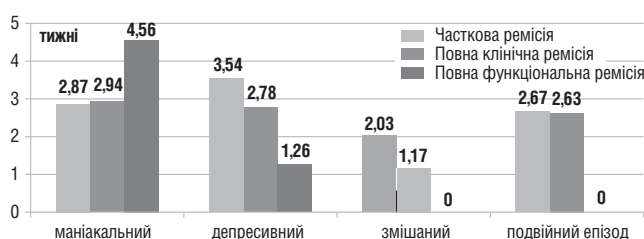


Рис. 2. Структура ремісії при кожному з епізодів БАР

Досліджуючи кількість пацієнтів, що досягли того чи іншого ступеня ремісії, можна сказати, що при маніакальному епізоді достовірно більшою була кількість спостережень з частковою ремісією, порівняно із змішаним епізодом ($\chi^2=6,99$, $p=0,008$). Повна клінічна ремісія спостерігалася приблизно в однаковій частці пацієнтів, а повна функціональна ремісія достовірно частіше зустрічалася після маніакального епізоду, порівняно із змішаним ($\chi^2=5,94$, $p=0,01$) та здвоєним ($\chi^2=6,45$, $p=0,01$) (табл. 2, рис. 3).

Таким чином, найтриваліші ремісії спостерігалися після маніакального та депресивного епізодів БАР. Крім того, вони були найповніше представлені за структурою – від часткової до повної клінічної та функціональної ремісії, а після маніакального епізоду найчастіше зустрічалася повна функціональна ремісія, що відповідає поверненню пацієнтів до повноцінного соціального функціонування.

Загалом, **часткова ремісія** спостерігалася у 61 хворого (50,8%). Вона визначалася як період значного покращення стану, який більше не відповідав синдромальним критеріям епізоду БАР за МКХ-10, проте зберігалися мінімальні залишкові симптоми, тобто за YMRS було 6 балів та більше (середній показник $(7,88 \pm 1,54)$ балів) та/або за HAMD – 9 балів та більше (середній показ-

ник ($10,65 \pm 0,95$) балів). Її середня тривалість складала ($2,77 \pm 1,26$) місяців. У стані часткової ремісії у пацієнтів практично не виникала необхідність у зверненні за допомогою до лікарів. Слабка вираженість розладів не приводила до різких змін в поведінці. Ми виокремили наступні клінічні синдроми, що зустрічалися у обстежених пацієнтів в стані часткової ремісії – синдром легкої астенічної недостатності, хронічний субдепресивний та хронічний гіпертимний синдроми. Синдром легкої астенічної недостатності зустрічався у 33 хворих (54,1%). У клінічній картині переважали душевна слабкість, плаксивість. Пацієнти скаржилися на в'ялість, незначну загальмованість. У деяких випадках зустрічалися іпохондричні побоювання, які не отримували подальшого розвитку, однак додавали дискомфорт. Найчастіше синдром легкої астенічної недостатності спостерігали після депресивної фази (у 9 пацієнтів). У 2 випадках він проявлявся після змішаного та здвоєного епізодів.

16 пацієнтів (26,2%) мали в ремісії *хронічний субдепресивний синдром*. Депресивний характер цього стану виявлявся в ослабленні здатності радіти, в схильності до песимізму. Хворі продовжували свою звичну діяльність (фізичну й розумову), але при цьому вони докладали особливих зусиль, все робили через силу. Більшість з них були не в змозі тривалий час зосередитися на якійсь роботі, їм складно було починати робити щось нове. Хронічний субдепресивний синдром супроводжувався легкими та незначними соматовегетативними порушеннями (неспокійний сон, відчуття дискомфорту у всьому тілі), змінами самопочуття у вигляді своєрідного зниження загального тону. При наявності будь-яких тілесних сенсацій (тяжкість у кінцівках, дискомфорт у шлунку, м'язовий біль, головний біль, тяжкість у шлунку) увага хворих була прикута саме до зони дискомфорту. Зазвичай сон та апетит були нормальними, але в деяких випадках спостерігалися малопомітні труднощі під час засинання, пацієнти прокидалися вранці засмученими та невиспаними. Відсутність відчуття туги або тривоги пояснює віднесення цього стану до субсиндромальних розладів. Хронічний субдепресивний синдром спосте-

рігався у хворих, що перенесли депресивний, змішаний або здвоєний епізод.

При *хронічному гіпертимному синдромі* (12 пацієнтів, 19,7%) було характерним підвищення загального тону, поява відчуття бадьорості, благополуччя, оптимізму, які не зовсім відповідали реальному становищу, перспективам та можливостям пацієнта. Продуктивність діяльності хворого підвищувалася. Порушення сну та апетиту у цих випадках були відсутні. Підвищення вітального тону поєднувалося із суб'єктивним відчуттям цілковитого благополуччя. Стан хворих самі пацієнти та їх оточення розцінювали як «відродження» або як різку зміну характеру. В деяких випадках гіперактивність та прагнення здолати перешкоди призводили до конфлікту. Хронічний гіпертимний синдром спостерігався у пацієнтів, які перенесли маніакальний, змішаний або здвоєний епізод.

Пацієнти, які перебували в стані часткової ремісії, не досягали ремісії на функціональному рівні, але вони не потребували й медикаментозного лікування. 26,9% випадків (18 спостережень) протягом 2 – 5 тижнів переходили у повну клінічну ремісію. У випадках, коли хворі залишалися у стані часткової ремісії, вона мала спонтанний характер.

Повна клінічна ремісія, тобто період повного клінічного одужання з відсутністю проявів хвороби як на синдромальному, так і на симптоматичному рівні, мала місце у 35 випадках (29,2%). Вона відповідала стану еутимії та спостерігалася як після лікування на фоні підтримувальної терапії, так і була спонтанною. Але пацієнти з повною

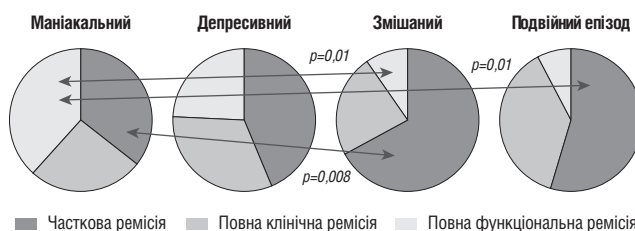


Рис. 3. Порівняння кількості пацієнтів з різними типами ремісії після різних епізодів БАП

Таблиця 2. Кількість обстежених пацієнтів з різними типами ремісії

	Маніакальний епізод (n=31)	Депресивний епізод (n=29)	Змішаний епізод (n=32)	Подвійний епізод (n=28)	χ^2 , p
	1	2	3	4	
Часткова ремісія	11 (35,5%)	13 (44,8%)	22 (68,7%)	15 (53,6%)	0,55 $p_{1,2}=0,46$ 6,99 $p_{1,3}=0,008$ 1,95 $p_{1,4}=0,16$ 3,56 $p_{2,3}=0,059$ 0,44 $p_{2,4}=0,51$ 1,46 $p_{3,4}=0,23$
Повна клінічна ремісія	8 (25,8%)	9 (31,1%)	7 (21,9%)	11 (39,3%)	0,20 $p_{1,2}=0,65$ 0,13 $p_{1,3}=0,71$ 1,22 $p_{1,4}=0,27$ 0,66 $p_{2,3}=0,42$ 0,43 $p_{2,4}=0,51$ 2,16 $p_{3,4}=0,14$
Повна функціональна ремісія	12 (38,7%)	7 (24,1%)	3 (9,4%)	2 (7,1)	1,47 $p_{1,2}=0,23$ 5,94 $p_{1,3}=0,01$ 6,45 $p_{1,4}=0,01$ 1,46 $p_{2,3}=0,23$ 1,95 $p_{2,4}=0,16$ 0,02 $p_{3,4}=0,88$

клінічною ремісією, незважаючи на відсутність ознак депресивної, маніакальної або змішаної симптоматики, не поверталися до нормального соціального життя, яке мало місце до загострення або початку хвороби. Тобто вони не починали працювати, не відновлювали свої соціальні зв'язки, повноцінно не включалися у сімейне життя. В 20,0% випадків (24 спостереження) протягом 2 – 3 місяців клінічна ремісія переходила у функціональну.

Повна функціональна ремісія спостерігалася у 24 пацієнтів (20,0%). Вона означала не тільки відсутність будь-яких клінічних проявів захворювання, а й повне повернення до попереднього соціального життя. Пацієнти повністю включалися у життя своєї родини, поверталися на роботу, відновлювали всі соціальні стосунки і навіть прагнули до підвищення свого професійного та соціального рівня. Цей стан повністю відповідав поняттю «інтермісія». Найбільше пацієнтів напередодні функціональної ремісії перенесли гострий маніакальний епізод (12 випадків, 38,7%).

Висновки

Ми виокремили декілька ступенів ремісії при БАР – часткову, повну клінічну та повну функціональну ремісію. Найтриваліші та найповніші за структурою ремісії спостерігалися після маніакального та депресивного епізодів БАР, порівняно із змішаним та подвійним епізодами. Після маніакального епізоду найчастіше зустрічалася повна функціональна ремісія, що відповідає поверненню пацієнта до повноцінного соціального функціонування.

Список використаної літератури / References

1. Cassano G. Chronic and residual major depression / G. Cassano, M. Savino // *Dysthymia and the spectrum chronic depressions*. – New York, 1997. – P. 101–117.
2. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients / T. Suppes, G. S. Leverich, P. E. Keck [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2001. – Vol. 67 (1–3). – P. 45–59.
3. Brieger P. Bipolar disorders - relation to personality and temperament / P. Brieger, A. Marneros // *European Psychiatry*. – 2002. – Vol. 17. – P. 65.

СТРУКТУРА РЕМИССИИ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭПИЗОДА О.И. Серикова, О.В. Скрынник

Актуальность. У 70% больных биполярным аффективным расстройством (БАР) в период между обострениями наблюдается та или иная психопатологическая симптоматика, которая приводит к негативным социальным последствиям и значительно нарушает адаптивные возможности человека.

Целью нашего исследования было изучение современных особенностей клинко-динамической структуры ремиссии БАР.

Материалы и методы. Посредством клинко-психопатологического метода с аналитическим изучением доступной медицинской документации и метода катamnестического обследования было проанализировано качество ремиссий у 120 больных БАР.

Результаты. Выделены несколько степеней ремиссии – частичная, полная клиническая и полная функциональная. Частичная ремиссия наблюдалась у 61 больного (50,8%) и была представлена следующими синдромами – легкой астенической недостаточности (33 пациента, 54,1%), хронический субдепрессивный (16 пациентов, 26,2%) и хронический гипертимный (12 пациентов, 19,7%) синдромы. Полная клиническая ремиссия имела место у 35 пациентов (29,2%), полная функциональная ремиссия – у 24 пациентов (20,0%).

Выводы. Самые длительные и наиболее полные по структуре ремиссии наблюдались после маниакального и депрессивного эпизодов БАР, в сравнении со смешанным и двойным эпизодами. После маниакального эпизода чаще всего встречалась полная функциональная ремиссия, которая соответствует возврату пациента к полноценному социальному функционированию.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, ремиссия, клиника.

REMISSIONS' STRUCTURE IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER DEPENDING ON TYPE OF EPISODE O.I. Syerikova, O.V. Skrynnik

Background. In 70% of patients with bipolar affective disorder (BAD) in the period between exacerbations observed one or another psychiatric symptoms which leads to negative social consequences and significantly violates the human's adaptive abilities.

Objective. The aim of our study was to investigate the clinical features of the modern and dynamic structure BAD remission.

Materials and methods. Through clinical and psychopathological method katamnestic method with an analytical study of available medical records quality of remissions in 120 patients with BAD was analyzed.

Results. Several degrees of remission were obtained - partial, complete clinical remission and complete functionality. Partial remission was observed in 61 patients (50,8%) and consisted of following syndromes – mild asthenic deficiency syndrome (33 patients, 54,1%), chronic subdepressive (16 patients, 26,2%) and chronic hyperthymic (12 patients, 19,7%) syndromes. Complete clinical remission occurred in 35 cases (29,2%), a complete remission function – in 24 patients (20,0%).

Conclusions. The longest and most complete structure for remission were observed after the manic and depressive episodes BAD, compared with mixed and double episodes. After a manic episode patients often met complete functional remission which corresponds for the patient's full social functioning.

Key words: bipolar affective disorder, remission, symptoms.

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.19-056.42

С.С. Кирилюк

«ПОРОБЛЕНО» ЯК КУЛЬТУРАЛЬНО СПЕЦИФІЧНИЙ ФЕНОМЕН ПСИХОЛОГІЧНОГО
ОПРАЦЮВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТРАЖДАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

dr_kyrylyuk@ukr.net

Ключові слова:

депресія, культурально
специфічний феномен.

Метою публікації є висвітлення актуального питання психіатрії – осмислення форм опрацювання депресивного страждання.

Результати. Наведено клінічний випадок пацієнтки з варіантом опрацювання депресивного страждання у формі культурально зумовленої пасивної позиції під виглядом «магічно» обґрунтованого небажання активних дій. Така позиція є перекладанням відповідальності за наявність депресії на зовнішні обставини, в тому числі й на лікарів. Це зумовлює бажання хворого уникати будь-яких спонтанних розмов про свій стан, замкнутість у проявах емоцій та переживань та потребує більше часу для подолання «внутрішнього опору» до активного лікування й налагодження робочого психотерапевтичного та психофармакологічного комплаєнсу. Окрім того, набір скарг, зокрема найважливіші з них для пацієнтки, не відповідають класичному депресивному синдрому.

Висновки. Враховуючи специфіку когнітивно-поведінкового функціонування депресивних пацієнтів з «магічною» ідеєю виникнення психічного захворювання у психотерапевтичній частині терапії необхідно звертати увагу на посилення «рефлексуючого Я», що сприятиме налагодженню адекватного альянсу «лікар – пацієнт».

Актуальність. Соціальне середовище неоднозначно впливає на формування депресивної симптоматики. У дослідженні, проведеному ВООЗ (WHO, 1983), у якому вивчали симптоми депресії в чотирьох країнах – Канаді, Швейцарії, Ірані та Японії, встановлено, що переважна кількість пацієнтів повідомляли про міжкультурно константні симптоми, включаючи безпосередні прояви. Проте інші крос-культурні дослідження депресії фіксують широкі варіації проявів симптоматології цього розладу [1–6]. Деякі культурні групи (наприклад, нігерійці) рідше повідомляють про крайні відчуття власної нікчемності, інші (наприклад, китайці) частіше повідомляють про соматичні скарги (Kleinman, 1988).

Виявлене нами переживання за час практичної стаціонарної роботи з депресивними особами протягом останніх років хворі формулюють типовою фразою «мені депресію хтось поробив», з переживанням афекту власної неспроможності та екстерналізацією відчуття провини за наявність депресії у зовнішній світ. У загальній психопатології це переживання прийнято кваліфікувати як «магічне мислення» і відносити до симптомів переважно маячного-субмаячного, рідше – обсесивно-компульсивного регістру.

Таке переживання, хоча і характерне для певних субкультур, у випадку з депресивними пацієнтами не мож-

на вважати характерною психопатологічною ознакою, оскільки поза депресивним станом пацієнти подібних ознак «магічного мислення» не виявляли. Цей феномен у наших попередніх дослідженнях отримав назву «алексифілії» (В.І. Пришляк, О.О. Фільц, 2009). Тому слід вважати, що йдеться не стільки про «магічність» як таку, а про культурально зумовлену пасивну позицію хворих під виглядом «магічно» обґрунтованого небажання активних дій. Така позиція, по суті, є перекладанням відповідальності за наявність депресії на зовнішні обставини, у тому числі й на лікарів.

Мета публікації – опис типового клінічного випадку опрацювання депресивного стану. Хвора Б., 1957 р.н. З пацієнткою проведено три бесіди по 50 хвилин. У розмові з жінкою було відчутно, що вона має велику потребу говорити про своє життя – їй цього не вдавалося зробити впродовж тривалого часу, тому загалом хвора справляла враження особи, яку все «дістало», і зрештою вона вирішила сховатися на певний час у стаціонарі від своїх рутинних проблем та сім'ї.

Анамнез: спадковість нервово-психічними захворюваннями не обтяжена. Народилася другою дитиною в сім'ї робітників. Батько за професією будівельник, мати – робітниця. Батько за характером авторитарний, до його думки в сім'ї завжди треба було пристосовуватися, тобто

робити так, як він цього хотів. Мати, навпаки, була спокійною. На відміну від старшої на три роки сестри, яка була в дитинстві бойовою, здоровою та могла постояти за себе, пацієнтка зростала слабкою, хворобливою. Постійно перебувала під наглядом сестри, якій у всьому підкорялася. У 7-річному віці (в 1964 році) пішла до школи. Шкільні роки, зі слів пацієнтки, нічим особливим не вирізнялися. Надзвичайних подій, які б з нею трапилися в цей період, не пригадує. У школі вчилася переважно на «3» – «4», особливого зацікавлення до навчання не відмічала, більшу схильність мала до гуманітарних предметів, зокрема до російської літератури. З хлопцями в шкільний період стосунків практично не підтримувала. Фізіологічно – пізній менархе – в 16,5 року.

Після закінчення школи подальше життя пацієнтки складалося так, що всі доленосні рішення стосовно її майбутнього приймали люди, які її оточували, а сама жінка опинилася в ролі «пасивного реципієнта свого життя». У 1974 році, після закінчення школи, пішла працювати на завод, куди, з її слів, «за руку» відвів батько. Робота полягала в оформленні накладних. У цей час зустрічалася з хлопцем, до якого мала досить глибокі почуття, але його батьки були проти одруження, оскільки він навчався в інституті, був із зовсім «іншого світу». Тому невдовзі вони розлучилися і більше не бачилися. Пропрацювавши на заводі 7 років, в 1981 році, звільнилася за власним бажанням. У тому ж році одружилася з чоловіком, який працював з нею на заводі. Майбутньому чоловікові неприховано симпатизував її батько, тому пацієнтка і вирішила зв'язати себе сімейними узами саме з ним, а не з кимось іншим, хоча особливої прихильності до нього не мала. У віці 25 років народила сина. Вагітність була без ускладнень, проте пологи проходили тяжко, ускладнилися раннім відходженням навколоплодових вод, народила через 24 години після їх відходження. Відразу після закінчення декретної відпустки, в 1983 році, влаштувалася працювати друкаркою у приймальній директора великого промислового об'єднання. Впродовж 1987–1989 рр. заочно навчалася в технікумі Радянської торгівлі, після закінчення якого отримала спеціальність товаровознавця непродовольчих товарів. З 1989 по 1992 рік працювала у супермаркеті, але через проблему з щоденним доїздом, оскільки проживала в іншому кінці міста, звільнилася. З 1992 року працювала продавцем у магазині неподалік від свого дому. В 1995 році магазин продали з аукціону, а її звільнили. До 1999 року жінка була безробітною. З 1999 по 2002 рік працювала реєстратором у податковій інспекції, куди їй допомогла влаштуватися її близька подруга. В 2002 році, через розходження у світоглядному баченні з безпосереднім керівником, з роботи її звільнили. З листопада 2002 року по червень 2003 року працювала сторожем на об'єкті будівельних матеріалів. У червні 2003 року, після того, як це підприємство збанкрутувало, знову стала безробітною. На сьогодні постійного місця роботи не має, перебуває на обліку у Центрі зайнятості. Віруюча – «Свідок Єгови», часто відвідує релігійні зібрання.

Проживає з 22-річним сином та батьком, якому 71 рік. Мати померла 14 років тому від соматичного захворювання. Батько пенсіонер за віком, проте підробляє, продаючи дріб'язок на базарі. Щовечора випиває в ком-

панії зі своїми напарниками. Син працює, фінансово незалежний. З чоловіком розлучена з 1987 року. Причина розлучення – подружня зрада чоловіка та його систематичні «загули». Ініціював розлучення, зі слів пацієнтки, її колишній чоловік, бо не міг витримати її байдужого ставлення до їхньої «долі» та життя загалом. Проте добрі стосунки з чоловіком вдалося зберегти. Залишилися друзями, допомагає їй фінансово. Після розлучення мала декілька статевих партнерів, але з жодним з них довго не зустрічалася. Стосунки з ними склалися дивно, наприклад, один з її чоловіків, коли випивав, кидався в неї ножами та табуретками, на що пацієнтка казала «...б'є – значить любить... та й як жінка, я маю по Біблії користися...». Найдовше зустрічалася із своїм сусідом, який живе в будинку навпроти. Деякий час жила в нього, та коли той почав випивати в компанії з її рідним батьком, покинула його та переїхала жити назад до сина та батька.

З перенесених захворювань: ангіни в дитячому віці, в 17 років була госпіталізована в хірургічний стаціонар з приводу підозри на «гострий живіт», проте прооперована не була. Впродовж життя двічі ставила протизаплідні спіралі (одну на 4, іншу – на 5 років). В менопаузі 1 рік. У грудні 2003 року перенесла запалення гайморових пазух, з приводу чого мала оперативне втручання – дренажування пазух шляхом пункції; приймала масивну антибіотикотерапію.

Скаржиться на тривогу, невпевненість у прийдешньому майбутньому, підвищену дратівливість – «як комок нервів», м'язову слабкість, періодичну тяжкість у м'язах, тремор кистей рук, коливання настрою, який є кращим зранку і під вечір знижується, страх настання вечора, безсоння, тяжкість у потилиці.

Анамнез захворювання: вважає, що проблеми з психікою в неї почалися 7 років тому, відколи її рідна сестра виїхала на заробітки за кордон. Пояснює, що втратила першу порадицю та розрадицю. Переписується з нею, пересилають одна одній довгезелі листи. Відтоді вперше відчувала тривогу, неспокій, знижений настрій. Близька товаришка в той же час припустила, що всі її проблеми можуть бути «пороблені» недобрими заздрісниками. З того часу декілька разів зверталася за допомогою до «народних цілителів», які їй «викочували яйця та зливали віск». Постійно перебувала в напрузі через випивки свого батька. Коли син служив в армії, часто їздила його провідувати в інше місто, бо не була впевнена, що з ним все гаразд і він здоровий. Особливо пригніченою та безпомічною відчувала себе, коли була звільнена з останнього місця праці, бо реальної перспективи свого подальшого існування не бачила. Напередодні поступлення в стаціонар відчувала різкий неспокій, тривогу, знижений настрій, тахікардію. Після безсонної ночі за рекомендацією свого сина звернулася за спеціалізованою медичною допомогою в стаціонар № 2.

Психічний статус: у розмову вступає охоче. Багатослівна. Пов'язує свій теперішній поганий стан з тим, що всі її негаразди в один момент співпали до купи. Каже, що не розуміє, як її життя могло скластися так «незграбно», бо «мала зовсім інші мрії та бажання». Перебуванням у стаціонарі задоволена. Каже, що не дивлячись на шум у відділенні, відпочиває тут від постійного напруження вдома, причиною якого є постійні п'янки батька його то-

варишів. Каже, що її дратує вхідний дзвінок, який є дуже неприємний – коли батькові друзі ввечері приходять до нього додому, то безперервно дзвонять, що її виводить з себе та тривожить. Згадує, що вперше зрозуміла, який неприємний цей дзвінок, тоді, коли сусід, з яким вона зустрічалася, напився і впродовж цілого дня безперестанку дзвонив у двері. Каже, що не може навіть на відстані переносити ані запаху алкоголю, ані п'яної людини. Але виправдовує батька, бо хоча він і п'є, але є дуже добрим до сім'ї. Вважає, що в такому віці звичок вже змінити не можна, тому вирішила терпіти. Розповідає, що після смерті матері батько змушував її навчитися готувати як матір, постійно бурчав на неї, звинувачував, що вона все робить не так як слід. Скаржиться, що «вся хатня робота лежить на мені і мені тяжко її робити якісно». А будь-як вона не може. На запитання, чим може пояснити таку велику кількість негараздів в своєму житті, відповідає, що то залежить не від неї, а «від сил, які є вищі за нас і керувати ними ми не можемо». Одночасно з цим доволі активно висловлює припущення, що, можливо, таку ситуацію їй «створили недоброзичливці, яких є повно навколо», проте яким чином це могло б відбуватися, чітко пояснити не може. З тим же пов'язує своє звільнення з роботи в податковій. Каже, що з жахом уявляє собі, як буде повертатися додому, коли прийде час виписуватися. Показує, як у неї починають тремити руки і каже, що вона вже втомила і їй треба негайно відпочити.

Аналіз та висновки

У наведеній клінічній ілюстрації привертають увагу три наступні моменти.

По-перше, як видно з біографічної частини історії хвороби, життєва крива, і те, що хвора називає «несприятливою долею», складалась так, що пацієнтка начебто будувала свою сімейну та професійну кар'єру підпорядковуючи себе або іншим людям, або зовнішнім обставинам. У пубертатному віці вона була під домінуючим

впливом сестри, навчання для неї вибирали батьки, вони ж «перекреслили» її перше і єдине кохання, заміж вийшла також пасивно. Не змогла пізніше збудувати стабільної кар'єри. Міняла багато робочих місць, де завжди їй щось заважало. При цьому пацієнтка жодного разу в житті не наполягла до кінця на своєму.

По-друге, з клінічного випадку добре видно, що набір скарг, зокрема найважливіші з них для пацієнтки, не відповідають класичному депресивному синдрому.

По-третє, свою депресивну симптоматику хвора пов'язує з характерною для людей її кола і поширеною сьогодня формою «це мені, мабуть, пороблено». Цим пацієнтка підкреслює відсутність будь-якої відповідальності за формування своєї депресивної позиції. Більше того, під час перебування в стаціонарі і в процесі лікування така її позиція не дозволяла досягнути у неї необхідного для депресивних пацієнтів усвідомлення внутрішніх конфліктів та переживань, пов'язаних з формуванням депресивної симптоматики. Треба також зазначити, що особливо помітною така «пасивна безвідповідальність» щодо власних переживань стає при редукції цих переживань, коли пацієнти можуть бути здатними до психотерапевтичного опрацювання свого захворювання.

Список використаної літератури / References

1. Cross-cultural studies of depressive disorders / A. J. Marsella, N. Sartorius, A. Jablensky, F. R. Fenton // In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression*. – Berkeley: University of California Press, 1985. – P. 299–324.
2. Kirmayer L. J. Culture and context in the evolutionary concept of mental disorders // L. J. Kirmayer, A. Young // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1999. – Vol. 108. – P. 446–452.
3. Katz M. M. On the classification of depression: Normal, clinical and ethnocultural variations / M. M. Katz // *Depression in the 1970's*; R. Fieve (ed.). – New York, 1970. – P. 31.
4. Weitbrecht H. J. Die chronische Depression / H. J. Weitbrecht // *Wien. Zschr. Nervenhkllk.* – 1967. – Bd. 24, № 4. – S. 265–272.
5. Kielholz P. Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder / P. Kielholz // *Schweiz. med. Wschr.* – 1957. – Bd. 87. – S. 87–107.

«ПОРЧА» КАК КУЛЬТУРАЛЬНО СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ДЕПРЕССИВНОГО СТРАДАНИЯ

С.С. Кирилюк

Целью публикации является освещение актуального вопроса психиатрии – осмысление форм обработки депрессивного страдания.

Результаты. Приведен клинический случай пациентки с вариантом обработки депрессивного страдания в форме культурально обусловленной пассивной позиции больной под видом «магически» обоснованного нежелания активных действий. Такая позиция является перекладыванием ответственности за наличие депрессии на внешние обстоятельства, в том числе и на врачей. Это приводит к желанию больного избежать любых спонтанных разговоров о своем состоянии, замкнутости в проявлениях эмоций и переживаний и требует больше времени для преодоления «внутреннего сопротивления» к активному лечению и налаживанию рабочего психотерапевтического и психофармакологического комплаенса. Кроме того, набор жалоб и, в частности, важнейшие из них для пациентки не соответствуют классическому депрессивному синдрому.

Выводы. Учитывая специфику когнитивно-поведенческого функционирования депрессивных пациентов с «магической» идеей возникновения психического заболевания в психотерапевтической части терапии необходимо обращать внимание на усиление «рефлектирующего Я», что будет способствовать налаживанию адекватного альянса «врач – пациент».

Ключевые слова: депрессия, культурально специфический феномен.

«SOMEONE MADE IT TO ME» AS A CULTURALLY SPECIFIC PHENOMENON PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF DEPRESSIVE SUFFERING

S.S. Kyryliuk

The aim of the publication is to highlight current problem of psychiatry – understanding forms of processing depressive suffering.

Results. Presented the clinical case of the depressive patient with the processing option in the form of culturally conditioned passivity under the guise of “magic” reasonable reluctance action. This position is shifting responsibility for the presence of depression on external circumstances, including doctors. This causes the patient's desire to avoid any spontaneous conversations about his condition, isolation of manifestations of emotions and feelings and needs more time to overcome the “internal resistance” to active treatment and establishing working psychotherapy and psychopharmacological compliance. In addition, a set of complaints, and in particular the most important ones for the patient not meet the classic depressive symptoms.

Conclusions. Given the specificity of cognitive-behavioral functioning depressive patients with “magical” idea of the emergence of mental illness in the psychotherapy and therapy should pay attention to strengthening “reflective I”, which will facilitate adequate alliance “doctor-patient”.

Key words: depression, culturally specific phenomenon.

І.Р. Мухаровська

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ЗАСАДИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЛІКАРЯМ ОНКОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ

Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

mukharovska.i@gmail.com

Ключові слова:медичний персонал,
онкологічна
служба, медико-
психологічна допомога,
психоонкологія,
професійна
дезадаптація, емоційне
вигорання, психоосвіта.

Актуальність. Професійна діяльність лікарів пов'язана з високим рівнем стресу, що обумовлено постійною взаємодією із хворими людьми, які переживають фізичні та психологічні страждання. Одним із найвідоміших 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 лікарям-онкологам.

Контингент та методи дослідження. Дослідження проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру. В опитуванні брали участь 50 лікарів-онкологів (27 жінок та 23 чоловіки). В якості діагностичного інструментарію були використані опитувальник MBI-HSS та спеціально розроблений опитувальник.

Результати. Чинниками професійного стресу лікарів-онкологів є комунікація та взаємодія з пацієнтами та членами їх сімей, характеристики онкологічної патології як соматичної нозології, особливості організації діяльності та вимоги до професійних навиків. У кожного третього лікаря виявлено ознаки дезадаптивного впливу професійного стресу, а кожен сьомий спеціаліст 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 в інформації з питань психоонкології (84%) та практичних навиків (88%).

Висновки. Медико-психологічна допомога лікарям 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.

Актуальність. Професійна діяльність лікарів пов'язана з високим рівнем стресу, що обумовлено взаємодією із хворими людьми, які переживають фізичні та психологічні страждання [1–5]. Від медичних працівників очікують не лише професіоналізму, вміння діагностувати та лікувати захворювання, але і високих людських якостей – розуміння, самовіддачі, підтримки, толерантності. І чим складнішими є проблеми зі здоров'ям, тим більші вимоги та очікування пацієнтів щодо особистості та навиків медичного працівника. Онкологічні захворювання є однією з найтяжчих галузей соматичної медицини. Неприятливий прогноз хвороби, тяжкий її перебіг, значні побічні ефекти протипухлинної терапії – це те, що характеризує онкологічні захворювання. На медичний персонал, який працює в онкології, покладається важкий тягар вибору – яке лікування обрати, як налаштувати пацієнта на лікування, щоб

домогтися максимального ефекту, зупинити хворобу та зберегти якість його життя. Це обумовлює високий рівень професійного стресу, і не кожен лікар може справитися з ним самотужки.

Актуальність. Одним із найвідоміших негативних наслідків професійного стресу є синдром емоційного вигорання. Вигорання – це динамічний поетапний процес, який розвивається у часі під впливом надмірного та тривалого стресу на роботі [6].

Вигорання характеризується порушенням продуктивності роботи, втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин для отримання тимчасового полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та суїцидальної поведінки [7–11]. Соматичні та психологічні зміни, які виникають,

спричиняють несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціаліста. В МКХ-10 «синдром вигорання» виділений в окремий діагностичний таксон – Z 73 («проблеми, пов'язані з труднощами керування своїм життям») та кодується Z 73.0 – «вигорання» (burnout). На формування вигорання впливають групи факторів: біосоціальні, особистісні та організаційні [5, 12, 13].

На психологічному рівні професійна дезадаптація у лікарів проявляється неадаптивними формами емоційного відреагування та неефективними стратегіями стрес-долаючої поведінки щодо професійного стресу. Відсутність психологічної підготовки щодо психології хворого, психології медичного працівника та їх взаємодії є одним із основних психопатогенних механізмів порушення професійної адаптації.

На сьогодні у медичних університетах та коледжах відсутні комплексні програми психологічної підготовки медичних працівників до діяльності, яку вони повинні виконувати. Медико-психологічна допомога саме для медичного персоналу практично відсутня і безпосередньо на робочих місцях. Це спричиняє ряд негативних наслідків: розвиток професійної дезадаптації, емоційного вигорання, відтік персоналу з медичної галузі, зниження якості медичної допомоги. Вищесказане обумовлює актуальність та важливість розробки заходів медико-психологічної допомоги для медичних працівників.

Мета дослідження – на основі оцінки вираженості компонентів емоційного вигорання, ідентифікації джерел професійного стресу, потреб у інформації та психологічних навиках визначити мішені медико-психологічної допомоги лікарям-онкологам.

Контингент та методи дослідження

Дослідження проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру. В опитуванні взяло участь 50 лікарів-онкологів (27 жінок та 23 чоловіки). Середній вік респондентів становив $38,5 \pm 6,8$ років. Опитуваних було поділено на 3 групи залежно від клінічної спеціалізації: онкотерапевтичні спеціальності ($n=24$) – хіміотерапевти, лікарі-радіологи, лікарі паліативної медицини, лікарі-хірурги ($n=19$) і лікарі інтенсивної терапії та реаніматології ($n=7$). Статистичну обробку результатів проводили на платформі MS Excel v.8.0.3.

В якості діагностичного інструментарію були використані опитувальник MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey) [14] та спеціально розроблений опитувальник.

Результати та їх обговорення

Онкологічну практику від інших напрямків соматичної патології відрізняє перебування у тісному контакті та взаємодії з пацієнтами, які переживають виражений хронічний фізичний та психічний стрес. Чинники професійного стресу лікарів, які працюють у сфері онкології, були пов'язані з:

1) комунікацією та взаємодією з пацієнтами та членами їх сімей, що включали: повідомлення «несприятливих новин» хворому та його родичам; спілкування з онкологічними пацієнтами та членами їх сімей, які перебувають у стресовому стані та часто проявляють негативні емоції; високою складністю спілкування з родиною хворого в

«переломних» періодах лікування захворювання (рецидив, продовження хвороби) та у термінальній стадії захворювання.

2) характеристиками онкологічної патології як соматичної нозології, які обумовлюють те, що медичний персонал є «свідком» фізичних та емоційних страждань хворого; складністю проблем пацієнта та неможливістю їх повністю вирішити (забезпечити повне вилікування); необхідністю прийняття рішень, які суттєво впливають на тривалість та якість життя пацієнта.

3) особливостями організації діяльності та вимогами до професійних навиків, а саме: суттєве робоче перевантаження, що характеризувалося наданням допомоги значній понаднормовій кількості онкологічних пацієнтів з формуванням синдрому хронічного дефіциту часу; необхідність мати високі кваліфікаційні навички, працювати зі складною медичною апаратурою; постійне підвищення професійного рівня щодо досягнень в теорії та лікуванні онкологічних захворювань (курси, конференції, ознайомлення з публікаціями тощо).

Комунікація та взаємодія з онкологічними пацієнтами та членами їх сімей були одними з основних джерел психологічного стресу для медичних працівників, на що вказували результати опитування. На суттєві труднощі у спілкуванні з хворими та їх сім'ями вказали 32% та 28% лікарів-онкологів, що робить заходи, спрямовані на підвищення комунікативної компетентності та професійної взаємодії, однією з провідних мішеней медико-психологічного впливу. Також високий рівень професійного стресу був обумовлений надмірною кількістю медичної документації для заповнення – у 28%, проблемами у зв'язку з обстеженням та лікуванням пацієнтів – у 18%, взаємодією з керівництвом – у 16%, та колегами – у 8%. Виявлені дані вказують на важливість розробки заходів організаційного консультування, професійного тайм-менеджменту, необхідності пояснення питань щодо адаптивного стилю поведінки у медичному колективі.

Рівень емоційного виснаження у лікарів-онкологів становив $16,1 \pm 9,1$ балів, деперсоналізації – $6,0 \pm 4,5$ балів, самооцінки професійних досягнень – $35,4 \pm 7,5$ балів, що відображало середній рівень вираженості вигорання за кожною складовою. У 50% лікарів емоційне виснаження та у 58% деперсоналізація мали низьку вираженість, середній рівень реєстрували відповідно у 36% та 34%, високу міру прояву – у 14% та 8% опитуваних. Оцінка професійних досягнень за рівнем вираженості була приблизно однаковою: у 32% – низька, у 30% – середня та у 38% – висока.

У 34% лікарів-онкологів були наявні від 1 до 3 складових емоційного вигорання з високими показниками. У 20% осіб зареєстровано 1 компонент, у 8% – 2 компоненти та у 6% – всі 3 компоненти. Тобто, у кожного третього лікаря були ознаки дезадаптивного впливу професійного стресу, а кожен сьомий спеціаліст переживав інтенсивний робочий стрес з негативними наслідками для діяльності, яку він виконує, та для власного здоров'я.

З психологічної точки зору, високі показники емоційного виснаження та деперсоналізації і низькі оцінки професійних досягнень вказували на порушення професійної адаптації до виконуваної діяльності та потребували, поряд з психоосвітою та психологічним тренінгом, надання

медичному працівнику індивідуалізованої психологічної підтримки зі складанням поетапної довготермінової програми корекції неадаптивних станів. Середні результати вираженості компонентів емоційного вигорання представляли «буферну зону» накопичення психологічних проблем, пов'язаних з професійною діяльністю, які були представлені початковими, прихованими або мозаїчними проявами наявних труднощів. Клініко-психологічна значимість проміжної зони результатів щодо емоційного вигорання полягала у можливості прогнозування особливостей та шляхів розвитку професійної дезадаптації, виявленні найвразливіших місць психологічної підготовки. Рекомендованими медико-психологічними заходами для лікарів, у яких рівні вираженості компонентів емоційного вигорання були низькими чи середніми, є психоосвіта з психоонкології, психологічний тренінг, орієнтований на підвищення навичок професійної взаємодії, консультативна психологічна допомога на вимогу (за типом балінтовського розбору складного випадку), поточний моніторинг психологічного стану, психопрофілактика. У лікарів з середніми проявами складових вигорання потрібні більший акцент на навичках протидії професійному стресу та його подолання, посилення комунікативної компетентності, підвищений контроль за динамікою проявів професійної дезадаптації.

Вираженість емоційного виснаження у лікарів-онкологів становила $16,0 \pm 10,2$ балів, у онкологів-хірургів – $15,8 \pm 8,8$ балів, у лікарів-реаніматологів – $17,1 \pm 5,3$ балів; деперсоналізації – $5,4 \pm 5,0$ балів, $5,7 \pm 3,1$ балів та $8,6 \pm 5,6$ балів; оцінка професійних досягнень – $35,7 \pm 8,3$ балів, $35,7 \pm 6,3$ балів та $33,4 \pm 8,3$ балів відповідно. У структурі складової емоційного виснаження у онкологів та онкологів-хірургів превалювали опитувані з низьким (58,3% та 47,4%), менше було з середнім (25,0% та 36,8%) та ще менше – з високим (16,7% та 15,8%) рівнями. У лікарів інтенсивної терапії спостерігалось домінування середньої вираженості емоційного виснаження (71,4%) над низькою (28,6%), тоді як високий рівень зареєстровано не було (0%).

Також серед онкологів та онкологів-хірургів встановлено переважання частки лікарів з низьким рівнем деперсоналізації (70,8% та 57,9%). Серед онкологів терапевтичного профілю частки осіб з середнім та високим рівнями незначно відрізнялися (16,7% та 12,5%), тоді як серед онкологів хірургічного профілю при відсутності вираженої деперсоналізації була значна кількість осіб з середнім рівнем (42,1% та 0%). Лікарі-реаніматологи мали у рівній мірі як низьку, так і середню вираженість деперсоналізації (42,9% та 42,9%), була певна кількість спеціалістів з високим її рівнем (14,3%).

Ставлення онкологів до власних професійних досягнень розділилися, 25,0% вважало їх середніми, а по 37,5% – низькими чи високими. З онкологів-хірургів низькими власні здобутки вважали 26,3%, тоді як середніми та високими – по 36,8%. Більша кількість лікарів-реаніматологів навпаки ставилася до власних досягнень незадовільно – 42,8%, лише по 28,6% опитуваних віднесли їх до середніх чи високих.

Відмінності у структурі складових вигорання корінилися у особливостях професійної діяльності. Онкологи терапевтичного профілю переважно працювали

з онкохворими на більш пізніх стадіях захворювання. Пацієнти хіміотерапевтів та променевих терапевтів мали суттєве погіршення фізичного здоров'я і зрушення у психічній сфері через нозогенний стрес та протипухлинну терапію. Хворі переживали потужний стрес, результат лікування набував високої життєво важливої цінності, що формувало потужний пласт психологічних проблем у взаємодії з лікарями. Постійне перебування у контакті з пацієнтами, які знаходяться у стресовому стані, долучення конфліктних ситуацій спричиняли емоційне виснаження та бажання відмежуватися від психотравматичних ситуацій.

Онкологи-хірурги переважно контактували з пацієнтами на ранніх стадіях захворювання, коли прогноз щодо лікування був найсприятливішим та доволі оптимістичним, що може бути одним із факторів оцінки більшої успішності у професійній діяльності. Водночас хірурги є одними із перших спеціалістів, з якими хворому доводиться взаємодіяти. І саме на них припадає значна частка хаосу емоційних переживань пацієнтів, які щойно дізнавалися про онкологічний діагноз. Оперативне втручання саме по собі є складною медичною маніпуляцією, що потребує високої фахової підготовки, психічної і фізичної витривалості від спеціаліста. Значна захворюваність на онкологічну патологію обумовлює потік пацієнтів та постійне перевантаження. Сукупність даних факторів і сприяє розвитку емоційного виснаження та деперсоналізації.

Лікарі інтенсивної терапії визначали можливість проведення оперативного втручання з огляду на загальний стан хворого, призначали передопераційну підготовку та несли відповідальність за післяопераційний стан та життя пацієнтів. Більшість онкологічних хворих були особами похилого віку з супутньою соматичною патологією, що значно ускладнювало лікування та підвищувало рівень відповідальності за прийняті лікарські рішення, це і викликало високу емоційну напругу. Однак, поряд зі значним стресом, лікарі-реаніматологи, порівняно зі своїми колегами – онкологами, значно менше часу контактували з пацієнтами. Відсутність можливості та потреби у тісній взаємодії з хворими у свою чергу сприяли відстороненню та зростанню деперсоналізації.

Опитування лікарів виявило високу потребу в інформації з питань психоонкології (84%) та практичних навичок (88%). Найцікавішою для лікарів, незалежно від спеціалізації, була інформація щодо психологічних аспектів діяльності медичних працівників (42%), поширеності та особливостей психічних розладів у онкологічних пацієнтів (38%), комунікації та взаємодії з хворими та їх сім'ями (36%), корекції психічного стану та психічних розладів у пацієнтів (30%), базових знань з психології хворого на онкопатологію (30%), повідомлення «несприятливих новин» (30%). Найзатребуванішими психологічними навичками у професійній діяльності лікарів-онкологів були практика протидії стресу (54%), взаємодії та поведінки у конфліктних ситуаціях (54%), професійної комунікації (48%), асертивності (48%), саморегуляції психічного стану (44%).

Важливими психологічними навичками професійної взаємодії та відповідно і мішенями медико-психологіч-

ного впливу у лікарів, які надають онкологічну допомогу, були визначені:

- налагодження та підтримання контакту з онкологічним пацієнтом, достатнього для реалізації основних лікувальних завдань;
- повідомлення несприятливих новин;
- ведення «переговорів щодо протипухлинної терапії» – вміння у доступній формі донести до хворого важливу інформацію щодо лікування захворювання, мотивувати до протипухлинної терапії, обґрунтувати зміни лікувальної тактики відповідно до змін клінічних завдань;
- рівень поінформованості щодо питань психоонкології;
- діагностування порушень психічної діяльності на рівні норма/розлад, а також орієнтування щодо необхідності залучення спеціаліста з психічного здоров'я та застосування психофармакотерапії;
- структурування та організація робочого часу;
- протидія професійному стресу (безпечні для здоров'я методи зняття психічної напруги, адаптивний профіль копінгу).

Відмінності у роботі лікарів різних онкологічних спеціальностей обумовлювали диференціювання заходів медико-психологічної допомоги залежно від клінічних завдань та практичних потреб. Онкологи, які займалися лікуванням хворих як на ранніх, так і на пізніх стадіях захворювання, мали більшу потребу в інформуванні та практичних навичках, виявили широкий спектр психоосвітніх потреб. Хірурги-онкологи були зорієнтовані більше на практичні аспекти взаємодії, комунікації, корекції психічного стану хворих. Лікарів-реаніматологів зацікавили питання поширеності та особливостей психічних розладів у онкологічних пацієнтів, практикум стресостійкості та регуляції психічного стану.

Важливим етапом медико-психологічної допомоги було налагодження довірливого контакту з лікарями, отримання зворотного зв'язку, формування стосунків співробітництва. Адже медична діяльність – це насамперед практика, яка базується на засадах доказової медицини, об'єктивності, причинно-наслідкових зв'язках, клінічній доцільності, раціональності, конкретності дій. У сфері психічного здоров'я та психологічної допомоги на сьогодні відсутня ґрунтовна доказова база і щодо механізмів виникнення психічних порушень, і щодо їх лікування, немає чітких алгоритмів, важливе значення має суб'єктивна інтерпретація ситуації. Відповідно, часто лікарям незрозуміло, яким чином працює психологічна допомога, як її «призначати» та використовувати. Саме тому одним із ключових пунктів у інтеграції психологічної допомоги у медичну практику є накопичення доказової бази дієвості психотерапії, приєднання психологічних теорій до «біологічних основ», пояснення дії психологічних інтервенцій мовою психофізіології, нейрофізіології, нейробіохімії.

На практиці для ефективної організації медико-психологічної допомоги дії спеціаліста з психічного здоров'я мають:

- бути проактивними – ініціювати контакт та в подальшому його активно підтримувати;

- демонструвати практичні ефекти психологічної допомоги у роботі з онкологічними пацієнтами;
- бути клінічно обґрунтованими, орієнтованими на практичні завдання (прихильність до терапії);
- прогнозувати реакції та поведінку пацієнтів під час лікування, що дозволить більш ефективно вибудувати стратегію взаємодії з хворим;
- бути послідовними та методичними.

Формами надання медико-психологічної допомоги для медичного персоналу були психоосвіта, психологічний тренінг, консультування за типом психологічного розбору клінічної ситуації, психокорекція. Вибір форми та методу психологічної допомоги обумовлювався особливостями ситуації та наявними ресурсами, а саме – завданнями клінічної практики, установками та потребами щодо психологічної допомоги у медичних працівників, умовами проведення заходів (приміщення, час). Загальними засадами організації медико-психологічної допомоги в онкології є комплексність заходів, їх послідовність, методичність, клінічна обґрунтованість, гнучкість форм та методів у зв'язку з умовами реалізації.

Висновки

1. Онкологічне захворювання негативно впливає на психічний стан не лише пацієнтів, але і осіб, які їх оточують. Психічний стрес, який виникає у медичного персоналу онкологічних закладів, може призводити до емоційного вигорання та професійної дезадаптації, що негативно відображається на онкологічній допомозі та психічному здоров'ї працівників.

2. Чинниками професійного стресу лікарів-онкологів є комунікація та взаємодія з пацієнтами та членами їх сімей, характеристики онкологічної патології як соматичної нозології, особливості організації діяльності та вимоги до професійних навичок.

3. Лікарі-онкологи мають високу зацікавленість у психологічній інформації та навичках. Важливим етапом організації медико-психологічної допомоги є налагодження довірливого контакту між спеціалістом з психічного здоров'я та лікарями, формування стосунків співробітництва.

4. 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.

5. Загальними засадами організації медико-психологічної допомоги в онкології є комплексність, послідовність, методичність, клінічна обґрунтованість психологічних заходів, гнучкість щодо форм та методів психологічних інтервенцій.

Список використаної літератури

1. Колоскова О. К. Синдром емоційного вигорання у лікарів-педіатрів, які працюють на різному рівні надання медичної допомоги дітям / О. К. Колоскова, Т. М. Білоус, В. В. Білоус // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т. 17, № 4 (68). – С. 79–82.
2. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом.

- лом hospisy / I. P. Кузьмел, М. В. Маркова // Медична психологія. – 2010. – № 1. – С. 34–39.
- Назаренко І. П. Синдром емоційного вигорання серед медичних працівників психіатричної сфери [Електронний ресурс] / І. П. Назаренко // Новини медицини і фармації. – 2011. – № 383. – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/20574>.
 - Пастрик Т. В. Психологічні особливості емоційного вигорання в діяльності лікарів швидкої допомоги / Т. В. Пастрик // Психологічні перспективи. – 2011. – Вип. 17. – С. 186–192.
 - Судакова О. С. Специфіка розвитку синдрому емоційного вигорання у лікарів-онкологів / О. С. Судакова // Медична психологія. – 2012. – № 4. – С. 92–96.
 - Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2004. – 272 с.
 - Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model / V. Rasmussen, A. Turnell, P. Butow [et al.] // Psychooncology. – 2016. – Vol. 25 (2). – P. 194–202.
 - Russell K. Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting / K. Russell // Oncol Nurs Forum. – 2016. – Vol. 1, Issue 43 (1). – P. 103–109.
 - Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review / L. Gillman, J. Adams, R. Kovac [et al.] // JBI Database System Rev Implement Rep. – 2015. – Issue 12, Vol. 13 (5). – P. 131–204.
 - Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology / K. S. Rath, L. B. Huffman, G. S. Phillips [et al.] // American Journal of Obstetrics Gynecology. – 2015. – Vol. 213 (6). – P. 1–9.
 - Васильева Г. Ю. Ефективність корекції емоційного вигорання фахівців-онкологів як один з індикаторів якості медичної допомоги хворим на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильева // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV(1). – С. 81–83.
 - Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. – Oxford University press, 2010. – 374 p.
 - Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. – № 3. – С. 76–97.
 - Maslach C. Job Burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.
 - Kuzhel I. R., Markova M. V. Riven emotsiynogo vigo-rannya yak osnovnui kriteriy neobhidnosti ta zmistu psiohedyukativnoi i psiohokorektsiynoi robotu z medichnim personalom hospisu [Level of emotional burnout as a basic criterion of necessity and content of psychoeducation and psychocorrection with a hospice medical staff]. Medical Psychology, 2010, no. 1, pp. 34–39.
 - Nazarenko I. P. Syndrom emotsiynogo vigo-rannya sered medichnih pratsivnikov psihatrichnoi sferu [Syndrome of emotional burnout among mental health professionals]. News of medicine and pharmacy, 2011, no. 383. Available at: <http://www.mif-ua.com/archive/article/20574>.
 - Pastryk T. V. Psihologichni osoblivosti emotsiynogo vigo-rannya u diyalnosti likariv shvidkoї dopomogu [Psychological features of emotional burnout in doctors of ambulance]. Psychological perspectives, 2011, no. 17, pp. 186–192.
 - Sudakova O. S. Spetsifika rozvitu syndromu emotsiynogo vigo-rannya u likariv-onkologiv [Specificity of emotional burnout syndrome in medical oncologists]. Medical Psychology, 2012, no. 4, pp. 92–96.
 - Yurieva L. N. Professionalnoe vigo-ranie u medicinskih rabotnikov [Professional burnout in health care workers]. Kiev, Sphere, 2004. 272 p.
 - Rasmussen V., Turnell A., Butow P., Juraskova I., Kirsten L., Wiener L., Patenaude A., Hoekstra-Weebbers J., Grassi L. Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model. Psychooncology, 2016, no. 25(2), pp. 194–202.
 - Russell K. Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting. Oncological Nurses Forum, 2016, 1, no. 43(1), pp. 103–109.
 - Gillman L., Adams J., Kovac R., Kilcullen A., House A., Doyle C. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI Database of Systematic Review and Implementation Reports, 2015, 12, no. 13(5), pp. 131–204.
 - Rath K. S., Huffman L. B., Phillips G. S., Carpenter K. M., Fowler J. M. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. American Journal of Obstetrics Gynecology, 2015, no. 213(6), pp. 1–9.
 - Vasilieva G. Y. Efektivnist korektsii emotsiynogo vigo-rannya fahivtsiv-onkologiv yak odin z indikatoriv yakosti medichnoi dopomogu hvorum na onkologichnu patologiyu [The efficiency correction of emotional burnout in specialist oncologists as one of the indicators of quality of care for patients with cancer]. Medical perspectives, 2010, no. 15/1, pp. 81–83.
 - Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B., Loscalzo M. J., Butow Ph. N., McCorkle R. Psycho-Oncology. Oxford University press, 2015. 772 p.
 - Orel V. E. Fenomen vigo-raniya v zarubezhnoy psyhologii: empiricheskie issledovaniya [The phenomenon of «burnout» in foreign psychology: An Empirical Study]. Journal of Applied Psychology and Psychoanalysis, 2001, no. 3, pp. 76–97.
 - Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job Burnout. Annual Review of Psychology, 2001, no. 52, pp. 397–422.

References

ОБОСНОВАНИЕ И ОСНОВЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВРАЧАМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

И.Р. Мухаровская

Актуальность. Профессиональная деятельность врачей связана с высоким уровнем стресса, что обусловлено взаимодействием с больными людьми, переживающими физические и психологические страдания. Одним из самых известных отрицательных последствий профессионального стресса является синдром эмоционального выгорания.

Цель исследования – на основе оценки выраженности компонентов эмоционального выгорания, идентификации источников профессионального стресса, потребностей в информации и психологических навыках, определить мишени медико-психологической помощи врачам-онкологам.

Контингент и методы исследования. Исследование проведено на базе Киевского городского клинического онкологического центра. В опросе приняли участие 50 врачей-онкологов (27 женщин и 23 мужчин). В качестве диагностического инструментария были использованы опросник MBI-HSS и специально разработанный опросник.

Результаты. Факторами профессионального стресса врачей-онкологов были коммуникация и взаимодействие с пациентами и членами их семей, характеристики онкологической патологии как соматической нозологии, особенности организации деятельности и требования к профессиональным навыкам. У каждого третьего врача наблюдались признаки дезадаптивного влияния профессионального стресса, а каждый седьмой специалист переживал интенсивный рабочий стресс с негативными последствиями для выполняемой деятельности и собственного здоровья. Различия в структуре составляющих выгорания коренились в особенностях профессиональной деятельности. Опрос врачей выявил высокую потребность в информации по вопросам психоонкологии (84%) и практических навыков (88%).

Выводы. Медико-психологическая помощь врачам включает информирование касательно значимых аспектов психоонкологии и улучшение навыков профессионального взаимодействия с онкологическими пациентами. Различия в работе врачей различных онкологических специальностей обуславливают дифференцирование мероприятий медико-психологической помощи в зависимости от клинических задач и практических потребностей.

Ключевые слова: медицинский персонал, онкологическая служба, медико-психологическая помощь, психоонкология, профессиональная дезадаптация, эмоциональное выгорание, психообразование.

BACKGROUND AND PRINCIPLES OF PSYCHOLOGICAL HELP FOR DOCTORS IN ONCOLOGY SERVICE

I.R. Mukharovskaya

Background. Professional activities of physicians associated with high levels of stress due to the interaction with sick people experiencing physical and psychological suffering. One of the most well-known adverse effects of occupational stress is a syndrome of emotional burnout.

Aim of the study – based on the assessment of severity of emotional burnout, identification of sources of occupational stress, the need for information and psychological skills, identify target of psychological help for oncologists.

Contingent and methods. The study conducted at the Kyiv City Clinical Cancer Center. In the study participated 50 oncologists (27 women and 23 men). As a diagnostic tool used MBI-HSS and specially designed questionnaire.

Results. Factors of occupational stress in oncologists included communication and interaction with patients and their families, characteristics of cancer pathology as somatic nosology, specific issues of the organization help in oncology and requirements for professional skills. Each third doctor showed signs of negative influence of occupational stress, and every seventh specialist experienced intense work stress with negative consequences for the activities carried out and their health. Differences in the structure of the components of burnout rooted in the peculiarities of professional activity. The testing of doctors showed high demand for information on psychooncology (84%) and practical skills (88%).

Conclusions. Psychological help for doctors includes raising awareness of important issues in psychooncology and improve professional interactions with cancer patients. The differences in the different medical specialties of oncologists causing differentiation forms and methods of psychological interventions according to clinical problems and practical needs.

Key words: medical personnel, oncology service, psychological help, psychooncology, professional disadaptation, emotional burnout, psychoeducation.

М.В. Литвиненко

ОСОБЛИВОСТІ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ХВОРИХ НА АКНЕ

Дочірнє підприємство «Медбуд» ПАТ ХК «Київміськбуд», м. Київ

medbud@kiev.ua

Ключові слова:
вугрова хвороба,
міжособистісні стосунки,
дерматологічні пацієнти,
психодерматологія,
психологічна допомога.

Актуальність. Зміни зовнішнього вигляду, спричинені акне, негативно відображаються на психічному стані хворих, що робить актуальним різнобічне вивчення питань, пов'язаних із впливом захворювання на психологічний стан пацієнтів.

Мета дослідження – вивчити особливості уявлень хворих на вугрову хворобу про себе та свої взаємини з оточуючими.

Дослідження проводили на базі «Медбуд» впродовж 2014–2016 років. У тестуванні взяли участь 142 хворих на вугрову хворобу та 70 осіб без соматичної патології. Використана методика ДМВ Т. Лірі.

Результати. Хворих на акне вирізняють невпевненість у міжособистісних контактах, труднощі у спілкуванні з іншими, що приводить до підпорядкованої та залежної позиції. Виявлені гендерні відмінності у системі міжперсональних стосунків.

Висновки. Шкірне захворювання негативно відображається на системі міжособистісних стосунків. Корекція міжособистісної сфери є однією з важливих мішеней медико-психологічного впливу.

Актуальність. Вугрова хвороба – одне з найпоширеніших дерматологічних захворювань. Пік захворюваності припадає на підлітковий вік, акне виявляють у 95% хлопців та 85% дівчат, однак останнім часом спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих віком старше 25 років [1]. Близько 5% жінок та 1% чоловіків страждають на пізні акне [2]. У 5–15% хворих вугрова хвороба набуває тяжкого перебігу, що призводить до значних косметологічних дефектів у вигляді гіпо- та гіпертрофічних рубців [3]. Зміни зовнішнього вигляду, спричинені акне, негативно відображаються на психічному стані хворих.

Актуальність. Психоемоційні розлади реєструють у близько 41% хворих на акне, значно частіше вони зустрічаються у жінок [4]. Акне чинить більш виражену психотравмівну негативну дію на психіку пацієнтів, порівняно з іншими шкірними захворюваннями, такими як atopічний дерматит, псоріаз [5]. Хворі з вугровою хворобою часто асоціюють наявність висипу з власною потворністю та огидливим ставленням оточуючих, що супроводжується уникненням соціальних контактів. Соціальні проблеми, пов'язані з акне, включають знижене число побачень, прийомів їжі поза домом, участі в спортивних заходах, порушення академічної успішності, підвищений рівень безробіття [3]. Серед жінок, які хворіють на вугрову хворобу, кількість осіб, що не працюють, сягає 64%. Видимі дефекти шкіри можуть викликати надмірну зосередженість з надцінним характером проблем зовнішності, що посилює психотравмування і призводить до розладів міжособистісних, професійних, сексуальних стосунків.

Особливості реагування на хворобу залежать як від характеристик захворювання, так і від особистості хворого, його ставлення до ситуації, можливостей залучення зовнішнього ресурсу. Саме тому вивчення психологічних властивостей хворих, системи міжособистісних стосунків є актуальними завданнями медичної психології та психодерматології.

Мета дослідження – вивчити особливості уявлень хворих на вугрову хворобу про себе та про свої взаємини з оточуючими.

Контингент та методи дослідження

Дослідження проводили на базі Дочірнього підприємства Медичне науково-практичне об'єднання «Медбуд» ПАТ ХК «Київміськбуд» протягом 2014–2016 років. У тестуванні взяли участь 142 хворих на вугрову хворобу з хронічним перебігом – основна група (ОГ), в тому числі 75 осіб жіночої та 67 – чоловічої (ОГ1 та ОГ2), і 70 опитуваних без шкірної чи будь-якої хронічної соматичної патології – група порівняння (ГП), відповідно 35 дівчат та 35 хлопців (ГП1 та ГП2).

У якості діагностичного інструментарію було використано методику діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі [6]. Статистичну обробку проводили за допомогою MS Excel v.8.0.3., для визначення достовірності різниці між досліджуваними вибірками застосовували параметричний t-критерій Стюдента.

Результати та їх обговорення

У хворих на вугрову хворобу при взаємодії з іншими людьми більше проявлялися риси альтруїстичності

(5,8±1,5 балів у ОГ проти 5,4±1,1 балів у ГП), залежності (5,5±1,4 балів проти 5,1±1,1 балів), підорядкування (5,4±1,0 балів проти 5,1±1,0 балів), та менше дружельності (6,5±1,3 балів та 7,0±1,2 балів) і авторитарності, порівняно з опитуваними без шкірної патології (5,8±1,4 балів проти 6,3±1,3 балів) (рис. 1), $p < 0,05$. Відмінностей щодо вираженості егоїстичності, агресивності, підозріливості не виявлено (5,4±1,4 балів у ОГ та 5,6±1,2 балів у ГП; 5,2±1,1 балів та 5,4±1,2 балів; 5,5±1,7 балів та 5,2±1,3 балів).

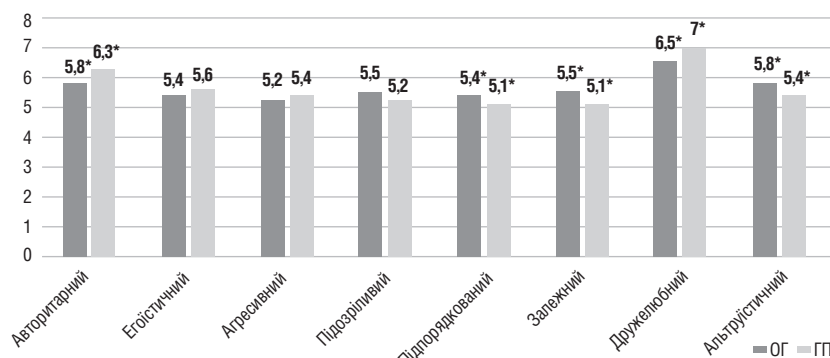
Жінки з ОГ, порівняно із соматично здоровими опитуваними з ГП, мали вищі рівні альтруїстичності (6,1±1,6 балів у ОГ1 проти 5,5±1,2 балів у ГП1), залежності (5,8±1,4 балів проти 5,3±1,1 балів) та нижчі – дружельності (6,4±1,3 балів проти 7,0±1,3 балів), чоловіки були менш доміантними (6,2±1,5 балів у ОГ2 проти 6,8±1,2 балів у ГП2) та доброзичливими (6,6±1,4 балів проти 7,1±1,2 балів) і більш поступливими (5,2±1,0 балів проти 4,9±0,8 балів), $p < 0,05$. У чоловіків більший прояв мали авторитарність (5,4±1,2 балів у ОГ1 проти 6,2±1,5 балів у ОГ2; 5,8±1,2 балів у ГП1 проти 6,8±1,2 балів у ГП2) та агресивність в обох групах (5,1±0,9 балів проти 5,4±1,2 балів; 5,1±1,0 балів проти 5,8±1,4 балів), в ОГ до них доєднувалася також егоїстичність (5,2±1,2 балів у ОГ1 проти 5,6±1,5 балів у ОГ2). У жінок з акне були вищими рівні залежності (5,8±1,4 балів у ОГ1 проти 5,2±1,5 балів у ОГ2) та альтруїстичності (6,1±1,6 балів проти 5,4±1,3 балів), ніж у осіб чоловічої статі з вугровою хворобою (таблиця), $p < 0,05$.

Таблиця. Вираженість типів міжособистісних стосунків у опитуваних ОГ та ГП залежно від статі, $x \pm \sigma$ (бали)

Тип стосунків	ОГ1, n=75	ГП1, n=35	ОГ2, n=67	ГП2, n=35
Авторитарний	5,4±1,2!	5,8±1,2!	6,2±1,5*!	6,8±1,2*!
Егоїстичний	5,2±1,2!	5,5±1,3	5,6±1,5!	5,7±1,2
Агресивний	5,1±0,9!	5,1±1,0!	5,4±1,2!	5,8±1,4!
Підозріливий	5,4±1,8	5,1±1,2	5,5±1,6	5,2±1,4
Підпорядкований	5,5±1,0	5,2±1,1	5,2±1,0*	4,9±0,8*
Залежний	5,8±1,4*!	5,3±1,1*	5,2±1,5!	4,9±1,0
Дружельбний	6,4±1,3*	7,0±1,3*	6,6±1,4*	7,1±1,2*
Альтруїстичний	6,1±1,6*!	5,5±1,2*	5,4±1,3!	5,2±1,0

Примітка. * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ за t-критерієм між опитуваними ОГ та ГП (міжгрупова), ! – внутрішньогрупова.

Розподіл за ступенем вираженості типів міжособистісних стосунків (рис. 2, 3) показав, що низькі показники за



Примітка. * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ за t-критерієм.

Рис. 1. Вираженість типів міжособистісного відношення у опитуваних ОГ та ГП, бали

авторитарним типом були у 18,3% опитуваних ОГ та лише у 7,1% осіб з ГП, середні – у 75,4% та 84,3%, високі – у 6,3% та 8,6% респондентів відповідно. Щодо егоїстичного типу взаємодії, низький ступінь прояву був у ОГ в 22,5% та у ГП – в 12,9%, середній – в 71,1% та 82,9%, високий – в 6,3% та 4,3% опитуваних. Наведені дані вказують на нижчий рівень доміантності та впевненості у взаєминах з іншими у хворих на вугрову хворобу. Стосовно агресивного типу стосунків отримані наступні результати: частки низького прояву виявлені у 13,4% у ОГ та 20,0% у ГП, середнього – у 85,2% та у 78,6%, високого – у 1,4% та у 1,4% відповідно. Низьку підозріливість зафіксовано у 28,2% опитуваних у ОГ та у 31,4% – у ГП, середню – у 59,9% та 64,3%, високу – у 12,0% та 4,3%. Таким чином, соматично здорові респонденти були схильні до більшої вимогливості у сосунках, тоді як у частини хворих з акне виявлена посилена недовірливість при взаємодії з оточенням. У меншій кількості осіб з вугровою хворобою виявлено низькі показники за підпорядкованим та залежним типами – 17,6% проти 25,7% і 23,9% проти 37,1%, та у більшій – середні – 81,7% проти 74,3% і 73,9% проти 62,9%, та високі – 0,7% проти 0% і 2,1% проти 0%, ніж у соматично здорових опитуваних. За дружельбним типом стосунків низький прояв мали 6,3% у ОГ та 5,7% у ГП, середній – 83,1% та 87,1%, високий – 10,6% та 7,1%. Однак у ГП, поряд з подібністю структури, вираженість проявів дружельбності була більшою. Щодо альтруїстичного типу, серед хворих на акне було більше осіб з високим рівнем цього показника – 9,2% проти 1,4%, середній та низький рівні становили 74,6% проти 78,6% і 16,2% проти 20,0%.

Хворі з вугровою хворобою у міжособистісній взаємодії проявляли доброзичливість, було вираженим прагнення вжитися в оточення та здобути прихильність значимих осіб, наявна схильність турбуватися про інших навіть на шкоду власним інтересам, присутня критичність до себе у поєднанні з терпимістю до чужих недоліків. Пацієнтам з акне були притаманні сором'язливість, довірливість, залежність від думки інших людей та пошук їх схвалення, поступливість, хитка впевненість у собі. Хворі на вугрову хворобу були схильні легко ображатися та довго пам'ятали образу, часто відчувати розчарування та печаль від стосунків з іншими.

Опитувані ГП у взаємодії демонстрували дружельбність, доброзичливість, впевненість, були комунікабельними, відкритими, практичними, легко адаптувалися до ситуації, прагнули до успіху та лідерства, вміли наполягти на своєму.

Висновки

1. Вугрова хвороба дуже негативно впливає на уявлення хворих про себе та свої взаємини з оточуючими, що проявлялося у невпевненості в міжособистісних контактах, труднощах у спілкуванні з іншими, формуванні підпорядкованої та залежної позиції.

2. Жінкам з акне були притаманні альтруїстичність та залежність, чоловікам – зниження доміантності та посилення підпорядкованості.

3. Міжперсональна взаємодія має вагоме значення для психологічної адаптації людини до стресових умов, що обумовлює необхідність психологічної корекції дисфункціональної системи взаємин.

4. Деадаптивні особливості міжособистісної взаємодії – важлива мішень медико-психологічного впливу у роботі з пацієнтами, які хворіють на акне.

Список використаної літератури

- Colleir Ch. The prevalence of acne in adults 20 years and older / Ch. Colleir, J. Haper, W. Cantell // *Journal of American Academy of Dermatology*. – 2008. – Vol. 58. – P. 56.
- Калюжна Л. Д. Тяжкі форми акне: можливості лікування [Електронний ресурс] / Л. Д. Калюжна, А. В. Петренко // *Український медичний часопис*. – 2014. – № 6 (104). – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/82994/tyazhki-formi-akne-mozhливosti-likuvannya>.
- Keri J. What's new in acne and rosacea? / J. Keri // *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. – 2016. – Vol. 35 (2). – P. 103–106.
- Белюсова Т. А. Современные представления о патогенезе и терапии акне у женщин / Т. А. Белюсова, М. В. Горячкина // *Русский медицинский журнал*. – 2012. – № 22. – С. 1153–1159.
- Niemeier V. Acne vulgaris – psychosomatische Aspekte / V. Niemeier, J. Kupfer, V. Gieler // *J. Deutsch. Dermatol. Gesellsch.* – 2010. – Bd. 8, № 3. – P. 95–104.
- Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 2001. – 672 с.

References

- Colleir Ch., Haper J., Cantell W. The prevalence of acne in adults 20 years and older. *Journal of American Academy of Dermatology*, 2008, no. 58, pp. 56.
- Kalyuzhnaya L.D., Petrenko A.V. Tyazhki formu acne: mozhливosti likuvannya. [The severe acne, treatment options]. *Ukrainian Medical Journal*, 2014, no. 6(104). Available at: <http://www.umj.com.ua/article/82994/tyazhki-formi-akne-mozhливosti-likuvannya>.

- Keri J. What's new in acne and rosacea? *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 2016, no. 35(2), pp. 103–106.
- Belousova T.A., Goryachkina M.V. Sovremennye predstavleniya o patogeneze i terapii akne u zhenshin [Current views on the pathogenesis and treatment of acne in women]. *Russian Medical Journal*, 2012, no. 22, pp. 1153–1159.
- Niemeier V., Kupfer J., Gieler V. Acne vulgaris – psychosomatische Aspekte. *J. Deutsch. Dermatol. Gesellsch.*, 2010, no. 3, pp. 95–104.
- Practical psychodiagnostics. Procedures and tests. Textbook / Ed. D. Y. Raigorodskii. Samara, Bachrach-M, 2001. 672 p.

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ С АКНЕ

М.В. Литвиненко

Актуальность. Изменения внешнего вида, вызванные акне, негативно отражаются на психическом состоянии больных, что обуславливает необходимость разностороннего изучения вопросов, связанных с влиянием заболевания на психологическое состояние пациентов.

Цель исследования – изучить особенности представлений больных угревой болезнью о себе и своих взаимоотношениях с окружающими.

Исследование проводилось на базе «Медбуд» в течение 2014–2016 гг. В тестировании приняли участие 142 больных с угревой болезнью и 70 опрошенных без соматической патологии. Использована методика ДМО Т. Лири.

Результаты. Больных с акне отличала неуверенность в межличностных контактах, трудности в общении с другими, которые приводили к подчиненной и зависимой позиции. Имели место различия в системе межперсональных отношений в зависимости от пола.

Выводы. Кожное заболевание негативно отражается на системе межличностных отношений. Коррекция межличностной сферы является одной из важных мишеней медико-психологического воздействия.

Ключевые слова: угревая болезнь, межличностные отношения, дерматологические пациенты, психодерматология, психологическая помощь.

FEATURES OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS IN PATIENTS WITH ACNE

M.V. Litvinenko

Background. Changes caused by acne negatively reflected on the mental state of patients, which makes important the study of issues related to the impact of the disease on the psychological state of patients.

The aim – to research the features of representations of patients with acne about themselves and their relationships with others.

The study conducted at «Medbud» for 2014–2016 years. In testing participated 142 patients with acne and 70 respondents without somatic disease. We used DIR by T. Leary. **Results.** Patients with acne distinguished uncertainty in interpersonal contacts, had difficulties in communicating with others, which led to a subordinate and dependent position. There were gender differences in the system of interpersonal relations.

Conclusions. Skin diseases had negative impact on the system of interpersonal relations. Correction interpersonal sphere is one of the important targets of psychological help.

Key words: acne, interpersonal relationships, dermatological patients, psychodermatology, psychological help.

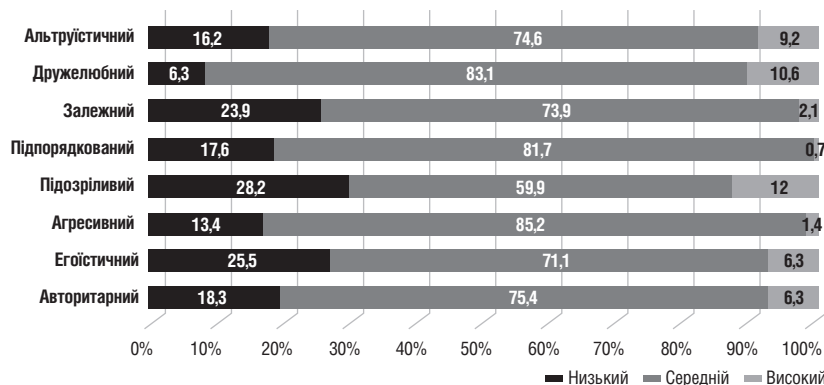


Рис. 2. Розподіл за ступенем вираженості типів міжособистісних стосунків у ОГ, %

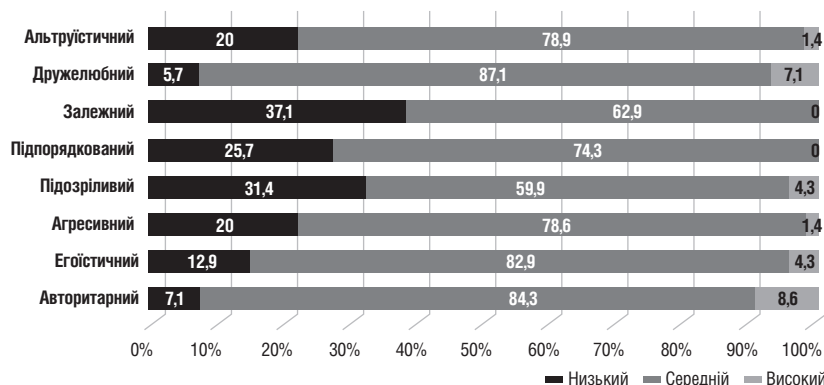


Рис. 3. Розподіл за ступенем вираженості типів міжособистісних стосунків у ГП, %

М.Ю. Вахтенков

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД
ЯК ТРИГЕРНИЙ ФАКТОР ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

makswell28@gmail.com

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) 2 типу є суттєвою медико-соціальною проблемою. Доведено значну коморбідність ЦД та психічних порушень, як правило, несприятливого рівня. Поширеним є погляд на ЦД 2 типу як на психосоматичне захворювання, тобто як на захворювання, у виникненні та перебігу якого значну роль відіграють психологічні та соціальні фактори. В умовах проведення антитерористичної операції (АТО), яка уже впродовж трьох років триває на Сході нашої країни, особливої уваги набуває ще одна медико-соціальна проблема, тісно пов'язана з соціальними та психологічними факторами – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Мета. Здійснити аналіз розробки проблеми дослідження наявності та характеру взаємозв'язку посттравматичного стресового розладу та цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Проведено контент-аналіз 245 джерел інформації по базах даних Medline, Pubmed, Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського, Національної наукової медичної бібліотеки України; також використано офіційні сайти ВООЗ, IDF та інші відкриті джерела. Описаний клінічний випадок ЦД 2 типу, поєднаного з симптомами ПТСР.

Результати та висновки. Вдалося виявити численні повідомлення про статистично достовірний зв'язок між наявністю ПТСР та ЦД 2 типу. Стосовно характеру цього зв'язку повної ясності немає. Встановлено, що наявність ПТСР призводить до погіршення рівнів глікемічного контролю у хворих на ЦД 2 типу. Частина дослідників пропонує розглядати ЦД 2 типу як віддалений наслідок ПТСР, частина – як маркер нейроендокринної та метаболічної дисрегуляції, яка може призводити до ЦД 2 типу. В той же час, більшість дослідників повідомляють про недостатність інформації та необхідність подальших досліджень.

Ключові слова:
цукровий діабет,
посттравматичний
стресовий розлад.

Актуальність. За даними багатьох авторів, роль психічних порушень при соматичних захворюваннях є значною. Досить часто повідомляється про психічні порушення несприятливого рівня при хронічних неінфекційних захворюваннях. Різні дослідники оцінюють частку пацієнтів з такими порушеннями в межах 14–68% [5, 11, 26, 44]. Водночас широко обговорюється проблема психосоматичних порушень. За даними різних джерел, частка таких порушень серед населення становить 15–52%, а в структурі загальномедичної практики – 30–57% [14, 16, 28].

Цукровий діабет (ЦД) посідає чільне місце в групі хронічних неінфекційних захворювань. Діагноз цукрового діабету може бути охарактеризований як катастрофічний, оскільки встановлення цього діагнозу означає для пацієнта значні зміни способу життя, високий ризик інвалідності та смерті. ЦД також характеризується супутніми психологічними порушеннями. Існують численні повідомлення про більші рівні поширеності тривоги та депресії, психічних порушень органічного характеру в групі пацієнтів, хворих на ЦД, порівняно із загальною популяцією [9, 18, 33, 35].

Експерти International Diabetic Federation (IDF) та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) повідомляють про неінфекційну епідемію цукрового діабету. Також вони зазначають, що 90% усіх випадків ЦД складає ЦД 2 типу [4].

За даними IDF, станом на 2013 рік численність хворих на ЦД складала 382 млн осіб (8,3%) серед дорослого населення світу віком 20–79 років [24, 37, 38], а приріст поширеності ЦД у світі за 2003–2013 рр. склав +62,7%. Очікується, що до 2030 року кількість хворих на ЦД у світі складатиме 552 млн осіб, тобто хворим буде кожний десятий дорослий у світі (9,9%) [24, 32].

За даними Світового Банку, прямі витрати системи охорони здоров'я, пов'язані з ЦД, становлять від 2,5 до 15% річного бюджету тієї чи іншої країни. Загальна сума витрат у 2012 році склала 471 млрд, у 2013 році – вже 548 млрд доларів США, що становило 11% світового бюджету системи охорони здоров'я дорослих [17, 24].

Як свідчать дані Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 році в Україні було зареєстровано 1 380 047 хворих на ЦД. Первинна захворюваність у

2013 році склала 123 422 хворих, приріст показника поширеності ЦД за 2003–2013 роки становив +55,1%, приріст захворюваності за той же час – +59,2% [6, 19, 24].

У 2013 році було зафіксовано приблизно 4,6 млн смертей від ЦД, що відповідає 11 місцю у структурі причин смерті (6,8% загальної смертності) [26]. Експерти ВООЗ прогнозують, що смертність від ЦД впродовж наступних 10 років зросте більше ніж на 50% і переміститься на 7 місце в структурі причин загальної смертності [4, 24].

З огляду на вищезазначене можна стверджувати, що ЦД є суттєвою медико-соціальною проблемою як в межах загальносвітових тенденцій, так і конкретно в Україні. Доведено значну коморбідність ЦД і психічних порушень, як правило, непсихотичного рівня.

Питання етіології ЦД все ще залишається дискусійним. Класична медична позиція, яка увійшла в підручники з ендокринології, полягає в тому, що провідним фактором виникнення ЦД 2 типу є генетична схильність [7], яка проявляється внаслідок впливу зовнішніх чинників – надмірна вага/ожиріння, вік старше 40 років, гіподинамія, супутні захворювання (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, інша ендокринна патологія тощо). Водночас досить поширеною є думка, що ЦД 2 типу є психосоматичним захворюванням [1, 2, 16], провідна роль у виникненні та перебігу якого належить психічним, соціальним факторам. Одним із таких факторів, вплив яких останнім часом вивчається, є стрес [13, 15, 29].

Сама ідея впливу стресу на розвиток соматичного захворювання не є новою. Засновник теорії стресу, Ганс Сельє, ще в середині 20 сторіччя ввів поняття «стрес», «дистрес», «еустрес» [20, 21]. Під стресом він запропонував розглядати неспецифічну відповідь організму на будь-які зміни як зовнішніх, так і внутрішніх умов. У своїх дослідженнях він встановив, що всі чинники, які впливають на організм, окрім свого специфічного ефекту, викликають також неспецифічну потребу здійснити пристосувальні функції і тим самим відновити звичайний стан (гомеостаз). Такі функції є незалежними від специфічності впливу. Неспецифічні вимоги, які викликаються впливом самим по собі, – це і є суть стресу. Залежно від тривалості та характеру дії стресора реакція стресу може розвиватися по-різному. Якщо стресор є занадто інтенсивним чи діє занадто довго, його вплив на організм є негативним. Реакція організму на такий вплив характеризується як дистрес. Натомість, якщо інтенсивність та тривалість стресора є в межах адаптаційних можливостей організму, його дія приводить до підвищення адаптаційних можливостей організму. Такий стрес характеризується як еустрес.

З огляду на це в межах теорії стресу цукровий діабет 2 типу може бути розглянутий як одна із форм прояву дистресу.

Зрозуміло, що таких форм є велика кількість (залежно від генетичних особливостей організму, попереднього досвіду, виду стресора тощо). Зокрема, у разі зустрічі з екстремальною кризовою ситуацією з потужними негативними наслідками, ситуацією загрози життю для самого себе або значимих близьких може розвинути посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Тобто, в разі кризових обставин однією з форм реалізації дистресу може бути виникнення ПТСР. Враховуючи те, що в на-

шій країні уже третій рік триває незавершений збройний конфлікт, десятки тисяч осіб стали учасниками бойових дій, сотні тисяч стали вимушеними переселенцями і мільйони залучилися до цього конфлікту через засоби масової інформації та взаємодію з постраждалими, дослідження ПТСР викликає особливий інтерес.

ПТСР внесений до американського діагностичного та статистичного посібника з ментальних розладів DSM-IV-R під кодом 309.81 та до міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) під кодом F 43.1 і визначається як характерний симптомокомплекс, що виникає внаслідок психічної травми, спричиненої подією, яка виходить за межі звичайного людського досвіду, як-то загроза життю, збиток самій людині або її родині, раптова втрата домівки або родини, досвід свідка неприродної смерті або поранення іншої людини [10, 36].

Ключовим у виникненні ПТСР вважають наявність впливу травматичної події (DSM-IV-R, МКХ-10) – екстремальної кризової ситуації з потужними негативними наслідками, ситуації загрози життю для самого себе або значимих близьких.

Найповніше дослідження ПТСР висвітлені в англійській літературі. Engdahl B., Eberly R. та ін. у своїх дослідженнях показали, що поширеність ПТСР у групі ветеранів Другої світової війни, які перебували у полоні, значно перевищує поширеність ПТСР у загальній популяції [37]. Вони встановили, що у 50% звільнених з полону симптоми ПТСР мали місце впродовж року після звільнення, а у 29% ветеранів симптоми ПТСР спостерігали навіть через 40 років після травмуючих подій [30, 42].

Marmar C.R., Schlenger W., Kulka R.A. та ін. у своєму дослідженні психічного здоров'я ветеранів війни у В'єтнамі, проведеному через 40 років після її завершення, виявили показники поширеності симптомів ПТСР на рівні 4,5–11,2% серед учасників бойових дій та на рівні 1,2–3,9 % серед усіх учасників війни [31]. Schlenger W.E., Mulvaney-Day N., Kulka R.A. та ін. у ще одному дослідженні стану ветеранів війни у В'єтнамі показали, що ті з них, хто мали більші показники рівнів симптоматики ПТСР, частіше зверталися за амбулаторною медичною допомогою [46].

Водночас Kessler R.C., Sonnega A. та ін. на вибірці, яка є репрезентативною до всього населення США, встановили, що оціночна поширеність ПТСР серед громадян впродовж всього життя складає 7,8% [43].

За даними експертів ВООЗ, у випадках стихійних лих, військових конфліктів очікувані коефіцієнти поширеності ПТСР складають 15–20% [25].

Дослідження ПТСР на українській вибірці є менш численні та менш повні. Проте нам вдалося виявити кілька вартих уваги робіт.

О.О. Євдокімова та В.І. Заворотний на підставі аналізу діяльності Військово-медичного центру Північного регіону за період із травня по жовтень 2014 року (за цей час в центрі пройшло реабілітацію більше 2 тисяч учасників АТО) повідомляють про поширеність ПТСР серед пацієнтів центру на рівні 30% [8].

Ю.С. Бучок повідомляє про дослідження психічного стану 305 дітей, які постраждали внаслідок катастрофічних повеней на Закарпатті у 1998 і 2001 рр., в резуль-

таті якого встановлено, що на момент дослідження, у 2001–2002 рр., у 14,1% з них був наявний клінічно виражений ПТСР, а ще у 74,1% – донозологічні мозаїчно представлені його прояви. Через 10 років (2009–2013 рр.) повторне дослідження 161 особи, з тих що були обстежені у 2001–2002 рр., виявило розвиток у 13,66% обстежених хронічного варіанту ПТСР, а ще у 65,22% – посттравматичних стресових порушень донозологічного рівня [3].

Слюсар І.М. в своєму дослідженні психічного травматизму службової діяльності працівників ДПС ДАІ (вибірка – 130 осіб) наводить дані про наявність чіткого ПТСР у 6,67–7,0% працівників та про окремі ознаки ПТСР у 13,3–46% працівників [22].

Колесник В.Л., досліджуючи психічний стан 42 жінок, що втратили вагітність, повідомляє про наявність ПТСР через рік після втрати вагітності у 0,6–3,15% жінок [12].

Таким чином, дані щодо статистики ПТСР є вкрай неоднорідними. Різні дослідники повідомляють про виникнення ПТСР у 0,6–30,0% осіб, що зазнали впливу надзвичайної, кризової події, та про наявність ознак ПТСР ще у 1,2–74,1% таких осіб. Така велика різниця отриманих результатів може бути пов'язана з використанням дослідниками різних діагностичних методик, з дуже великою різницею в численності вибірки у різних дослідженнях, з різною природою травматичної події, вплив якої досліджувався.

Водночас наведені дослідження дають підстави стверджувати про значну вразливість учасників кризових подій до розвитку ПТСР та про тенденцію до збереження ПТСР та окремих його ознак впродовж тривалого часу, що негативно впливає на якість та тривалість життя.

У контексті всього вищесказаного цікавим є дослідження зв'язку між появою ЦД та наявністю ПТСР в анамнезі.

Мета. Здійснити аналіз розробки проблеми дослідження наявності та характеру взаємозв'язку посттравматичного стресового розладу та цукрового діабету 2 типу.

Матеріали та методи дослідження

Ми провели вивчення 245 джерел за ключовими словами: «цукровий діабет», «стрес», «посттравматичний стресовий розлад» по базах даних Medline, Pubmed, Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського, Національної наукової медичної бібліотеки; також використано офіційні сайти ВООЗ, IDF та інші відкриті джерела. У результаті контент-аналізу було відібрано 50 джерел, в яких висвітлювалися питання психічних порушень при ЦД, розгляду ЦД як психосоматичного захворювання, аналізу соціально-економічного тягаря ЦД, розгляду ПТСР як соціально-медичного феномену, вивченню зв'язку ПТСР та ЦД. Був описаний клінічний випадок ЦД 2 типу, поєданого з симптомами ПТСР.

Результати та їх обговорення

На даний момент вдалося знайти такі дослідження взаємозв'язку ПТСР та ЦД:

Miller-Archie S.A., Jordan H.T., Ruff R.R. et al. встановили суттєвий зв'язок між наявністю ПТСР у тих, хто вижив після терактів у Світовому Торговому Центрі 9/11 2001 року (США) та появою у постраждалих ЦД. Вибірка їхнього дослідження складала 36 99 осіб, з яких діабет було виявлено у 2143. Автори зробили висновок, що наявність

ПТСР є фактором ризику появи ЦД; що діабет може бути відтермінованим наслідком ПТСР [41].

Boyko E.J., Jacobson I.G., Smith B. et al. [48] у своєму дослідженні ставили за мету з'ясувати ризик появи у військовослужбовців Міністерства оборони США ЦД впродовж перших 3 років після їх участі у військових маневрах, бойових діях, діагностування у них порушень психічного здоров'я. Вибірку склали 44 754 особи. Автори дослідження встановили суттєвий зв'язок наявності ПТСР та майбутнього ризику розвитку ЦД.

Heppner P.S., Crawford E.F., Haji U.A. et al. [49] провели своє дослідження на вибірці з 253 військовослужбовців-ветеранів. Автори вивчали 5 анатомо-фізіологічних показників (систоличний та діастолічний тиск крові, співвідношення окружності талії до окружності стегна, показники ліпопротеїдів високої щільності, холестерину натще, тригліцеридів сироватки крові та рівень глюкози у плазмі крові), які застосовуються для діагностики метаболічного синдрому, в залежності від наявності у досліджуваного ПТСР. У 40% обстежених з усієї вибірки був виявлений діагноз метаболічного синдрому. Серед досліджуваних, в яких було діагностовано ПТСР (n=139), 43% відповідали критеріям метаболічного синдрому. Таким чином, було встановлено прямо пропорційний зв'язок між тяжкістю ПТСР та вірогідністю розвитку метаболічного синдрому.

Woods A., Terhaar M. [50] у своєму дослідженні припустили, що в групі жінок з діабетом, які звертаються до ланки первинної медичної допомоги, ті з них, що мають симптоми ПТСР, демонструватимуть гірший рівень дотримання лікувального режиму (глікемічний контроль), ніж ті, що не мають симптомів ПТСР. Вибірку дослідження склали 20 жінок віком від 18 до 60 років, переважно з низьким доходом, які в минулому або на час дослідження страждали від насильства з боку партнера. Рівень дотримання лікувального режиму встановлювали шляхом визначення показників глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) впродовж 6 місяців. Окрім показників ПТСР автори вивчали в учасниць рівні депресії.

Дослідження виявило симптоми ПТСР у 8 жінок (40%), у 10 (50%) були ознаки депресії, 6 жінок мали одночасно і ПТСР, і депресію. Лише 5 жінок (25%) із обстежених мали коректний рівень HbA1c (<7%). Статистичний аналіз показав суттєвий прямо пропорційний зв'язок балів симптомів ПТСР, та рівнів HbA1c, суттєвий прямо пропорційний зв'язок балів симптомів депресії та рівнів HbA1c. Ці результати підтвердили гіпотезу авторів про те, що наявність ПТСР та депресії погіршує рівень дотримання лікувального режиму.

Vaccarino V., Goldberg J., Magruder K.M. et al. [39] здійснили проспективне дослідження зв'язку ПТСР та ЦД 2 типу на базі даних Vietnam Era Twin Registry. У дослідження було включено 4340 ветеранів війни у В'єтнамі, 1939–1957 років народження, які несли військову службу в часовому проміжку з 1964 по 1975 р., та які не відповідали критеріям виключення.

Наявність ПТСР (у момент дослідження та впродовж життя) була оцінена 1992 року. Ті ветерани, у яких не було діагностовано діабету на час перевірки на ПТСР, були включені в презентоване дослідження і перевірені на наявність ЦД 2 типу протягом січня 2010 – вересня 2012.

Дослідження 1992 року виявило більший відсоток факторів ризику появи метаболічних порушень (таких як надмірна вага та гіпертензія) у ветеранів з ПТСР.

Дослідження 2010–2012 років виявило 658 ветеранів, які захворіли на ЦД в часовий проміжок між першим (1992 рік) та другим (2010–2012 роки) дослідженням.

Оцінювання взаємозв'язку ПТСР та ЦД 2 типу з урахуванням віку досліджуваних виявило, що сукупні випадки діабету були суттєво частішими у ветеранів з ПТСР (18,9%), ніж у ветеранів без цього розладу (14,4%), ветерани з підпороговим ПТСР мали проміжний рівень поширеності (16,4%). Оцінювання з врахуванням військових, метаболічних факторів та факторів способу життя послабило виявлений зв'язок. Не було виявлено суттєвого зв'язку при порівнянні пар близнюків/двійнят, дискордантних за ПТСР. Автори дослідження зробили висновок, що ПТСР пов'язаний з 40% ризиком появи ЦД 2 типу, та припустили, що такий зв'язок частково можна пояснити наявністю групи метаболічних та поведінкових факторів ризику, здатних впливати на інсулінову резистентність. Вони припустили, що описані біологічні та поведінкові предиктори, які формуються всередині сім'ї, можуть призводити і до ПТСР, і до інсулінової резистентності/діабету. Тобто, ПТСР може бути маркером нейроендокринної та метаболічної дисрегуляції, яка може призводити до ЦД 2 типу.

Jacob M.M., Gonzales K.L., Calhoun D. et al. [45] здійснили дослідження зв'язку симптомів психологічної травми та поширеності ЦД 2 типу, рівнів глікемічного контролю та моделей лікування серед американських індіанців. Вибірку їх дослідження склало 3776 осіб. Автори не виявили статистично суттєвого зв'язку між симптомами психологічної травми та поширеністю ЦД 2 типу, рівнем глікемічного контролю, натомість, статистично суттєвий зв'язок було встановлено між наявністю симптомів психологічної травми та моделлю лікування, яку застосовують хворі на ЦД 2 типу: чим більшою була вираженість симптомів психологічної травми, тим більшою була частота застосування або лікування взагалі без медикаментів (лише корекція способу життя та дієта) або лікування за допомогою і пероральних цукрознижувальних засобів, і інсуліну.

Lukaschek K., Baumert J., Kruse J. et al. [47] провели крос-секційне дослідження зв'язку ПТСР та ЦД 2 типу. Вибірку їх дослідження склало 2970 осіб віком від 32 до 81 року. Серед опитаних було виявлено 50 осіб з вираженим ПТСР (1,7%) та 261 особа (8,8%) з частково вираженим ПТСР. Серед цієї ж вибірки було виявлено 333 (11,2%) особи, хворих на ЦД 2 типу, та 498 осіб (16,8 %) з предіабетом. Для оцінки зв'язку між ЦД 2 типу/предіабетом та ПТСР автори дослідження використали мультиномінальний логістичний регресивний аналіз з урахуванням соціодемографічних характеристик, метаболічних факторів ризику та психопатологічних станів. У результаті з'ясувалося, що виражений ПТСР має суттєвий зв'язок з ЦД 2 типу (порівняно з особами, які не переживали травматичну подію). Натомість, у осіб з предіабетом суттєвого зв'язку не було виявлено.

Автори дослідження зробили висновок, що переживання ПТСР може формувати симптоми хронічного стресу, які, в свою чергу, призводять до змін шаблонів

гормональної відповіді і, таким чином, проявляють себе як тригерний психологічний механізм, що призводить до ЦД 2 типу.

Andrea L. Roberts and colleagues [40] здійснили перше лонгітюдне дослідження зв'язку ПТСР та ЦД 2 типу серед цивільних жінок. Наявність зв'язку між цими станами оцінювали протягом 22 років. Вибірку дослідження склали 49 739 учасниць. У процесі дослідження було встановлено такі закономірності захворюваності на ЦД 2 типу залежно від наявності ПТСР: 1) жінки з шістьма-сім'ю симптомами ПТСР – 4,6 випадку на кожну 1000 осіб впродовж року; 2) жінки з чотирма-п'ятьма симптомами ПТСР – 3,9 випадку на кожну 1000 осіб впродовж року; 3) жінки з одним-трьома симптомами ПТСР – 3,7 випадку на кожну 1000 осіб впродовж року; 4) жінки, що пережили травматичну подію, але не мають симптомів ПТСР – 2,8 випадку на кожну 1000 осіб впродовж року; 5) жінки, що не зазнавали впливу травматичної події – 2,1 випадку на кожну 1000 осіб впродовж року.

Таким чином, дослідження виявило більш ніж удвічі підвищений ризик розвитку ЦД 2 типу у осіб з ПТСР, порівняно з тими, хто не зазнавав впливу травматичної події. Таке підвищення ризику було обумовлено вищими рівнями індексу маси тіла та вживанням антидепресантів (через наявність ПТСР). Натомість паління, дієта, вживання алкоголю та фізична активність не мали впливу на підвищення ризику.

Клінічний випадок

Пацієнтка N, 66 років. Перебуває на диспансерному обліку одного з поліклінічних закладів м. Києва з діагнозом цукровий діабет 2 типу.

Була обстежена в ході заняття «Школи діабету» на базі того ж поліклінічного закладу, де знаходиться на обліку.

Тривалість захворювання складає 5 років. На момент обстеження пацієнтка застосовувала пероральну цукрознижувальну терапію. Показники глюкози плазми крові натще – 7,3 ммоль/л, глікозильований гемоглобін – 8,4%, глюкоза в сечі – не виявлено, індекс маси тіла – 31,48 (зріст – 165 см, вага – 85,7 кг).

Початок захворювання пацієнтка пов'язує зі смертю в автокатастрофі своєї єдиної дочки та онуків. У процесі бесіди пацієнтка повідомляє про почуття смутку та втрати, говорить про стан внутрішньої напруги, неспокою, порушення сну, відчуття самотності, постійно думає про дочку, не може змиритися з її смертю. За «Шкалою депресії» Зунге виявляє стан легкої депресії невротичного характеру (56 балів). За «Шкалою самооцінки тривожності» Спілбергера–Ханіна виявляє високу реактивну тривожність (62 бали) та високу особистісну тривожність (60 балів).

З пацієнткою було проведено психоосвітню, психокорекційну бесіду. Рекомендовано більш повне психологічне обстеження.

Висновки

Виявлено численні повідомлення про статистично достовірний зв'язок між наявністю ПТСР та ЦД 2 типу. Проте повідомлення про характер цього зв'язку мають неоднозначний характер. Встановлено, що наявність ПТСР може призводити до погіршення рівнів глікемічно-

го контролю у хворих на ЦД 2 типу. Частина дослідників приходять до висновку, що ПТСР може провокувати розвиток ЦД 2 типу у віддаленому майбутньому, частина – що ПТСР може виступати у якості маркера нейроендокринної та метаболічної дисрегуляції, яка згодом може призводити до ЦД 2 типу. Водночас більшість дослідників повідомляють про недостатність інформації та необхідність у подальших дослідженнях.

Список використаної літератури

- Александр Ф. Психосоматическая медицина / Франц Александр. – Москва, 2011. – 319 с.
- Бройтгайм В. Психосоматическая медицина : краткий учебник / В. Бройтгайм, П. Кристман, М. Рад. – М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
- Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування / Юрій Степанович Бучок // Український вісник психоневрології. – 2014. – № 3 (80). – С. 42–47.
- Диабет. Информационный бюллетень № 312. [Електронний ресурс] // Сайт ВОЗ. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ru/>.
- Діагностика неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги / [О. О. Хаустова, В. М. Корнацький, О. В. Прохорова та ін.]. – К., 2014. – 41 с.
- Довідник основних показників діяльності ендокринологічної служби України за 2013 рік // Ендокринологія. – 2014. – Т. 19, № 1, додаток 1. – 40 с.
- Ендокринологія / [П. М. Боднар, І. В. Комісаренко, Ю. І. Комісаренко та ін.]. – К. : Здоров'я, 2002.
- Євдокімова О. О. Посттравматичні стресові розлади, гострі та віддалені, як наслідок участі у воєнних діях / О. О. Євдокімова, В. І. Заворотний // Право і безпека. – 2014. – № 3 (54). – С. 207–211.
- Земляніцина О. В. Особливості гормонально-метаболічного гомеостазу у хворих на цукровий діабет 2 типу із симптоматичними психічними розладами та у хворих на шизофренію під впливом психотропної терапії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Ендокринологія» / Земляніцина О. В. – Харків, 2008. – 20 с.
- Классификация психических расстройств МКБ-10. [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/icd10ps.pdf>.
- Клименко Л. В. Зміни внутрішньосерцевої гемодинаміки, показників ішемії міокарда, ліпідного спектра крові та психоемоційного стану у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з цукровим діабетом 2 типу та їх медикаментозна корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.11 «Кардіологія» / Клименко Л. В. – Київ, 2010. – 20 с.
- Колесник В. Л. Посттравматичний стресовий розлад у жінок, що перенесли перинатальні втрати у пізні терміни вагітності / В. Л. Колесник // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2014. – № 1/2 (33/34). – С. 168.
- Комнацький Б. Ю. Динаміка гематологічних та біохімічних показників периферичної крові шурів за умов експериментального цукрового діабету з модульованим іммобілізаційним стресом при введенні анестезуючих засобів / Б. Ю. Комнацький, В. М. Кулігіна // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 10–17.
- Коростій В. І. Емоційні розлади при психосоматичних захворюваннях в осіб молодого віку (система прогнозування, психотерапевтичної корекції та реабілітації): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 19.00.04 «Медицина психологія» / Коростій Володимир Іванович – Харків, 2011. – 36 с.
- Медико-психологічні наслідки дії хронічного стресу на хворих на цукровий діабет: клініко-динамічні та реабілітаційні аспекти / А. П. Ротаєнко, П. П. Ганинець, М. В. Швардак, К. П. Мелега // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2008. – № 34. – С. 82–85.
- Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / Владимир Давыдович Менделевич. – М. : «МЕДпресс-информ», 2008. – 586 с.
- Міжнародна Діабетична Федерація (IDF), сайт. – Режим доступу: <http://www.idf.org>.
- Михайлова Е. А. Клініко-патогенетичні особливості формування психопатологічних розладів у дітей з тяжкою формою цукрового діабету: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.16 «психіатрія» / Михайлова Емілія Ауреліана – Харків, 2006. – 21 с.
- Основні показники діяльності ендокринологічної служби України за 2003 рік (довідник). – Київ, 2004. – 23 с.
- Патофізіологія / [М. Н. Зайко, Ю. В. Биць, Г. М. Бутенко та ін.]. – К. : Медицина, 2008.
- Селье Г. Стресс без дистресса / Ганс Селье. – М. : Прогресс, 1982.
- Слюсар І. М. Посттравматичний стресовий розлад працівників дорожно-патрульної служби державтоінспекції: профілактика, психологічна діагностика та корекція: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук: спец. 19.00.06 «юридична психологія» / Слюсар Інна Миколаївна – Київ, 2005. – 24 с.
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Надежда Владимировна Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – («Практикум по психологии»).
- Ткаченко В. І. Аналіз поширеності та захворюваності на цукровий діабет серед населення світу та України за 2003–2013 рр. [Електронний ресурс] / В. І. Ткаченко // Ліки України. – 2014. – Режим доступу до ресурсу: http://www.health-medic.com/articles/liki_ukr_plus/2014-12-30/5.pdf.
- Улучшение охраны психического здоровья во время гуманитарных чрезвычайных ситуаций [Електронний ресурс] / P. Ventevogel, M. Van Ommeren, M. Schilperoord, S. Saxena // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/10/15-156919/ru/>.
- Хаустова О. О. Виявлення депресивних розладів у пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями / О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов // Архів психіатрії. – 2013. – № 3 (74). – С. 132.
- Хаустова О. О. Когнітивні порушення у пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями / О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, К. І. Тарновецька // Архів психіатрії. – 2013. – № 3 (74). – С. 130.
- Хаустова О. О. Метаболічний синдром Х (психосоматичний аспект) / Олена Олександрівна Хаустова. – Київ, 2009. – 126 с. – (МЕДКНИГА). – (Бібліотека практикуючого лікаря).
- A pilot study of acute stress symptoms in parents and youth following diagnosis of type I diabetes / G. D. Cline, D. D. Schwartz, M. E. Axelrad, B. Anderson // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. – 2011. – Volume 18. – P. 416–422.
- Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisoners of war / B. E. Engdahl, N. Speed, R. E. Eberly, J. Schwartz // The Journal of nervous and mental disease. – 1991. – № 179 (4). – P. 181–187.
- Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study / C. R. Marmar, W. Schlenger, C. Henn-Haase et al. // JAMA Psychiatry. – 2015. – № 72 (9) – P. 875–881.
- David R. Whiting. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030 / David R. Whiting, Leonor Guariguata, Clara Weil, Jonathan Shaw // Diabetes research and clinical practice. – 2011. – № 94. – P. 311–321.
- Depression Associated with Diabetes: From Pathophysiology to Treatment [Електронний ресурс] / J. Zanoveli, H. de Moraes, I. da Silva Dias et al. // Current Diabetes Reviews. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://benthamscience.com/journals/current-diabetes-reviews/article/131337/>.
- Eberly R. E. Prevalence of somatic and psychiatric disorders among former prisoners of war / Eberly R. E., Engdahl B. E. // Hospital & community psychiatry. – 1991. – № 42 (8). – P. 807–813.
- Goldney R. Diabetes, depression and quality of life: a population study / R. Goldney, P. Phillips, L. Fisher // Diabetes Care. – 2004. – № 27. – P. 1066–1070.
- ICD-10 Version:2010 [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F40-F48>.
- IDF Diabetes Atlas, Sixth edition, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013. – 162 p. Online version of IDF Diabetes Atlas: www.idf.org/diabetesatlas
- International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, Second edition, Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2003. – 297 p.
- Posttraumatic stress disorder and incidence of type-2 diabetes: a prospective twin study / Vaccarino V., Goldberg J., Magruder K. M. [et al.] // Journal of psychiatric research. – 2014. – № 56. – P. 158–164.
- Posttraumatic Stress Disorder and Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus in a Sample of Women. A 22-Year Longitudinal Study / Andrea L. Roberts, PhD; Jessica C. Agnew-Blais, ScD; Donna Spiegelman, ScD [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2015. – Vol. 72 (3). – P. 203–210.
- Posttraumatic stress disorder and new-onset diabetes among adult survivors of the World Trade Center disaster / Miller-Archie S.A., Jordan H.T., Ruff R.R. [et al.] // Preventive medicine. – 2014. – № 66. – P. 34–38.
- Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience / N. Speed, B. Engdahl, J. Schwartz, R. Eberly // The Journal of nervous and mental disease. – 1989. – № 177 (3). – P. 147–153.
- Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet [et al.] // Archives of general psychiatry. – 1995. – № 52 (12). – P. 1048–1060.
- Presurgical assessment of bariatric patients with the Patient Health Questionnaire (PHQ) – a screening of the prevalence of psychosocial comorbidity [Електронний ресурс] / P. H. Alizai, M. K. Akkerman, D. Kaemmer [et al.] // Health and Quality of Life Outcomes. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26059334>.
- Psychological trauma symptoms and Type 2 diabetes prevalence, glucose control, and treatment modality among American Indians in the Strong Heart Family Study / M. M. Jacob, K. L. Gonzales, D. Calhoun [et al.] // Journal of diabetes and its complications. – 2013. – № 27. – P. 553–557.
- PTSD and Use of Outpatient General Medical Services Among Veterans of the Vietnam War. [Електронний ресурс] / [W. E. Schlenger, N. Mulvaney-Day, R. A. Kulka та ін.] // Psychiatric services. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26725289>.
- Relationship between posttraumatic stress disorder and type 2 diabetes in a population-based cross-sectional study with 2970 participants / K. Lukaschek, J. Baumert, J. Kruse [et al.] // Journal of psychosomatic research. – 2013. – № 74. – P. 340–345.
- Risk of diabetes in U.S. military service members in relation to combat deployment and mental health / E. J. Boyko, I. G. Jacobson, B. Smith [et al.] // Diabetes Care. – 2010. – № 33 (8). – P. 1771–1777.

49. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans / Heppner P.S., Crawford E.F., Haji U.A. [et al.] // *BMC medicine*. – 2009. – № 7. – P. 11–12.
50. Woods A. Post-traumatic stress disorder and glycaemic control / A. Woods, M. Terhaar // *Journal of Diabetes Nursing*. – 2007. – Vol. 11. – P. 233–237.

References

- Alexander F. *Psyhosomaticheskaya meditsina* [Psychosomatic medicine] Moscow, Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy Publ., 2011, 319 p.
- Bräutigam W. *Psyhosomaticheskaya meditsina: kratkiy uchebnik* [Psychosomatic medicine: short tutorial] Moscow, GEOTAR Meditsina Publ., 1999, 142 p.
- Buchok Yu. Viddaleni pravyay posttraumatichnogo stresovogo rozladu: osoblyvosti kliniky, formuvannya ta kompleksnogo likuvannya [Term manifestations of posttraumatic stress disorder: clinical features, formation and complex treatment]. *Ukrayinskiy visnyk psyhonevrologii*, 2014, no. 3(80), pp. 42–47.
- WHO (2016). *Diabetes*. Fact sheet. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
- Khaustova O. O., Kornackiy V. M. Diagnostyka nepsyhotichnykh psyhichnykh rozladiv u pacientiv z hronichnymi neinfekciynymi zahvoryuvannyamy na etapi pervynnoyi medychnoyi dopomogy [Diagnosis of non-psychotic mental disorders in patients with chronic non-communicable diseases at the stage of primary care] Kiev, 2014, 41 p.
- Dovidnyk osnovnykh pokaznykiv diyal'nosti endokrynologichnoyi sluzhby Ukrainy za 2013 rik [Reference key of performance indicators of endocrinological Service of Ukraine for 2013] Kiev, 2014, 40 p.
- Bodnar P. M., Komisarenko I. V. *Endokrynologiya* [Endocrinology] Kiev, Zdorovya Publ., 2002, 519 p.
- Yevdokimova O. O., Zavorotnyi V. I. *Posttraumatichni stresovi rozlady, gostri ta viddaleni, yak naslidok uchasti u voyenniy diyah* [Posttraumatic stress disorders, acute and deferred, as a result of participating in military operations]. *Pravo i bezpeka – Law and security*, 2014, no. 3 (54), pp. 207–211.
- Zemlyanitsyna O. V. Osoblyvosti gormonal'no-metabolichnogo homeostazu u hvorykh na cukrovyy diabet 2 typu z symptomatichnyimi psyhichnymi rozladamy ta u hvorykh na shysofreniyu pid vplyvom psyhotropnoyi terapiyi. *Diss. kand. med. nauk* [Features of hormone-metabolic homeostasis in patients suffered from diabetes mellitus type 2 with symptomatic mental disorders and in patients with schizophrenia under psychotropic therapy. Cand. Med. sci. diss.] Kharkiv, 2008, 20 p.
- Klassifiatsiya psichicheskikh rasstroystv MKB-10 [Classification of mental disorders ICD-10] Available at: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/icd10ps.pdf> (accessed 13.04.2015)
- Klymenko L. V. *Zminy vnutrishn'osercevoyi gemodynamiki, pokaznykiv ishemii miokarda, lipidnogo spektru krovi ta psyhemoatsynynogo stanu u hvorykh na ishemichnu hvorobu sercya v poyednanni z cukrovym diabetom 2 typu ta yih medykamentozna korekciya*. *Diss. kand. med. nauk* [Changes of intracardiac haemodynamics, indices of myocardial ischemia, blood lipid spectrum and psychoemotional state in patients with ischemic heart disease combined with diabetes mellitus type 2 and their drug correction. Cand. Med. sci. diss.] Kiev, 2010, 20 p.
- Kolesnyk V. L. *Posttraumatichnyy stresovyy rozlad u zhink, scho perensely perynatal'ni vtraty u pizni terminy vagitnosti* [Post-traumatic stress disorder in women who have suffered perinatal loss in later stages of pregnancy]. *Zbirnyk naukovykh prac' asociatsiyi akusheriv-ginekologiv Ukrainy*, 2014, no. 1/2 (33/34), p. 168.
- Komnatskiy B. Y., Kuligina V. N. *Dynamika gematologichnykh ta biohimichnykh pokaznykiv peryferychnoyi krovi schuriv za umov eksperymental'nogo cukrovogo diabetu z modulovanyim immobilizatsiynym stresom pry vvedenni anestesuyuchykh zasobiv* [Dynamics of hematological and biochemical parameters of the peripheral blood of rats in case of experimental diabetes with modulated immobilization stress when anesthetic is injected]. *Visnyk stomatologiyi*, 2013, no. 1, pp. 10–17.
- Korostiy V. I. *Emociyni rozlady pry psyhosomatichnykh zahvoryuvannykh v osib molodogo viku (systema prognozuvannya, psyhoterapevtichnoyi korekciyi ta reabilitatsiyi)*. *Diss. Dokt. med. nauk* [Emotional disorders in young persons with psychosomatic diseases (system of forecasting, psychotherapy and rehabilitation). Dr. med. sci. diss.] Kharkiv, 2011, 36 p.
- Rotayenko A.P., Hanyec P.P. *Medyko-psyhologichni naslidky diyi hronichnogo stresu na hvorykh na cukrovyy diabet: kliniko-dynamichni ta reabilitatsiyni aspekty* [Medical-psychological consequences of chronic stress influence on the patients with diabetes mellitus: clinical-dynamic and rehabilitation aspect]. *Naukovyi visnyk Uzhgorodskogo universytetu*, 2008, no. 34, pp. 82–85.
- Mendelevich V. D. *Klinicheskaya i meditsynskaya psihologiya* [Clinical and medical psychology] Moscow, MEDpress-uhform Publ., 2008, 586 p.
- International Diabetes Federation. Available at: <http://www.idf.org> (accessed 3.03.2016)
- Myhaylova E. A. *Kliniko-patogenetichni osoblyvosti formuvannya psyhopatologichnykh rozladiv u ditey z tyazhkoyu formoyu cukrovogo diabetu*. *Diss. Dokt. med. nauk* [Clinical and pathogenetic features of formation of psychopathological disorders in children with severe diabetes. Dr. med. sci. diss.] Kharkiv, 2006, 21 p.
- Osnovni pokaznyky diyal'nosti endokrynologichnoyi sluzhby Ukrainy za 2003 rik (dovidnyk) [Key figures of endocrinology Service of Ukraine for 2003 (directory)] Kiev, 2004, 23 p.
- Zayko M. N., Byk Y. V. *Patofiziologiya* [Pathophysiology] Kiev, Medycyna Publ., 2008, 707 p.
- Selye H. *Stress bez distressa* [Stress without distress] Moscow, Progress Publ., 1982, 57 p.
- Slyusar I. M. *Posttraumatichnyy stresovyy rozlad pratsivnykiv dorozhn'o-patrulnoyi sluzhby derzhavtoinspekciyi: profilaktyka, psyhologichna diagnostyka ta korekciya*. *Diss. cand. psyh.nauk* [Posttraumatic stress disorder of officials of road patrol of State Automobile Inspectorate: prevention, psychological diagnosis and correction. Cand. psyh. sci. diss.] Kiev, 2005, 24 p.
- Tarabrina N. V. *Praktikum po psihologii posttraumaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress] St. Petersburg, Piter Publ., 2001, 268 p.
- Tkachenko V. [Analysis of the prevalence and incidence of diabetes mellitus among the population of the world and Ukraine, 2003–2013]. *Liky Ukrainy*, 2014, no. 4 (21) (In Ukr.). Available at: http://www.health-medic.com/articles/liki_ukr_plus/2014-12-30/5.pdf (accessed 14.02.2016)
- Ventevogel, P., van Ommeren, M. (2015). Improving mental health care in humanitarian emergencies. *Bulletin of the World Health Organization*. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/10/15-156919/en/>
- Khaustova O. O., Bushynska O. V. *Vyyavlennya depresyynykh rozladiv u pacientiv z hronichnymi somatichnymi zahvoryuvannyamy* [Detection of depressive disorders in patients with chronic medical conditions]. *Arhiv psyhatrii – Archives of psychiatry*, 2013, no. 3(74), pp. 132.
- Khaustova O. O., Bushynska O. V. *Kognityvni porushennya u pacientiv z hronichnymi somatichnymi zahvoryuvannyamy* [Cognitive impairment in patients with chronic medical conditions]. *Arhiv psyhatrii – Archives of psychiatry*, 2013, no. 3(74), pp. 130.
- Khaustova O. O. *Metabolichnyi syndrom X (psyhosomatichnyi aspekt)* [Metabolic Syndrome X (psychosomatic aspect)] Kiev, Medkniga Publ., 2009, 126 p.
- Cline, G. D., Schwartz, D. D., Axelrad, M. E. (2011). A pilot study of acute stress symptoms in parents and youth following diagnosis of type I diabetes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 416–422.
- Engdahl, B. E., Speed, N., Eberly, R. E. (1991). Comorbidity of psychiatric disorders and personality profiles of American World War II prisoners of war. *Journal of nervous and mental disease*, 179 (4), 181–187.
- Marmar, C. R., Schlenger, W., Henn-Haase, C. (2015). Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72 (9), 875–881.
- Whiting, D. R. (2011). International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030*. *Diabetes research and clinical practice*, 94, 311–321.
- Zanoveli, J., de Moraes, H., da Silva Dias, I. (2015). Depression Associated with Diabetes: From Pathophysiology to Treatment. *Current Diabetes Reviews*, 12 (3), 165–178. Retrieved from <http://benthamscience.com/journals/current-diabetes-reviews/article/131337/>
- Eberly, R. E., Engdahl, B. E. (1991). Prevalence of somatic and psychiatric disorders among former prisoners of war. *Hospital & community psychiatry*, 42 (8), 807–813.
- Goldney, R., Phillips, P. (2004). Diabetes, depression and quality of life: a population study. *Diabetes Care*, 27, 1066–1070.
- ICD-10 Version: 2010. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F40-F48>
- International Diabetes Federation (2013). *IDF Diabetes Atlas, Sixth edition*. Retrieved from <http://www.idf.org/diabetesatlas/downloads/previous-editions-idf-diabetes-atlas>
- International Diabetes Federation (2003). *Diabetes Atlas, Second edition*. Brussels, Belgium.
- Vaccaro, V., Goldberg, J. (2014). Posttraumatic stress disorder and incidence of type-2 diabetes: a prospective twin study. *Journal of psychiatric research*, 56, 158–164.
- Roberts, A. L., Agnew-Blais, J. C., Spiegelman, D. (2015). Posttraumatic Stress Disorder and Incidence of Type 2 Diabetes Mellitus in a Sample of Women. A 22-Year Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 203–210.
- Miller-Archie, S. A., Jordan, H. T. (2014). Posttraumatic stress disorder and new-onset diabetes among adult survivors of the World Trade Center disaster. *Preventive medicine*, 66, 34–38.
- Speed, N., Engdahl, B., Eberly, R. (1989). Posttraumatic stress disorder as a consequence of the POW experience. *The Journal of nervous and mental disease*, 177 (3), 147–153.
- Kessler, R. C., Sonnega, E., Bromet, E. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52 (12), 1048–1060.
- Alizai, P. H., Akkerman, M. K., Kaemmer, D. (2015). Presurgical assessment of bariatric patients with the Patient Health Questionnaire (PHQ)—a screening of the prevalence of psychosocial comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 80. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26059334>.
- Jacob, M. M., Gonzales, K. L., Calhoun, D. (2013). Psychological trauma symptoms and Type 2 diabetes prevalence, glucose control, and treatment modality among American Indians in the Strong Heart Family Study. *Journal of diabetes and its complications*, 27, 553–557.
- Schlenger, W. E., Mulvaney-Day, N., Kulka, R. A. (2016). PTSD and Use of Outpatient General Medical Services Among Veterans of the Vietnam War. *Psychiatric services*, 67 (5), 543–550. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26725289>
- Lukaschek, K., Baumert, J., Kruse, J. (2013). Relationship between posttraumatic stress disorder and type 2 diabetes in a population-based cross-sectional study with 2970 participants. *Journal of psychosomatic research*, 74, 340–345.
- Boyko, E. J., Jacobson, I. G., Smith, B. (2010). Risk of diabetes in U.S. military service members in relation to combat deployment and mental health. *Diabetes Care*, 33 (8), 1771–1777.
- Heppner, P. S., Crawford, E. F., Haji, U. A. (2009). The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans. *BMC medicine*, 7, 11–12.
- Woods, A., Terhaar, M. (2007). Post-traumatic stress disorder and glycaemic control. *Journal of Diabetes Nursing*, 11, 233–237.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕСОВОЕ РАССТРОЙСТВО КАК ТРИГГЕРНЫЙ ФАКТОР САХАРНОГО ДИАБЕТА

М.Ю. Вахтенков

Актуальность. Сахарный диабет (СД) 2 типа является существенной медико-социальной проблемой. Доказано значительную коморбидность СД и психических нарушений, как правило, непсихотического уровня. Распространенным является взгляд на СД 2 типа как на психосоматическое заболевание, то есть как на заболевание, в возникновении и течении которого значительную роль играют психологические и социальные факторы. В условиях проведения уже третий год на Востоке Украины Антитеррористической операции (АТО) особое внимание приобретает еще одна медико-социальная проблема, тесно связанная с психологическими и социальными факторами – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Цель. Провести анализ разработки проблемы исследованности наличия и характера взаимосвязи между посттравматическим стрессовым расстройством и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования. Был проведен контент-анализ 245 источников информации по базам данных Medline, Pubmed, Национальной библиотеки Украины им. В.И. Вернадского, Национальной научной медицинской библиотеки Украины; также были использованы официальные сайты ВОЗ, IDF и другие открытые источники. Был описан клинический случай СД 2 типа, сочетанный с симптомами ПТСР.

Результаты и выводы. Удалось обнаружить многочисленные сообщения о наличии статистически достоверной связи между ПТСР и СД 2 типа. Сообщения о характере такой взаимосвязи носят неоднозначный характер. Установлено, что наличие ПТСР может приводить к ухудшению уровня гликемического контроля у больных СД 2 типа. Часть исследователей приходят к выводу, что ПТСР может провоцировать развитие СД 2 типа в отстроченном будущем, часть – что ПТСР может выступать в качестве маркера нейроэндокринной и метаболической дисрегуляции, которая в дальнейшем может приводить к возникновению СД 2 типа. Также большинство источников сообщают о недостаточности информации и о необходимости дальнейших исследований.

Ключевые слова: сахарный диабет, посттравматическое стрессовое расстройство.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AS TRIGGER FACTOR OF DIABETES

M.Y. Vahtenkov

Background. Type 2 diabetes is an essential medical and social problem. Comorbidity of type 2 diabetes and mental disorders, based mainly on non-psychotic level, is proved. It is common to interpret type 2 diabetes as psychosomatic disease. It means that psychological and social factors can play important role in appearance and course of disease. Posttraumatic stress disorder (PTSD) also is a medical and social problem, which appearance and course are closely related with psychological and social factors. The value of PTSD is growing in situation of anti-terrorist operation in east region of Ukraine.

Objective. Provide analysis of research levels of existing and nature of link between posttraumatic stress disorder and diabetes.

Methods and materials. Content analysis of 245 sources of information was made. Databases of Medline, Pubmed, Vernadsky National Library of Ukraine, National Scientific Medical Library of Ukraine, websites of World Health Organization, International Diabetes Federation, other open sources were used. Clinical case of type 2 diabetes combined with PTSD was described.

Results and conclusions. Numerous reports about statistically significant link between PTSD and type 2 diabetes were found. Some of researches propose to consider type 2 diabetes as remote consequence of PTSD, some – as marker of neuroendocrine and metabolic dysregulation, which may lead to type 2 diabetes. It was found that persistent PTSD may lead to deterioration of glycaemic control. Most of researches report about lack of information about nature of link between PTSD and type 2 diabetes. Further researches of link between PTSD and type 2 diabetes are needed.

Key words: diabetes, posttraumatic stress disorder.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.3

Т.М. Радченко

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ
В ОЦІНЦІ ПРОГРЕДІЄНТНОСТІ ОПОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК

Луганський обласний наркологічний диспансер, м. Северодонецьк

tanya-ovcharenko@mail.ru

Ключові слова:

опоїдна залежність у жінок, алгоритм ідентифікації, прогредієнтність.

Актуальність. Опоїдна залежність є значною медичною та соціальною проблемою сучасної України. Особливо актуальною ця проблема стала в останні два роки через напружену політико-соціальну ситуацію і проведення АТО.

Метою дослідження було створення алгоритму верифікації прогредієнтності перебігу опоїдної залежності у жінок.

Матеріали і методи. Обстежено 198 наркозалежних жінок з використанням клініко-психопатологічних та лабораторних методів дослідження.

Результати. У групах жінок із низькою та високою прогредієнтністю перебігу опоїдної залежності найбільші дискримінантні властивості мають такі ознаки: вік першої проби психоактивних речовин до 17 років, середня ін'єкційна добова доза опіоїдів більше 4 мл, наявність АІТ із гіпотиреозом; кількість балів коефіцієнта спроможності щодо прийняття конструктивного рішення в стресових ситуаціях менша 35 та час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою менший 1 року.

Висновки. При оцінці діагностичної ефективності було встановлено, що при верифікації високопрогредієнтного перебігу ОЗ алгоритм має високу чутливість – 87%, помірну специфічність – 77,1% та високу точність (83,1%), що дозволяє включити його до клінічної практики.

Актуальність. В останні роки опоїдна залежність стала не тільки медичною, психологічною, а і значною соціальною проблемою сучасної України [10–13, 17]. Зменшення віку початку вживання психоактивних препаратів призводить до руйнування психіки молодих людей ще у підлітковому віці [5, 6]. Відсутність життєвих пріоритетів, нестабільна емоційна сфера підлітків і молодих людей, відчутний вплив криміногенного оточення і значне розповсюдження депресивних станів серед населення створюють передумови для поширення наркотичної залежності [16, 18, 19]. Особливо ця проблема загострилася за останні 2 роки в зв'язку з напруженою політико-соціальною ситуацією і проведенням АТО. Проблема наркотичної (НЗ) і, зокрема, опоїдної залежності (ОЗ) у жінок, її епідеміологічні, клініко-патогенетичні, патопсихологічні аспекти, методи лікування і профілактики є недостатньо вивченими і вимагають диференційного підходу.

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами. Робота виконана відповідно до теми, що фінансується МОЗ України «Клініко-патогенетичні особливості перебігу та лікування соматичної та ендокринної патології у наркозалежних хворих (номер державної реє-

страції 0114U001956), та відповідно до теми науково-дослідної роботи кафедри наркології ХМАПО «Інтегровані підходи до діагностики, терапії, профілактики та реабілітації в сучасній наркології» (№ державної реєстрації 0114U000515). Наукова тематика відповідає вимогам, що містяться в Розпорядженні КМУ «Про затвердження плану заходів на 2015 рік з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» № 514-р від 25.03 2015 р.

Метою дослідження стало створення алгоритму верифікації прогредієнтності перебігу опоїдної залежності у жінок.

До завдань дослідження було включено наступне:

1. Визначити частоту клінічних ознак у жінок із високопрогредієнтним та малопрогредієнтним варіантами перебігу опоїдної залежності.

2. Провести дискримінатний аналіз клінічних, психологічних та лабораторних ознак у жінок із різною прогредієнтністю перебігу опоїдної залежності.

3. Обчислити діагностичні коефіцієнти та оцінити міри інформативності клінічних, психологічних та лабораторних ознак за теоремою Байеса у наркозалежних жінок.

4. Створити діагностичний алгоритм верифікації високопрогредієнтного перебігу опіоїдної залежності у жінок.

5. Оцінити діагностичні властивості запропонованого алгоритму верифікації високопрогредієнтного перебігу опіоїдної залежності у жінок.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебували 198 наркозалежних жінок, високопрогредієнтний перебіг ОЗ мав місце у 129 з них, а малопрогредієнтний – у 69. Усім обстеженим жінкам проводили клініко-анамнестичний аналіз за 11 ознаками, оцінювали патопсихологічні зсуви, наявність коморбідного хронічного вірусного гепатиту С та аутоімунного тиреоїдиту (АІТ), особливості раннього абстинентного періоду, генетичний анамнез, коефіцієнт

спроможності жінок щодо прийняття конструктивного рішення в стресовій ситуації, час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою тощо (табл. 1).

Результати та їх обговорення

При проведенні непараметричного міжгрупового аналізу за допомогою двобічного частотного калькулятора ми встановили, що із 11 клініко-анамнестичних ознак лише одна не мала вірогідних відмінностей між групами хворих із високо- та малопрогредієнтним перебігом ОЗ – наявність наркозалежних близьких родичів ($p > 0,193$) (табл. 1).

Далі ми провели дискримінантний міжгруповий аналіз із визначенням коефіцієнта F для клініко-лабораторних ознак. При рейтинговій оцінці цього показника було встановлено, що найбільші дискримінантні властивості були у таких ознак: вік першої проби психоактивних речовин до 17 років ($F=183,7$; $p < 0,001$), середня добова доза опіоїдів більша 4 мл ($F=60,1$; $p < 0,001$); наявність АІТ із гіпотиреозом ($F=45,5$; $p < 0,001$); кількість балів спроможності прийняття конструктивного рішення менша 35 ($F=44,5$; $p < 0,001$) та час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою менший 1 року ($F=36,9$; $p < 0,001$) (табл. 2, рис. 1).

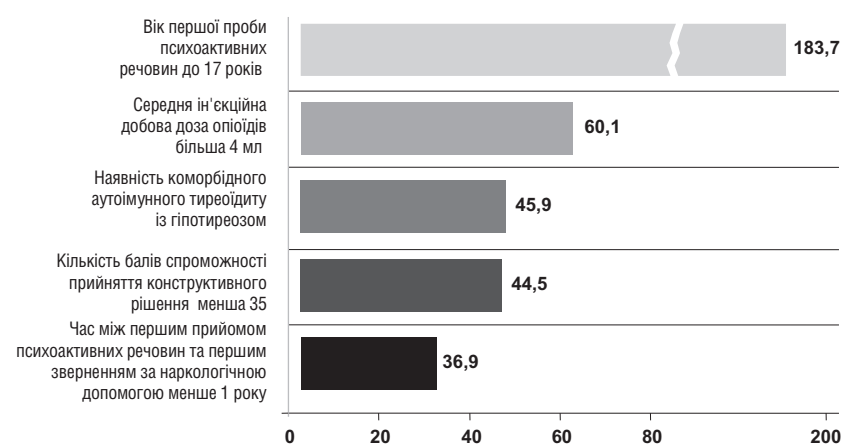


Рис. 1. Значення дискримінантного коефіцієнта F для ознак між групами наркозалежних жінок із високопрогредієнтним та малопрогредієнтним перебігом опіоїдної залежності

Таблиця 1. Частота виявлення клінічних ознак у жінок із високопрогредієнтним та малопрогредієнтним перебігом опіоїдної залежності

Клініко-лабораторні ознаки	Частота ознаки при високопрогредієнтному перебігу опіоїдної залежності (кількість хворих / %) (n=129)	Частота ознаки при малопрогредієнтному перебігу опіоїдної залежності (кількість хворих / %) (n=69)	Вірогідність міжгрупової відмінності за частотним калькулятором
Наявність істероїдного та нестійкого психотипу у наркозалежної жінки	83 64,3%	17 24,6%	<0,001
Кількість балів спроможності прийняття конструктивного рішення менший 11	108 83,7%	29 42,0%	<0,001
Вік першої проби психоактивних речовин до 17 років	124 96,1%	22 31,9%	<0,001
Час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою менше 1 року	80 62,0%	14 20,3%	<0,001
Середня ін'єкційна добова доза опіоїдів більша 4 мл	95 73,6%	16 23,2%	<0,001
Тривалість синдрому відміни більше 6 діб	117 90,7%	47 68,1%	<0,001
Кількість госпіталізацій до наркологічного стаціонару більше 2 за останній рік	70 54,3%	14 20,3%	<0,001
Наявність високоактивного коморбідного хронічного вірусного гепатиту С	88 68,2%	21 30,4%	<0,001
Наявність коморбідного аутоімунного тиреоїдиту із гіпотиреозом	92 71,3%	18 26,1%	<0,001
Наявність наркозалежних близьких родичів (чоловік, батько, мати, брат, дитина)	104 80,6%	50 72,5%	>0,193
Відсутність дітей	94 72,9%	40 58,0%	<0,034

Для створення діагностичного алгоритму для кожної ознаки були обчислені діагностичні коефіцієнти та оцінені міри інформативності за теоремою Байєса (табл. 3).

Надалі із загальної кількості клінічних ознак були відібрані лише ті, які мали міру інформативності більше 0,5 (табл. 4).

Нами був створений діагностичний алгоритм із клінічних, анамнестичних та психологічних ознак, міри інформативності яких були найбільші (табл. 5).

Для використання цього алгоритму необхідно визначити наявність або відсутність діагностичних ознак; при перевищенні математично обчисленого значення

коефіцієнту більше +13 констатують наявність високопрогредієнтного перебігу ОЗ (табл. 5).

Для оцінки діагностичної ефективності запропонованого алгоритму ми обчислили діагностичні коефіцієнти у 89 жінок із ОЗ, з яких 54 мали високо- та 35 – мало-прогредієнтний перебіг.

Після зіставлення результатів використання діагностичного алгоритму із перебігом ОЗ ми встановили, що із 54 хворих із високопрогредієнтним перебігом ОЗ 47 випадків було верифіковано вірно, а 7 – ні. При визначенні прогредієнтності у 35 жінок із мало-прогредієнтним перебігом вірна верифікація була проведена у 27 пацієнток.

Таблиця 2. Результати дискримінаційного аналізу клінічних ознак у жінок із високопрогредієнтним та мало-прогредієнтним перебігом опіоїдної залежності

Клініко-лабораторні ознаки	Значення дискримінаційного коефіцієнта F між групами із високопрогредієнтним та мало-прогредієнтним перебігом опіоїдної залежності	Вірогідність дискримінаційного коефіцієнта F міжгрупової відмінності
Вік першої проби психоактивних речовин до 17 років	183,7	<0,001
Середня ін'єкційна добова доза опіоїдів більша 4 мл	60,1	<0,001
Наявність коморбідного аутоімунного тиреоїдиту із гіпотиреозом	45,4	<0,001
Кількість балів спроможності прийняття конструктивного рішення менша 35	44,5	<0,001
Час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою менше 1 року	36,9	<0,001
Наявність істероїдного та нестійкого психотипу у наркозалежної жінки	32,8	<0,001
Наявність високоактивного коморбідного хронічного вірусного гепатиту С	29,5	<0,001
Кількість госпіталізацій до наркологічного стаціонару більше 2 за останній рік	23,6	<0,001
Тривалість синдрому відміни більше 6 діб	17,4	<0,001
Відсутність дітей	4,6	<0,033
Наявність наркозалежності у близьких родичів (чоловіка, батька, матері, брата, дитини)	1,7	>0,191

Таблиця 3. Діагностичні коефіцієнти за теоремою Байєса та міри інформативності клінічних ознак у жінок із різною прогредієнтністю опіоїдної залежності

Клініко-лабораторні ознаки	Частота ознаки при високопрогредієнтному перебігу опіоїдної залежності (кількість хворих /) (n=129)	Частота ознаки при мало-прогредієнтному перебігу опіоїдної залежності (кількість хворих /) (n=69)	Діагностичний коефіцієнт	Міра інформативності
Наявність істероїдного або нестійкого психотипу у наркозалежної жінки	83 64,3%	17 24,6%	4,17	0,83
Кількість балів спроможності прийняття конструктивного рішення менша 35	108 83,7%	29 42,0%	2,99	0,62
Вік першої проби психоактивних речовин до 17 років	124 96,1%	22 31,9%	4,79	1,54
Час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою менший 1 року	80 62,0%	14 20,3%	4,85	1,01
Середня ін'єкційна добова доза опіоїдів більша 4 мл	95 73,6%	16 23,2%	5,01	1,26
Тривалість синдрому відміни більше 6 діб	117 90,7%	47 68,1%	1,24	0,14
Кількість госпіталізацій до наркологічного стаціонару більше 2 за останній рік	70 54,3%	14 20,3%	4,27	0,73
Наявність високоактивного коморбідного хронічного вірусного гепатиту С	88 68,2%	21 30,4%	3,51	0,66
Наявність коморбідного аутоімунного тиреоїдиту із гіпотиреозом	92 71,3%	18 26,1%	4,36	0,99
Наявність наркозалежних близьких родичів (чоловік, батько, мати, брат, дитина)	104 80,6%	50 72,5%	0,46	0,02
Відсутність дітей	94 72,9%	40 58,0%	0,99	0,07

Чутливість запропонованого алгоритму становить $=47/47+7=47/54=84\%$; специфічність $=27/27+8=27/35=77,1\%$; прогностична цінність позитивних результатів $=8/8+27=8/35=22,9\%$.

Також ми обчислили відношення вірогідності для позитивних результатів $=0,87/1-0,771=3,80$; відношення вірогідності для негативних результатів $=1-0,870/0,771=0,169$, точність методу $=47+27/47+27+7+8=47/89=0,831=83,1\%$.

Вищенаведене свідчить, що запропонований алгоритм верифікації високопрогредієнтного перебігу ОЗ має високу чутливість (87%), помірну специфічність (77,1%) та високу точність (83,1%).

Висновки

1. В жінок із малою та високою прогредієнтністю перебігу опіоїдної залежності найбільші дискримінант-

ні властивості мають такі ознаки: вік першої проби психоактивних речовин до 17 років ($F=183,7$; $p<0,001$), середня ін'єкційна добова доза опіоїдів більша 4 мл ($F=60,1$; $p<0,001$); наявність АІТ із гіпотиреозом ($F=45,5$; $p<0,001$); кількість балів коефіцієнта спроможності щодо прийняття конструктивного рішення в стресових ситуаціях менша 35 ($F=44,5$; $p<0,001$) та час між першим прийомом психоактивних речовин і першим зверненням за наркологічною допомогою менший 1 року ($F=36,9$; $p<0,001$).

2. При використанні теореми Байєса були визначені діагностичні ознаки, які мають найбільші значення діагностичного коефіцієнта (ДК) та міри інформативності (МІ): середня ін'єкційна добова доза опіоїдів більша 4 мл (ДК=5,0; МІ=1,26), час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою менший 1 року (ДК=4,9;

Таблиця 4. Діагностичні коефіцієнти за теоремою Байєса та міри інформативності клінічних ознак у жінок із різною прогредієнтністю опіоїдної залежності

Клініко-лабораторні ознаки	Діагностичний коефіцієнт	Міра інформативності
Середня ін'єкційна добова доза опіоїдів більша 4 мл	5,0	1,26
Час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою менше 1 року	4,9	1,01
Вік першої проби психоактивних речовин до 17 років	4,8	1,54
Наявність коморбідного аутоімунного тиреоїдиту із гіпотиреозом	4,4	0,99
Кількість госпіталізацій до наркологічного стаціонару більша 2 за останній рік	4,3	0,73
Наявність істероїдного або нестійкого психотипу у наркозалежної жінки	4,2	0,83
Наявність високоактивного коморбідного хронічного вірусного гепатиту С	3,5	0,66
Кількість балів спроможності прийняття конструктивного рішення менша 35	3,0	0,62

Таблиця 5. Діагностичний алгоритм високопрогредієнтного перебігу опіоїдної залежності у жінок

Діагностичні ознаки	Діапазон діагностичних ознак	Діагностичний коефіцієнт (балів)
Середня ін'єкційна добова доза опіоїдів	більша або дорівнює 4 мл	+ 5,0
	менша 4 мл	- 5,0
Час між першим прийомом психоактивних речовин та першим зверненням за наркологічною допомогою	менший або дорівнює 1 року	+ 4,9
	більший 1 року	- 4,9
Вік першої проби психоактивних речовин	менший або дорівнює 17 рокам	+ 4,8
	більший 17 років	- 4,8
Наявність коморбідного аутоімунного тиреоїдиту із гіпотиреозом	наявність	+ 4,4
	відсутність	- 4,4
Кількість госпіталізацій до наркологічного стаціонару за останній рік	більша 2-х госпіталізацій	+ 4,3
	2 госпіталізації або менше	- 4,3
Наявність істероїдного або нестійкого психотипу у наркозалежної жінки	наявність	+ 4,2
	відсутність	- 4,2
Наявність високоактивного коморбідного хронічного вірусного гепатиту С	наявність	+ 3,5
	відсутність	- 3,5
Кількість балів спроможності прийняття конструктивного рішення	менший 35 балів	+ 3,0
	більша або дорівнює 35 балів	- 3,0

MI=1,01), вік першої проби психоактивних речовин до 17 років (ДК=4,8; MI=1,54), наявність коморбідного аутоімунного тиреоїдиту із гіпотиреозом (ДК=4,4; MI=0,99), кількість госпіталізацій до наркологічного стаціонару більше 2 за останній рік (ДК=4,3; MI=0,73), наявність істероїдного або нестійкого психотипу у наркозалежної жінки (ДК=4,2; MI=0,83), наявність високоактивного коморбідного хронічного вірусного гепатиту С (ДК=3,5; MI=0,66), кількість балів спроможності прийняття конструктивного рішення менша 35 (ДК=3,0; MI=0,62).

3. Для використання запропонованого алгоритму необхідно визначити наявність або відсутність діагностичних ознак, при перевищенні математично обчисленого значення коефіцієнта більше +13 констатують наявність високопрогредієнтного перебігу ОЗ.

4. При оцінці діагностичної ефективності запропонованого алгоритму у 89 жінок із ОЗ, з яких 54 мали високу та 35 – малопрогредієнтний перебіг, було встановлено, що при верифікації високопрогредієнтного перебігу ОЗ алгоритм має високу чутливість – 87%, помірну специфічність – 77,1% та високу точність (83,1%). У клінічній практиці доцільним є використання запропонованого алгоритму для оцінки прогредієнтності наркотичної залежності у жінок.

У подальших дослідженнях було б доцільним і перспективним вивчення імунологічних зсувів у сироватці крові наркозалежних жінок із різною прогредієнтністю перебігу опіоїдної залежності.

Список використаної літератури

1. Gender differences in mortality among treated opioid dependent patients / Evans E., Kelleghan A., Li L. [et al.] // *Drug. Alcohol. Depend.* – 2015. – № 1 (155). – P. 228–235.
2. Greenfield S. F. Epidemiology of substance use disorders in women / S. F. Greenfield, S. G. Manwani, J. E. Nargiso // *Obstetrics and gynecology clinics of North America* – 2003. – № 30 – P. 413–446.
3. Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment / A. R. Levine, L. H. Lundahl, D. M. Ledgerwood [et al.] // *J. Subst. Abuse. Treat.* – 2015. – № 54. – P. 37–43.
4. The Role of Gender in Factors Associated With Addiction Treatment Satisfaction Among Long-Term Opioid Users / K. Marchand, H. Palis, D. Peng [et al.] // *J. Addict Med.* – 2015. – № 9 (5). – P. 391–398.
5. Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence / R. K. McHugh, E. E. Devito, D. Dodd [et al.] // *J. Subst. Abuse. Treat.* – 2013. – № 45(1). – P. 38–43.
6. Millstein R. A. Gender and drug abuse research / R. A. Millstein // *Journal of gender specific medicine*, 2003.
7. National Institute on Drug Abuse, *Advances in research on women's health and gender differences*, 2002.
8. National Institute on Drug Abuse, *Gender affects relationships between drug abuse and psychiatric disorders*. NIDA notes 12:4, 1997.
9. United Nations Office on Drugs and Crime. *Global illicit drug trends*, 2003. Sales No. E.03.XI.5
10. Аїмедов К. В. Психологічні особливості жінок, хворих на алкогольну залежність / К. В. Аїмедов, К. В. Ряхухін // *Український журнал «Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина»*. – 2015. – № 2 (02). – С. 81–85.
11. Битенський В. С. Роль алкоголізму та наркоманії в демографічній кризі в Україні / В. С. Битенський // *Журн. АМН України*. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 543–550.
12. Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / [А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін.]. – Київ, 2011. – 22 с.
13. Линский И. В. Исследование влияния наследственности на прогредієнтность заболеваний наркологического профиля / И. В. Линский // *Український вісник психоневрології*. – 1999. – Т. 7, Вип. 4. – С. 41–45.
14. Линский И. В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля / И. В. Линский // *Український медичний часопис*. – 2000. – № 5. – С. 141–144.
15. Меллер-Леймкюллер А. М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий / А. М. Меллер-Леймкюллер // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2004. – № 4. – С. 5–11.
16. Минко А. И. Наркология / А. И. Минко, И. В. Линский. – М.: Изд-во ЭКМО, 2004. – 2-е изд., испр. и доп. – 736 с.
17. Наркология : национальный підручник (за редакцією проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чувєва). – Харків : Колегіум, 2014. – 1500 с.
18. Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України [О. М. Балакірева (кер. авт. кол.), Т. В. Бондар, Н. О. Рингач та ін.]. – К.: УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.
19. Сосин И. К. Диагностическая значимость функциональных проб печени при наркозависимых токсических гепатитах / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чувєв, Т. К. Задорожная // *Современные проблемы диагностики и терапии гепатитов. Приложение к журналу «School of Fundamental Medicine Journal»*. – 2000. – Vol. 5, № 2. – С. 128–132.
20. Наркоманія: проблеми, особливості, попередження / В. В. Шаповалов, М. М. Халін, В. О. Шаповалова, О. І. Мінко // *Український вісник психоневрології*. – 2002. – Т. 10, Вип. 1. – С. 200–204.
21. Шон Берн. *Гендерная психология. (Секреты психологии)* / Берн Шон. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. – 320 с.
1. Evans E. Gender differences in mortality among treated opioid dependent patients. *Drug. Alcohol. Depend.* 2015, Oct 1;155, pp 228-235.
2. Greenfield, S. F., Manwani, S. G., and Nargiso, J. E. Epidemiology of substance use disorders in women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 30: 413-446, 2003.
3. Levine A.R. Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment. *J. Subst. Abuse. Treat.* 2015, Jul;54, pp 37-43.
4. Marchand K. The Role of Gender in Factors Associated With Addiction Treatment Satisfaction Among Long-Term Opioid Users. *J. Addict Med.*, 2015, Sep-Oct;9(5), P.391-398.
5. McHugh R.K. Gender differences in a clinical trial for prescription opioid dependence. *J. Subst. Abuse. Treat.*, 2013, Jul;45(1), pp 38-43.
6. Millstein, R. A. Gender and drug abuse research. *Journal of gender specific medicine*, 2003.
7. National Institute on Drug Abuse, *Advances in research on women's health and gender differences*, 2002.
8. National Institute on Drug Abuse, *Gender affects relationships between drug abuse and psychiatric disorders*. NIDA notes 12:4, 1997.
9. United Nations Office on Drugs and Crime. *Global illicit drug trends*, 2003. Sales No. E.03.XI.5
10. Aїмедов К.В. Психологічні особливості жінок, хворих на алкогольну залежність [Psychological characteristics of women with alcohol dependence]. *Ukrainian Journal «Men's Health, Gender and Psychosomatic Medicine»*, 2015, no 2 (02), pp 81-85.
11. Bytenskiy V.S. Rol' alkoholizma i narkomanii v demograficheskoy krizise v Ukraini [The role of alcoholism and drug addiction in the demographic crisis in Ukraine]. *Journal of Medical Sciences Academy of Ukraine*, 2007, volume 13, no 3, pp 543-550.
12. Vievskiy A.M., Zdanova M.P., Sydyak S.V. Zriz narkotichnoyi situatsii v Ukraini (dani 2010 roku) [The cut drug situation in Ukraine (data 2010)]. Kyiv, 2011, 22 p.
13. Linsky I.V. Issledovanie vliyaniya nasledstvennosti na progredientnost' zabollevaniy narkologicheskogo profilya [The study of heredity influence on the progression of narcolological diseases]. *Ukrainian Journal neuropsychiatrist*, 1999, Vol. 7, Issue 4, pp. 41-45.
14. Linsky I.V. Semeyniy anamnez kak istochnik o predraspolozhenosti k zabollevaniyam narkologicheskogo profilya [Family history as a source of information about predisposition to narcolological disease]. *Ukrainian Medical Journal*, 2000, no 5, pp141-144.
15. Meller-Leimkuller A. M. Stres v objestve i rastrajstva svyazannie so stressom v aspekte gendernyh razlichiy [Stress in society and disorders associated with stress, in the aspect of gender differences]. *Social and Clinical Psychiatry*, 2004, no 4, pp 5-11.
16. Minko A.I., Linsky I.V. *Narkologiya [Narcology]*. Publisher EKSMO, 2004.- 2nd Publishing, revised and enlarged – 736 p.
17. Sosin I.K., Chuev J.F. *Narkologiya: Natsionalny pidruchnik [Narcology National tutorial]*, Kharkov, College 2014, 1500 p.
18. Balakireva O.M. (ker. Avt. Kol.), T.V. Bondar, N. O. Ringach ta in . Riven i tendentsii poshirennya tyutyunokurinnya, vjivannya alkogolu ta narkotichnih rehovin serech uchnivskoi molodi Ukrainy [The level and trends of tobacco, alcohol and drug use among students Ukraine]. Kiev UISR named O.Yaremenko, 2008, 152 p.
19. Sosin I.K., Chuev J.F., Zadorojnaya T.K. Dyahnostyckaya znachimost' funktsyonalnyh prob pecheny pri narkozavisimyh toxycheskih gepatitov [Diagnostic value of liver function tests with toxic hepatitis drug addicts]. *Current problems in the diagnosis and treatment of hepatitis. Annex to Journal «School of Fundamental Medicine Journal»*, 2000, Vol. 5, no 2, pp 128-132.
20. Shapovalov V.V., Halin M.M., Shapovalova V.O., Minko O. I. *Narkomaniya: problem, osoblivosti, poperedjennia [Drug addiction, problems, features, prevention]* *Ukrainian Journal Neuropsychiatrist*, 2002, Vol 10, Vol. 1, pp 200-204.
21. Shon Bern *Gender naya psykholohiya (Secrety psykholohii) [Gender Psychology. (Secrets of Psychology)]*. SPb.: Prime-Eurosign, 2001.- 320 p.

References

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ В ОЦЕНКЕ ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

Т.Н. Радченко

Актуальность. Опийная зависимость является значительной медицинской и социальной проблемой современной Украины. Особенно актуальной эта проблема стала в последние 2 года в связи с напряженной политико-социальной обстановкой и проведением АТО.

Целью исследования было создание алгоритма верификации прогрессивности течения опийной зависимости у женщин.

Материалы и методы. Было обследовано 198 наркозависимых женщин с помощью клинико-психопатологических и лабораторных методов исследования. В группах женщин с малой и высокой прогрессивностью течения опийной зависимости наиболее дискриминантные свойства имеют следующие признаки: возраст первой пробы психоактивных веществ до 17 лет, средняя инъекционная доза опиоидов больше 4 мл, наличие АИТ с гипотиреозом; количество баллов коэффициента способности принятия конструктивного решения в стрессовых ситуациях менее 35 и время между первым приемом психоактивных веществ и первым обращением за наркологической помощью менее 1 года.

Выводы. При оценке диагностической эффективности было установлено, что при верификации высокопрогрессивного течения ОЗ алгоритм имеет высокую чувствительность – 87%, умеренную специфичность – 77,1% и высокую точность (83,1%), что позволяет включить его в клиническую практику.

Ключевые слова: опийная зависимость у женщин, алгоритм идентификации, прогрессивность.

CLINICAL AND LABORATORY TECHNIQUES IN EVALUATION OF PROGREDIENT OPIOID DEPENDENCE IN WOMEN

T.M. Radchenko

Background. Opioid dependence is a significant medical and social problem of modern Ukraine. Especially this problem has become acute in the last 2 years due to the tense political and social situation and the conduct of anti-terrorist operation.

The objective of the study was to create an algorithm of verification progressive course of women's opioid dependence.

Methods and materials. The study involved 198 women with using clinico-psychopathological and laboratory studies. The groups of women with low and high progressive course of opioid dependence most discriminant properties have the following characteristics: age of the first test substance to 17 years, the average injection dose of opioids for more than 4 ml, the presence of autoimmune thyroiditis with hypothyroidism; capacity of constructive decision in the stress situation of less than 35 points, and the time between the first intake of psychoactive substances and the first treatment for drug treatment less than 1 year.

Results. When evaluating the diagnostic efficacy was determined in the verification that at the high progredient opioid dependence the algorithm has high sensitivity – 87%, at moderate specificity – 77,1%, and the high accuracy of the proposed method (83,1%), which allows its use in clinical practice.

Key words: women opioid dependence, diagnostic algorithm, progredient.

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

ВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Реформування галузі охорони психічного здоров'я є досить актуальною проблемою. Важливим є створення принципово нової моделі надання медичної допомоги, орієнтованої на охорону психічного здоров'я населення. При цьому зміни повинні бути комплексними та відповідати потребам сьогодення.

14–15 квітня 2016 р. у м. Києві пройшла науково-практична конференція з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я». Щорічна зустріч, організована Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, вже традиційно стала найбільшою та знаковою подією в календарі заходів для спеціалістів у галузі охорони психічного здоров'я з усієї України. У конференції взяли участь психіатри, наркологи, судово-психіатричні експерти, психологи, працівники соціальної ланки майже з усіх областей України, а також спеціалісти з Грузії, Литви, Німеччини, Франції, Великобританії, США та Ізраїлю. Крім того, з багатьма регіонами України було налагоджено відеозв'язок, за допомогою якого всі бажаючі могли долучитися до дискусії.



ПІНЧУК І.Я., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Психіатрія. Наркологія», д. мед. н., директор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

для виконання масштабних завдань вимагають від усієї медичної громадськості щоденної кропіткої праці. Незважаючи на всі складнощі, лікарі продовжують виконувати свою високу місію: дбати про найцінніше, що є у людини, – здоров'я. Завдяки професіоналізму, неймовірним зусиллям, особистій відповідальності та громадянському сумлінню поєднуються досягнення медичної науки зі щирою турботою про здоров'я кожного пацієнта. Ірина Яківна висловила сподівання, що спільні дії допоможуть втілити у практичну реальність важливі наукові відкриття та досягти поставлених цілей.

Президент німецької асоціації психіатрії, психотерапії та психосоматики (DGPPN) Айріс Хаут у своєму виступі акцентувала увагу на тому, що психічні розлади є однією з найсерйозніших проблем зі здоров'ям у всьому світі. Враховуючи конфлікти, які виникають у багатьох країнах, очікується, що кількість психічно хворих людей постійно зростатиме. Проте суспільство й досі не усвідомило масштаби загрози, пов'язаної з розладами психічного здоров'я. Соціальна стигматизація зводить нанівець зусилля, що докладаються для проведення

психіатричних досліджень і лікування. З одного боку, відмічається значне підвищення рівня знань у галузі психіатрії й догляду в психіатричних установах, а з іншого – відсутність визнання та проблеми з доступом до психіатричної допомоги. Потреба у такій допомозі та попит на подальші дослідження у сфері діагностики та лікування постійно зростають. На жаль, постачальники медичних послуг наштовхуються на низку перепон. Так, відсутні дружня співпраця у проведенні наукових досліджень та підвищенні рівня освіти, політична підтримка в реорганізації системи охорони психічного здоров'я, не проводяться належні заходи для забезпечення високої якості індивідуалізованої терапевтичної й соціальної допомоги особам, які страждають на психічні розлади. На думку Айріс Хаут, гостро стоїть питання готовності громадянського суспільства та органів влади організувати надання послуг у галузі охорони психічного здоров'я таким чином, щоб пацієнти отримували допомогу своєчасно й за місцем проживання. Зазначені питання були в центрі уваги конференції та мали на меті сприяти не тільки реорганізації системи охорони здоров'я, а й зміні традиційної парадигми психіатрії як науки, яка передбачає лише діагностику та лікування психічних розладів фахівцями у спеціалізованих установах. Це означає набагато глибші зміни, ніж інтеграція психіатричної допомоги до галузі загальної медицини. Так, варто проводити заходи, спрямовані на підвищення поінформованості громадськості, співпрацю з пацієнтами та їх родичами в якості партнерів у процесі прийняття рішень, сприяння одужанню й відновленню соціального функціонування. Доволі цікавими та інформативними були лекції закордонних колег, які розповіли про результати нових досліджень та поділилися своїм досвідом оптимізації процесу надання допомоги психічно хворим пацієнтам.

Хартмут Бергер, професор університету Йоганна Вольфганга Гете, представив доповідь на тему «Шизофренія: етіологія, клініка, терапія». Він розповів про результати сучасних досліджень шизофренії, фактори ризику

й захисні механізми, основні прояви, методи лікування та соціальні наслідки. Не зважаючи на деякі відмінності у протоколах різних авторитетних організацій, надання допомоги хворим на шизофренію має розпочинатися якомога раніше. Також важливими складовими успішного ведення пацієнта є досягнення комплаєнсу, адекватна фармакотерапія й освітні програми для пацієнтів та їх родичів.

Про історію створення та особливості роботи спеціалізованих відділень для пацієнтів з деменцією у Сполучених Штатах Америки розповів директор школи наук про здоров'я лікувально-оздоровчої програми Університету Східного Мічигану професор Девід Томас. За його словами, основою роботи таких відділень є адміністративна стратегія, згідно з якою безпека, якість життя та автономія пацієнтів мають бути збалансованими. Під час створення спеціалізованих відділень враховуються усі аспекти, які можуть вплинути на стан пацієнтів з деменцією (контроль шуму, уникнення зорових стимулів, використання нейтральних кольорів, створення середовища, що нагадує домашнє тощо). Важливою є організація безпечного комфортного середовища з чіткими критеріями госпіталізації/виписки. Крім фармакотерапії слід використовувати й додаткові методи лікування. Так, для кожного пацієнта проводиться планування активності протягом 24 годин, що відповідає його індивідуальним можливостям. Велика увага приділяється підбору і навчанню персоналу, включаючи прибиральниць.

Бруно Фаліссард, президент Міжнародної асоціації дитячої та підліткової психіатрії, керівник відділу охорони здоров'я лікарні Пола Брусі, директор Центру з досліджень у галузі епідеміології та здоров'я населення ознайомив учасників з новими діагностичними категоріями психічних розладів у дітей в DSM-5. Незважаючи на те, що оновлена класифікація базується на сучасних соціальних, статистичних і нейробіологічних даних, вона не є єдиною та досконалою. Доповідач зазначив, що психіатрія – це дисципліна, яка включає в себе біологічні, психологічні та соціологічні аспекти. У цій царині важливим є обмін науковими думками між країнами та культурами. На думку Бруно Фаліссарда, дуже важливо та символічно в цьому аспекті спостерігати за динамікою розвитку української психіатричної спільноти.

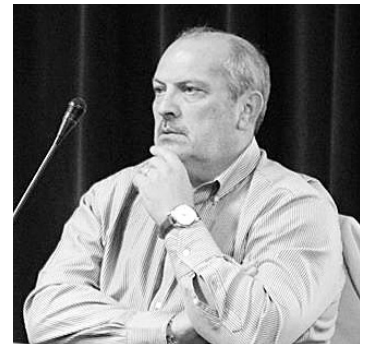
Увагу присутніх привернула доповідь Ігоря Борисовича Куценка, професора психіатрії, директора Центру з навчання та досліджень поведінки при станах залежності Каліфорнійського Університету Сан Дієго, який присвятив свій виступ біологічним та середовищним факторам ризику залежних розладів. Завдяки активному розвитку науки за останні 10–15 років погляди на

походження та терапію залежностей суттєво змінилися. З'явилося чітке розуміння того, що всі психоактивні речовини, незалежно від того, до якого класу вони належать, впливають на механізми нейротрансмісії. Тобто основою формування залежностей є дисфункція нейромедіаторних систем в лімбічній області середнього мозку. Афективна система мозку активується

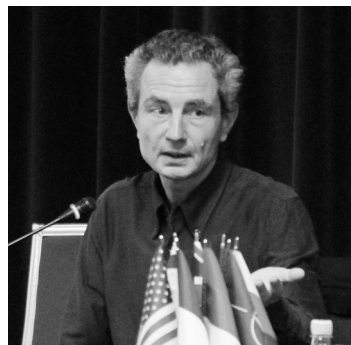
психоактивними речовинами (ПАР). Зникає позитивна відповідь на нормальні стимули, а за відсутності ПАР виникає негативна активація. Лобні долі втрачають здатність до регуляції імпульсів, що провокує повторне вживання ПАР і закріплення патологічного циклу. Такі пацієнти знаходяться поза зоною вольового контролю. До факторів ризику відносять генетичну схильність, обтяжений сімейний анамнез, психологічну травматизацію в ранньому дитинстві, низьку самооцінку, імпульсивність, супутні психіатричні захворювання. Залежність завжди розвивається в певному середовищі та соціальному контексті зі схильністю до рецидивів. Однак більшість біологічних змін у головному мозку мають зворотний характер. Тому лікування повинно ґрунтуватись на довготривалих підходах, а не на короткочасних інтервенціях. До ефективних терапевтичних підходів відносять когнітивно-поведінкову терапію, мотиваційне інтерв'ю, замісну опіоїдну терапію, профілактику рецидивів.

Не залишилися поза увагою й питання організації та надання допомоги при психічній травмі в Україні. З початком воєнного конфлікту на Донбасі актуальною стала тема комплексної медико-соціальної допомоги учасникам антитерористичної операції (АТО). Саме тому фахівці активно обговорювали питання розробки заходів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації осіб, які постраждали внаслідок бойових дій, а також членів їх родин та тимчасово переміщених осіб з окупованих територій.

Про перші кроки на шляху до створення системи психологічної реабілітації в Україні учасників заходу поінформувала доктор медичних наук Ірина Яківна Пінчук. Вона звернула увагу, що слово «реабілітація» має декілька значень: найперше – це повернення втраченої гідності та функціональне відновлення. Так, у 1940–1960 рр. головним завданням процесу реабілітації було відновлення втраченої працездатності. У 1980 р. з'явилися перші центри психологічної реабілітації та підтримки, які б мали налагодити взаємодію між медичними, соціальними, житловими службами, роботодавцями, місцевими органами управління. З 1990 р. почалося напрацювання реабілітаційної методології, а з 2000 р. акцент у процесі реабілітації змістився на життя пацієнта в суспільстві. На сьогодні реабілітація являє собою біопсихосоціальну модель, мета якої – повернення людини у суспільство.



КУЦЕНОК І.Б., директор Центру з навчання та досліджень поведінки при станах залежності Каліфорнійського Університету Сан Дієго, професор психіатрії Каліфорнійського Університету



Бруно ФАЛІССАРД, президент Міжнародної асоціації дитячої та підліткової психіатрії, керівник відділу охорони здоров'я лікарні Пола Брусі, директор Центру з досліджень у галузі епідеміології та здоров'я населення

При цьому досить гостро стоїть питання, хто ж має право займатися психологічною реабілітацією, в яких умовах має надаватися допомога і чим вона буде регламентуватися. Ірина Яківна виділила три кроки на шляху до створення системи психологічної реабілітації в Україні: 1) ефективне використання наявних ресурсів (зокрема фінансових та кадрових); 2) модернізація існуючої системи (приведення у відповідність до європейських стандартів); 3) створення системи з новою ідеологією (від надання психіатричної допомоги певним категоріям до охорони психічного здоров'я населення України). Крім того, доповідач звернула увагу на відсутність координації дій під час надання допомоги (державних і недержавних структур, волонтерів), міжвідомчу роз'єднаність, відстоювання особистих інтересів кожною установою, невідповідність правової бази сучасним потребам, повільне реагування бюрократичної системи, недостатній фаховий рівень, що не відповідає потребам сьогодення, відсутність сучасних навчальних програм. Незважаючи ні на що, перші кроки для створення ефективної системи реабілітації вже зроблені. Завдяки роботі міжвідомчої робочої групи з опрацювання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі розроблено та затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 121 від 23.02.2016 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Також співробітники УНДІ ССПН у складі мультидисциплінарної бригади регулярно беруть участь в обстеженні військовослужбовців, учасників АТО на Сході України, та проводять консультації під час лікування демобілізованих в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни.



ЧАБАН О.С., д. мед. н., професор, завідувач кафедри психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету НМУ ім. О.О. Богомольця

Дуже цікавою видалась лекція Олега Созонтовича Чабана, доктора медичних наук, професора, завідувача кафедри психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету НМУ імені О.О. Богомольця на тему «Чи можлива депресія без тривоги та тривога без депресії». Враховуючи, що тривожні й депресивні розлади мають органічну predisposition, схожі нейрофізіологічні й анатомічні зміни, а також дані нейрорегування й низькодиференціальні вітальні компоненти, та дуже схожі методи лікування, можна вважати, що існує зв'язок між тривожними та депресивними розладами. У психоаналітичній інтерпретації депресивний розлад може бути оцінений як захисна реакція на травматичний спогад, де тривога набуває ролі метафори. До того ж, вона є найбільшим онтогенетично старим феноменом і зв'язуючим елементом у коморбідних розладах депресивного спектра. У ході дослідження

коморбідності депресії і тривоги виявлено, що від 25% до 90% пацієнтів мають, поряд з депресивною, виражену тривожну симптоматику (Torgersen, 1994). Інші дослідники вважають, що депресія та тривога – це два полюси єдиного континууму (Costa & Silva; Francis, 1996). Крім того, Олег Созонтович зупинився на особливостях і методах лікування депресивних та тривожних розладів.

Головний психіатр МО України, головний лікар клініки психіатрії Головного військового шпиталю при МО України Друзь Олег Васильович представив доповідь на тему «Бойова психічна травма та коморбідні розлади в учасників АТО». Він звернув увагу фахівців на механізми розвитку бойової психічної травми, клінічні прояви, розлади, пов'язані з нею, та методи лікування.



Альберт ФЕЛЬДМАН – координатор проекту «Арт-терапія як інструмент психологічної допомоги війнам АТО»

Наступною темою для обговорення стала арт-терапія, як ефективний метод у комплексній реабілітації осіб з розладами психіки. За словами координатора проекту Альберта Фельдмана, багато пацієнтів, які страждають на психічні розлади, мають невиражені, затамовані відчуття гніву, тривоги, відчуття власної неспроможності, незадоволеності та безвиході. Такі люди потребують спілкування та розуміння. Однак у своєму повсякденному житті вони не завжди можуть самотійно подолати ці негативні стани та задовольнити свої психологічні бажання. Існуюча система надання допомоги у суспільстві, на жаль, не сприяє цьому в повному обсязі. Альберт Фельдман зауважив, що використання арт-терапії в комплексній реабілітації людей з психічними проблемами частково може вирішити ці питання та сприяти задоволенню потреб людей з розладами психіки.

Під час конференції була організована виставка картин «Тривога очима пацієнта», які були створені на заняттях з арт-терапії. Роботи були надіслані майже з усіх регіонів України. Бажаючи мали змогу проголосувати за роботу, яка найбільше сподобалась; за результатами голосування були вручені нагороди.

Варто зазначити, що в рамках конференції від Асоціації психіатрів України на чолі з Семеном Фішелевичем Глузманом були вручені премії ім. М. Танцюри, ім. С. Костюченка, ім. Ф. Гааза, ім. В. Блейхера та сертифікат почесного члена АПУ, який отримав Ігор Борисович Куценко.

Цікавим нововведенням стала антипремія імені Н. Андрі за публікації антипсихіатричного змісту, яку присудили авторам серіалу «Хазяйка». Як розповів Семен Глузман, антипремія (за аналогією з Ігнобелівською премією) заснована для визначення найяскравішої публікації антипсихіатричного змісту в українських мас-медіа. Названа вона на честь французького вченого Ніколя Андрі, який у 1741 р. опублікував книгу під назвою «Ортопедія, або мистецтво запобігати і виправляти в дітях тілесні каліцтва». Відомий на той час своїми новаторськими ідеями, Н. Андрі закликав замінити дію

ортопедичних протезів, корсетів і т. п. дією тваринних духів, які, вступаючи зсередини, мали б такий самий виправний вплив на тіло дитини. Тіло, яке має фізичні вади, мислитель уявляв у вигляді сукупності вмітин, що можуть бути витиснені зсередини тваринними духами. На думку Семена Фішелевича, така премія є дуже актуальною, адже про роботу психіатрів продовжують говорити й писати, оперуючи неправдивими фактами, спотворюючи реальність, внаслідок чого сотні пацієнтів та їх родини залишаються без допомоги, наодинці зі своєю хворобою. Асоціація психіатрів України неодноразово робила спроби налагодити зв'язок із представниками мас-медіа, маючи на меті розповісти про особливості роботи лікарів-психіатрів, однак не була почута.



На фото зліва направо: Хешам ХАМОДА, професор, віце-президент Міжнародної асоціації дитячої та підліткової психіатрії, асистент професора Медичної школи Гарварда, психіатр Бостонської дитячої лікарні; МАРЦЕНКОВСЬКИЙ І.А., к. мед. н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за спеціальністю «Дитяча психіатрія», керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків УНДІ ССПН МОЗ України; Деніс УГРІН, професор, керівник навчальної програми «Психічне здоров'я дітей та підлітків» Королівського коледжу Лондона, дитячий і підлітковий психіатр Інституту психіатрії та лікарні Модслі

У рамках сателітного симпозиуму, присвяченого актуальним питанням дитячої психіатрії, доповіді представили провідні спеціалісти в галузі охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Так, професор Деніс Угрін, керівник навчальної програми «Психічне здоров'я дітей та підлітків» Королівського коледжу Лондона, дитячий і підлітковий психіатр Інституту психіатрії та лікарні Модслі, присвятив свій виступ принципам фармакологічного лікування дітей та підлітків у психіатрії. Віце-президент Міжнародної асоціації дитячої та підліткової психіатрії, асистент професора Медичної школи Гарварда, психіатр Бостонської дитячої лікарні професор Хешам Хамода представив доповідь на тему «Організація медичного обслуговування пацієнтів з РДВГ». Проректор НМАПО імені П.Л. Шупика, професор Раїса Олександрівна Моїсеєнко у своїй доповіді висвітлила питання щодо перспектив розвитку паліативної допомоги дітям з психічними розладами в Україні.

Головний позаштатний спеціаліст за фахом «дитяча психіатрія», к. мед. н., Ігор Анатолійович Марценковський представив доповідь на тему «Психіатрична коморбідність у дітей з епілепсіями», а також звернув увагу присутніх на основні проблеми у галузі дитячої психіатрії. Архаїчна закрита дитяча психіатрія в Україні в більшості випадків спирається на медикаментозне лікування у відділеннях психіатричних лікарень. При цьому психофармакотерапія не завжди відповідає принципам доказової медицини. Значна частина сучасних психотропних засобів, які рекомендовані до застосування в

США та країнах Європейського союзу, не зареєстровані в Україні, а для певних лікарських засобів відсутні рекомендації державного експертного центру з їх застосування у дітей та підлітків. Ігор Анатолійович наголосив, що ці факти роблять неможливою розробку уніфікованих клінічних протоколів, які б опирались на міжнародні стандарти і консенсуси. Гостра тема формування системи охорони психічного здоров'я пов'язана з розмежуванням спеціалізованої, високоспеціалізованої психіатричної допомоги та психіатричної допомоги на рівні первинної медичної допомоги. Крім того, залишається невирішеним питання стосовно концептуалізації допомоги на долікарському етапі. Для організації такого виду допомоги необхідне залучення державних інвестицій на розвиток програм, спрямованих на боротьбу зі стигмою, соціальну адаптацію дітей та їх сімей, залучення ресурсів громадських організацій і фондів, створення системи профілактичних програм, розвиток волонтерських організацій з відповідною підготовкою їх активістів, впровадження паліативної допомоги.

На сателітному симпозиумі, присвяченому реформуванню психіатричної галузі та розвитку судової психіатрії, свою доповідь на тему «25 років реформ в галузі охорони психічного здоров'я в Україні» представив професор Роберт ван Ворен, генеральний секретар міжнародної організації Глобальна ініціатива в психіатрії, віце-президент Всесвітньої федерації психічного здоров'я по Європі. Доповідач розповів про етапи розвитку психіатрії та завдання на майбутнє, серед яких виділив доступність, повноту та безперервність надання психіатричних послуг з урахуванням потреб населення.

Ніно Макхашвілі, директор фонду «Глобальна ініціатива у психіатрії – Тбілісі», голова Центру психічного здоров'я в Державному університеті Ілія, поділилася досвідом реформування системи психіатричної допомоги в Грузії. Серед основних завдань реформування було створення збалансованої моделі догляду як у лікарні, так і на рівні общин; збалансована медикаментозна та немедикаментозна допомога; деінституалізація, підвищення обізнаності населення, покращення державного регулювання.



Роберт ВАН ВОРЕН, професор, генеральний секретар міжнародної організації Глобальна ініціатива в психіатрії, віце-президент Всесвітньої федерації психічного здоров'я по Європі, викладач університетів Грузії, Литви, України



Ніно Макхашвілі, к. мед. н., директор фонду «Глобальна ініціатива з психіатрії – Тбілісі», голова Центру психічного здоров'я в Державному університеті Ілія

Мартінас Марцинкявичус, директор Центру психічного здоров'я міста Вільнюс, розповів про реформування системи психіатричної допомоги в Литві. Головними завданнями були деінституалізація амбулаторної допомоги, введення поняття «сімейного лікаря», реструктуризація лікарень, зміна форми фінансування (перехід до страхового фінансування, оплата конкретних послуг). Також були створені первинні центри психічного здоров'я, в яких працюють мультифункціональні команди, та проведено інтеграцію з лікарнями загального профілю. Введено цілий ряд нових послуг: кризові інтервенції, психосоціальна реабілітація, створені комплексні центри психічного здоров'я дітей, проведена децентралізація денних стаціонарів. Серед планів на майбутнє Мартінас Марцинкявичус назвав створення центрів професійної реабілітації, будинків самостійного життя, мобільних кризових команд, організацію допомоги на дому.

Доповідачі науково-практичної конференції висвітлили цілу низку питань, пов'язаних з реорганізацією наркологічної служби в Україні. Значний ріст в останні десятиліття різних форм адиктивної поведінки серед населення, перш за все – алкогольної на наркотичної залежності, ставить дану проблему в один ряд із найактуальнішими, які обговорювалися на пленарних засіданнях. У процесі конференції відбувся обмін результатами наукових досягнень і практичним досвідом в питаннях епідеміології, клінічних, біологічних, молекулярно-генетичних, нейрофізіологічних, психопатологічних, експериментально-психологічних,

соціально-психологічних, психолого-педагогічних, психофармакотерапевтичних та реабілітаційно-профілактичних досліджень у галузі психіатрії станів залежності. Особливу увагу присутні звернули на актуальні проблеми розвитку організаційних форм наркологічної допомоги, орієнтованої на контингент дітей та молоді, а саме на максимальне посилення її профілактичної ланки. Підсумовуючи роботу конференції учасники зауважили, що нині в Україні існує абсолютно очевидна необхідність у реформуванні наркологічної служби.

Четверта щорічна конференція, організована Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, яка відбулася за підтримки Асоціації психіатрів України, Комітету з питань охорони здоров'я Верховної ради України, Всесвітньої організації охорони здоров'я, міжнародної організації «Глобальна ініціатива в психіатрії», Міжнародної асоціації дитячої і підліткової психіатрії (IACAPAP), Німецької асоціації психіатрії, психотерапії і психосоматики (DG PPN), благодійного фонду Рімон, а також посольств Ізраїлю, Польщі та Литви, пройшла в дружній атмосфері. Учасники зустрічі відзначили актуальність представлених доповідей та високий рівень організації.

Підготувала Тетяна Ільницька

*Матеріал вперше опублікований у журналі
НЕЙРОNEWS® №4 (78)/2016*

ТЕЗИ

**Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони
психічного здоров'я», 14–15 квітня 2016 р., м. Київ**

Н.Ю. Васильєва

**СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ
ТА ВПЛИВ СИТУАЦІЙНОГО ЧИННИКА НА КРИМІНАЛЬНУ АГРЕСІЮ ЖІНОК**

Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ
na-tjushka@ukr.net

Метою цього дослідження є відображення структури суспільно небезпечних діянь (СНД) проти життя та здоров'я особи та впливу ситуаційного чинника на кримінальну агресію жінок.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення мети дослідження проаналізовано 122 випадки стаціонарних судово-психіатричних експертиз (СПЕ), проведених на базі Київського міського центру судово-психіатричної експертизи в період 2001–2011 рр. щодо жінок, звинувачених у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи (ст. 115–119, 121–128 КК України), які склали основну групу, та 50 випадків стаціонарних СПЕ, проведених у Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи в період 1981–1986 рр. щодо жінок, звинувачуваних у скоєнні злочинів проти життя, здоров'я, свободи та гідності особистості (ст. 93–98, 101–107 КК УРСР), які склали ретроспективну групу, аналогічну за параметрами з основною групою. У дослідженні використано методи експертного дослідження документації, судово-психіатричного аналізу генезу СНД та статистичний.

Результати та їх обговорення. В структурі правопорушень, скоєних жінками основної групи, умисні вбивства займали першу позицію – 54,1%; жінки завадали потерпілим умисні тяжкі тілесні ушкодження в 36,9% випадків; вбивство через необережність та умисні середньої тяжкості тілесні ушкодження були скоєні під експертними в 2,5% відповідно; побої та мордування нанесені своїм жертвам у 1,6%; умисне вбивство, вчинене в стані сильного душевного хвилювання, необережне тяжке або середньої тяжкості тілесне ушкодження, умисне легке тілесне ушкодження були заподіяні в 0,8% випадків відповідно. Виявлено, що кількість умисних тяжких тілесних ушкоджень, нанесених особами основної групи своїм жертвам, перевищує цей показник у під експертних ретроспективної групи (36,9% проти 8%, $p < 0,001$).

Напередодні СНД конфліктні стосунки з жертвою мали 62,3% жінок, у 13,1% відносини були доброзичливими, не були раніше знайомі із потерпілими 7,4% осіб основної групи. Порівняно з ретроспективною групою, переважали жінки, які мали із жертвою нейтральні стосунки (17,2% проти 8%, $p < 0,04$). Основним фактором, який провокував скоєння під експертними агресивних дій відносно потерпілих, є вербальна образа з боку останніх (42,6% проти 28%, $p < 0,03$). Агресія жінок більшою

мірою була направлена на чоловіків або співмешканців (35,2%), дещо рідше від неї страждали знайомі (30,3%), родичі (17,3%), діти (9%) та незнайомі (8,2%). Аналіз емоційного стану жінок у момент скоєння ними СНД продемонстрував, що в 51,6% домінувала злість, у 15,6% – страх, у 4,1% – безвихідь, у 3,3% – лють. Ревнощі та гнів призвели до вчинення правопорушення під експертними в 1,6% відповідно, та в одному випадку (0,8%) СНД було скоєно на тлі тривоги. Важливою складовою ситуаційного фактора генезу СНД у парі «під експертна – жертва» є наявність стану сп'яніння у будь-кого з цієї пари. Факт алкогольного сп'яніння під час кримінальних дій був зафіксований у 77,1%, з яких у 48,4% потерпілі та під експертна перебували в стані сп'яніння, що значно більше ($p < 0,001$), ніж у ретроспективній групі (22%); в 21,3% потерпілі були тверезі, тоді як під експертні – сп'янілі; в 7,4% тверезі під експертні проявили агресію по відношенню до сп'янілих жертв.

За характером вчиненого СНД серед жінок ретроспективної групи переважали особи, які скоїли вбивство (78% проти 54,1%, $p < 0,001$). Фізична образа з боку жертв під експертних ретроспективної групи спостерігалась майже в 2 рази частіше (18%), ніж серед потерпілих від агресії жінок основної групи (10,7%). Значно переважала кількість жертв серед дітей, у тому числі новонароджених (20% проти 9%, $p < 0,01$). Частіше, ніж в основній групі, жінки були охоплені відчуттям безвиході (12% проти 4,1%, $p < 0,001$). Значно рідше на момент СНД був зафіксований стан алкогольного сп'яніння у під експертних та потерпілих (22% проти 48,4%, $p < 0,01$). Кількість тверезих під експертних та їх сп'янілих жертв, а також потерпілих та під експертних, які на час скоєння СНД були тверезі, перевищувала ці показники в основній групі (24% проти 7,4% та 42% проти 22,9% відповідно), $p < 0,001$.

Висновки. У структурі правопорушень, скоєних жінками обох груп, умисні вбивства та нанесення потерпілим умисних тяжких тілесних ушкоджень займали перші позиції. Фактором, що провокував скоєння СНД, була вербальна образа з боку жертв під експертних. Спрямованість агресії більшою мірою була направлена на чоловіків або співмешканців. Домінуючою емоцією, що спонукала жінок до агресивних дій, переважно була злість. Стан алкогольного сп'яніння виявився потужним фактором детермінації насильницьких злочинів в обох групах.

К.В. Гузенко

**РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ПРИ БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ**

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии
и наркологии МОЗ Украины, г. Киев
k_guzenko@ukr.net

Актуальной и социально значимой проблемой современной отечественной психиатрии является боевая психическая травма (БПТ) у участников АТО в связи с острой необходимостью одновременного оказания эффективной помощи большому количеству людей. Однако данная категория психических нарушений, в частности посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), требует уточнения его клинических проявлений, систематизации, разработки диагностических и прогностических критериев.

Практически у 70% участников АТО можно наблюдать ту или иную симптоматику ПТСР. Более чем в 60% случаев данное расстройство регистрируется вместе с иными нозологиями. Психотическая симптоматика выявляется у 24% участников АТО. Также установлено, что при боевом ПТСР продуктивная психотическая симптоматика может наблюдаться у 52% военных, что существенно выше, чем у пациентов в мирное время – 17%.

Цель работы – изучить риск развития и особенности психотических расстройств у участников АТО, которым установлен диагноз ПТСР.

Результаты. Несмотря на имеющиеся теоретические и практические исследования боевой психической травмы, многие её аспекты остаются несистематизированными и нераскрытыми в полной мере. На данном этапе исследований установлено, что БПТ представляет собой сложный синдромокомплекс экзогенно-органического генеза (преимущественно травматического и интоксикационного) с эндогенными включениями (аффективные и психотические расстройства). Отмечается существенное преобладание коморбидных нарушений – сочетание аффективных, личностных, психосоматических и соматоформных расстройств с психотическими включениями на посттравматическом органическом фоне (Norman S.B. et al., 2009).

Часто проявления БПТ выражаются на пограничном уровне в виде комбатантной акцентуации как ситуативный субклинический вариант боевого ПТСР. Реакции неспецифического реагирования в остром периоде БПТ позже сменяются «типоспецифичным» личностным реагированием. На фоне неблагоприятных воздействий военной обстановки происходит развитие различных коморбидных расстройств – от невротического до психотического уровня, часто осложнённых употреблением ПАВ (в частности, сочетание приёма алкоголя и различных курительных смесей и миксов) (Lindley S.E. et al., 2014).

После пребывания в боевой обстановке на протяжении первых 6 месяцев у 48% участников АТО проявляются реактивные состояния, характеризующиеся патологическим реагированием в рамках конституциональных особенностей.

Основными психотравмирующими факторами для формирования БПТ являются непосредственное участие в боевых операциях, угроза жизни и физическому здоровью, наблюдение ранений и гибели сослуживцев, осознание непреднаме-

ренного убийства, ограничение пространства жизнедеятельности, а также высокая интенсивность военных действий.

Фактор повышенной стресс-уязвимости определяет характер течения и клинические проявления БПТ, которые развиваются при существенном стрессорном воздействии. Идентификация продромальных проявлений способствует раннему выявлению таких пациентов, проведению своевременной адекватной терапии и реабилитации, что позволяет улучшить клинико-социальный прогноз и предупредить ауто/гетеродеструктивное поведение при выполнении боевого задания (Conghaile J. et al. 2014)

Уже имеющиеся базисные личностные особенности и расстройства выступают в качестве predisponирующих факторов более быстрого развития БПТ, поскольку имеются минимальные ресурсы для переработки травматических событий.

Наиболее часто встречающимися продромальными симптомами, которые предшествуют острому психотическому расстройству, являются социальная отгороженность, астения, нарушения сна, трудности запоминания и концентрации внимания, замедление мышления, плохая обучаемость, апатия, различные виды зависимостей, в меньшей степени – раздражительность, тревога, сниженный фон настроения, злоупотребление ПАВ.

Неблагоприятный прогноз при БПТ отмечался при высоких показателях личностной тревожности, депрессивных тенденциях, избегании выполнения заданий и снижении активности; эмоциональной лабильности с импульсивностью, попытках реализаций эмоциональной напряжённости в поведении, тенденциях к нивелированию факторов, вызывающих тревогу.

Выявление преморбидных особенностей участников АТО определяет лечебно-реабилитационную тактику, предусматривающую расширение показаний к назначению седативных, анксиолитических и антидепрессивных препаратов в остром периоде БПТ и усиление роли социально-реабилитационных мероприятий на следующих этапах оказания помощи.

Выводы. Распространённость психотической симптоматики при ПТСР у военнослужащих – участников АТО свидетельствует об актуальности дальнейшего изучения состояний высокого риска развития психозов, а также методов их раннего выявления и способов профилактики.

Преобладание в клинической картине боевого ПТСР поведенческих нарушений, тревожно-депрессивных тенденций, эмоциональной лабильности с импульсивностью, деструктивных или регрессивных стратегий психологической защиты следует рассматривать как продромальную фазу психотического расстройства, являющуюся основанием для выведения военнослужащего из зоны боевых действий с последующей демобилизацией, а также – для проведения обязательной психофармакотерапии и психотерапевтической реабилитации.

Н.В. Коваленко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
natali-ko@ukr.net

Порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні та стосуються практично усіх сфер психіки. Відсутність позитивної мотивації до переїзду і фізична неможливість подальшого перебування на батьківщині, травматизація психіки, зумовлена причинами та історією міграції, а також труднощі адаптації на новому місці визначають формування специфічного досвіду вимушених переселенців. На фоні астенії формуються різні межові нервово-психічні розлади, які у ряді випадків набувають затяжного і хронічного перебігу. Найпоширенішими з них є психогенні депресії, тривожні і соматоформні розлади.

Мета роботи – дослідити спектр та клініко-психопатологічні особливості розладів психіки і поведінки у тимчасово переміщених осіб.

Матеріали та методи дослідження. За умови інформованої згоди ми провели скринінгове дослідження 60 ВПО віком від 18 до 80 років, які були вимушені покинути місце свого постійного проживання через проведення антитерористичної операції на Сході країни і проживали у санаторіях Одеської області. Скринінг включав збір коротких анамнестичних відомостей, актуальних скарг і оцінювання психічного стану за допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ та міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю (M.I.N.I.).

Відсоткове співвідношення за віковими групами виявилось наступним: у віці до 20 років було 1,7%, 21–30 років – 6,7%, 31–40 років – 16,7%, 41–50 років – 18,3%, 51–60 років – 15%, 61–70 років – 23,3%, 71–80 років – 18,3%. Серед них було 49 жінок (81,7%) і 11 чоловіків (18,3%); 10% працювали; 16,7% – не працювали, 31,7% – були пенсіонерами, 26,6% – мали інвалідність за соматичним захворюванням, 15% – мали інвалідність за психічним захворюванням.

До критеріїв виключення пацієнтів із дослідження відносили виражене інтелектуально-мнестичне зниження; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження; вік молодше 18 років.

Результати. За результатами скринінгу стало можливим виділити 3 групи респондентів: люди пенсійного віку з діагнованими раніше хронічними соматичними захворюваннями або з інвалідністю за соматичним захворюванням; люди з інвалідністю за психічним захворюванням; люди без тяжких хронічних захворювань чи інвалідності (умовно здорові).

Пацієнти з основною соматичною патологією частіше скаржились на зниження настрою, порушення сну, дратівливість, нестриманість, емоційне нетримання (підвищену сльозливість з будь-якого приводу), неба-

жання жити, відсутність життєвої перспективи, різке зниження пам'яті, кмітливості, зниження концентрації уваги. У них частіше спостерігали тривожний (51,4%) та депресивний (42,8%) синдроми; 25,7% мали суїцидальні думки та наміри (високий і середній ризик суїциду); у 25,7% діагностували окремі симптоми ПТСР, зокрема уникнення, перезбудження, емоційне оніміння, які вказували на розлад адаптації.

У пацієнтів з основною психічною патологією, зокрема шизофренією, не виявлено різних змін у психічному стані. Незважаючи на психотравматичні події, які сталися в їхньому житті, тривале вимушене переміщення, що викликало багато незручностей, маячна фабула не змінюється, почастішання екзацерації психічного розладу не спостерігається. В окремих випадках хворі починають зловживати алкоголем.

У групі умовно здорових частіше спостерігали скарги на загальну слабкість, біль у спині, ногах, суглобах, порушення сну, підвищення АТ, біль у ділянці серця, серцебиття, головний біль, запаморочення, шум у вухах, порушення з боку ШКТ (біль у животі, печія, нудота, запори), що виникали на тлі зниженого настрою, «внутрішнього напруження». У 31,3% спостерігали депресивний, у 25% – тривожний синдром у поєднанні з більш вираженими соматичними симптомами; 12,5% мали суїцидальні думки (низький ризик суїциду); у 18,7% діагнований розлад адаптації.

Висновки. З огляду на те, що респонденти з різних груп по-різному реагують на ситуацію вимушеного переселення, проведений скринінг не дав змоги у повному обсязі оцінити стан психічного здоров'я вимушених переселенців і вирішити завдання дослідження. Тому для подальшого дослідження, з метою отримання статистично вагомих даних і створення більш репрезентативної вибірки, необхідне обстеження більшої кількості ВПО з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та патопсихологічного методів дослідження. При зборі анамнестичних відомостей пильну увагу буде приділено стану здоров'я до вимушеного переміщення, характеру психотравматичних подій і реакції на них. Клініко-психопатологічний метод дослідження буде використаний у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю. З патопсихологічних методик для подальшого використання відібрані Самоопитувальник стану здоров'я PHQ, Опитувальник оцінки якості життя SF-36, Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS і Опитувальник вираженості симптомів ПТСР.

І.Г. Мудренко

ДО АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
У ХВОРИХ З ДЕМЕНЦІЯМИСумський державний університет, Медичний інститут, м. Суми
mudrenko_sopnd@mail.ru

Актуальність теми, що вивчається, обумовлена значним зростанням рівня деменцій у світі в другій половині XX та на початку XXI століття. Деменція є основною причиною втрати працездатності після онкозахворювань та уражень спинного мозку та віднімає 11,2% років працездатного періоду осіб віком понад 60 років (WHO, 2003).

Матеріальні витрати на лікування і догляд за пацієнтами з деменцією надзвичайно високі та мають тенденцію до подальшого зростання. У 2010 році загальні глобальні суспільні витрати на деменцію оцінювалися в 604 млрд доларів США, що удвічі перевищувало втрати від серцево-судинних та онкозахворювань (Волошин П.В., Марута Н.О., Міщенко Т.С., 2010; Waldemar G., Dubois B., Emre M., 2006).

В усьому світі нараховується 44,4 мільйона людей з деменцією, 58% із зареєстрованих випадків деменції припадає на країни з низьким або середнім рівнем соціального розвитку. Передбачається, що до 2030 року кількість хворих складатиме не менше 75,6 млн, а до 2050 року – 135,5 млн чоловік (Wimo A., Winblad B., 2003).

За даними ООН, сьогодні кожному десятому жителю нашої планети за 60 років, зокрема в Україні 60-річний рубіж переступив кожен п'ятий. Україна, як і інші європейські держави, переживає процеси старіння суспільства, зараз кількість пенсіонерів більша, ніж працездатного населення. За прогнозами експертів Світового банку, у найближчі 15–20 років численність людей працездатного віку в Україні скоротиться на 16%.

Ризик розвитку деменції зростає прогресивно з віком: за кожні 10 років після 65 – удвічі. Проведені популяційні дослідження свідчать, що приблизно у половини осіб віком 85 років і більше можливий розвиток деменції, причому цей процес спостерігається як в економічно розвинутих країнах, так і у тих, що розвиваються. Такого росту кількості хворих на деменцію в історії не було ніколи, що дає підстави деяким авторам говорити про унікальність ситуації кінця XX – початку XXI ст. – «епідемію деменції». Ця проблема є також актуальною і для України, в якій кількість хворих на деменцію прогресивно збільшується. Деменція здебільшого вражає людей старшого віку, однак зростає й кількість випадків виникнення цього стану у віці до 65 років (Норис Грем, Джеймс Уорнер, 2014; Manthorpe J., 2003).

Згідно з даними інституту геронтології, поширеність деменції в Україні серед осіб віком понад 60 років становить 10,4% (Бачинська Н.Ю., 2004). За даними офіційної статистики, в нашій країні зареєстровано 62 180 пацієнтів з усіма видами деменції, що становить 133,8 на 100 тис. населення (Міщенко Т.С., Здесенко І.В., 2014; Чабан О.С., Хаустова Е.А., Безшейко В.Г., 2011; Пінчук І.Я., 2009).

Сучасний етап вивчення етіології та патогенезу деменцій характеризується зростанням питомої частки методів нейровізуалізації церебральної патології, у зв'язку з чим вдається виділити декілька клінічних форм деменцій. Найчастішими причинами розвитку деменції є хвороба Альцгеймера (ХА), судинні ураження головного мозку, нейродегенеративні захворювання (хвороба Паркінсона, деменція з тільцями Леві, хвороба Гентінгтона тощо). Близько 80% усіх випадків становлять деменції при хворобі Альцгеймера і цереброваскулярній патології та при їх поєднанні (Марута Н.А., Кожина Г.М., Коростій В.І., 2012; Школьник В.М., Кальбус О.І., 2012; Winblad B., Mario Fioravanti, T. Dolezal, I. Logina, 2008).

У сучасних дослідженнях доведений тісний зв'язок когнітивних розладів при деменціях з широким колом психопатологічних синдромів та поведінкових розладів.

У хворих з деменцією найчастіше виявляються депресія та тривога. У цієї категорії хворих симптоми тривоги трапляються в 5 разів частіше, ніж у осіб похилого віку без деменції (Вознесенська Т.Г., 2000; Дамулин І.В. 2002; Топчий Н.В. 2005; Alexopoulos G.S., 2003; Devenand D.P., Pelton G.H., Roose S.P., 2002; Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S. et al., 2002; Sembi S. et al., 1998).

При первинно-дегенеративних деменціях депресивні прояви діагностують у 20–30%, а при судинній (мультиінфарктній) деменції – у 25–30% випадків (Haggerty J.J., Golden R.N., Evans D.L. et al., 1988).

Наявність коморбідної психопатологічної симптоматики при деменції є прогностично несприятливою ознакою обмеження активності у повсякденному житті, інвалідизації та швидкої смерті (Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S., et al., 2002).

На частку осіб похилого та старечого віку припадає пік по кількості завершених суїцидів, що пов'язано з наявністю хронічних соматичних захворювань, втратою роботи, самотністю, усвідомленням невідворотності смерті. Наявність психічного захворювання підвищує ризик суїциду в рази.

У сучасних дослідженнях доведено, що близько 45% хворих на хворобу Альцгеймера та Піка мають суїцидальні наміри, хоча спроби самогубства рідкісні. Найнебезпечнішими щодо скоєння суїциду, на думку багатьох авторів, є початкові стадії деменції. Занепокоєння викликає факт, що при суцільному патоморфологічному дослідженні самовбивць часто виявляють характерні для хвороби Альцгеймера зміни, хоча за життя це захворювання діагностовано не було (Сайко Д.Ю., 2013; Stenager E.N., Wermuth L., Stenager E., Boldsen J., 1994; Olin J.T., Katz I.R., Meyers B.S., 2002).

Аналіз наукових даних показує, що коморбідна з деменцією психопатологічна симптоматика широко

досліджується, однак до сьогодні відсутні узагальнюючі дослідження, у яких було б вивчено залежність ризику виникнення суїцидальної поведінки від клінічної форми деменції, клініко-анатомічних, нейрофізіологічних, психопатологічних, гендерних особливостей.

Крім того, відсутні розроблені заходи психосоціальної реабілітації для дементних хворих з суїцидальними проявами та заходи їх превенції.

Необхідність вивчення вказаних питань обґрунтовує актуальність нашого дослідження.

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Ю.О. Євтушенко

НЕПАРАМЕТРИЧНІ КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ВМІСТОМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ТА ІНТЕНСИВНІСТЮ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне
lond-sever@ukr.net

Під наглядом перебували 109 хворих на опіоїдну залежність (ОЗ) – 84 чоловіків та 25 жінок у віці від 19 до 48 років, в тому числі 84 хворих із коморбідним хронічним гепатитом С (ХГС) (66 чоловіків та 18 жінок) у віці від 21 до 48 років, які перебували під спостереженням у Луганському обласному наркологічному диспансері (м. Лисичанськ) та Сватівській обласній психіатричній лікарні. Серед 84 хворих із поєднанням ОЗ і ХГС, гепатит мав малу активність у 51 пацієнта, помірну – у 33.

У хворих на ОЗ відмічається суттєве збільшення вмісту ФНП-альфа в сироватці крові в усі періоди захворювання, проте найбільша концентрація цього цитокіну має місце в ранньому абстинентному періоді ($52,2 \pm 3,2$ пг/мл) і знижується в пізньому абстинентному та періоді ремісії. У групі хворих на ОЗ із коморбідним ХГС виявлено вірогідне зростання концентрації ФНП-альфа в найбільшій мірі у пізньому абстинентному періоді ($85,1 \pm 2,5$ пг/мл), високі показники цього цитокіну зберігалися і в періоді ремісії ($77,4 \pm 2,6$ пг/мл). Найбільші дискримінантні властивості між групами хворих на ОЗ та ОЗ із ХГС мають показники ФНП-альфа в пізньому абстинентному

періоді ($F=89,891$; $P<0,0001$) та періоді ремісії ($F=142,603$; $P<0,0001$), що свідчить про збереженість патогенетичного впливу прозапального цитокіну ФНП-альфа у хворих на ОЗ, поєднану із ХГС.

При оцінці кореляції сироваткового рівня ФНП-альфа із показниками перекис-індукованої ХЛ ми встановили, що помірна активність коморбідного хронічного гепатиту С, порівняно із малою його активністю, обумовлює більш значний вплив цього прозапального цитокіну на інтенсивність перекисного окиснення ліпідів і зсув балансу ПОЛ–АОЗ до активації ПОЛ в ранній ($R=+0,679$; $P<0,001$; $R=+0,525$; $P<0,002$ відповідно) та пізній абстиненції ($R=+0,821$; $P<0,001$; $R=+0,808$; $P<0,001$ відповідно).

При помірній активності коморбідного ХГС у хворих на ОЗ інтерлейкін-6 має найбільший вплив на зростання вмісту прооксидантних речовин у сироватці крові в ранній абстиненції ($R=+0,740$; $P<0,001$), зростання активності ПОЛ в ранній та пізній абстиненції ($R=+0,480$; $P<0,001$; $R=+0,724$; $P<0,001$ відповідно), вірогідний зсув балансу ПОЛ–АОЗ у бік активації ПОЛ в ранній ($R=+0,759$; $P<0,001$) та пізній абстиненції ($R=+0,801$; $P<0,0001$).

В.В. Огоренко

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск
ogorenkov@gmail.com

Проблемы ранней диагностики, лечения и реабилитации больных при онкологической патологии головного мозга остаются во многом не решенными. Известно, что формирование опухолей, локализирующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния пациентов. Психические расстройства (частота проявлений которых, по данным разных авторов, колеблется в пределах 40–100% случаев) зачастую становятся первыми проявлениями онкопатологии.

Цель исследования – изучение особенностей ранних психических расстройств у больных с опухолями головного мозга.

Материалы и методы. Обследовано 250 больных первичными злокачественными (ЗНО) и доброкачественными (ДНО) опухолями головного мозга. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде до верификации диагноза.

В исследованную выборку вошли пациенты без преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения, с отсутствием сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной

системи, без порушень свідомості та ознак гіпертензійно-дислокаційного синдрому на початковій стадії клініко-діагностичного моніторингу.

Результати дослідження. У всіх хворих, включених у вибірку, на початковій стадії діагностичного процесу психічні розлади передували або поєднувалися з мінімально вираженою неврологічною симптоматикою, що послужило причиною збільшення тривалості діагностичного періоду. Феноменологічний аналіз психічних розладів, діагностованих на етапах клінічного моніторингу (до верифікації діагнозу), свідчить про більш виражену клінічну гетерогенність та неоднозначність психопатологічної симптоматики у хворих з дебютом ЗНО в формі психічних розладів, порівняно з групою ДНО: кількість спостережень психічних розладів у пацієнтів зі злоякісними ($n=126$) та доброякісними ($n=124$) новоутвореннями мозку становить 227 та 186 спостережень відповідно. При цьому у 98% пацієнтів з вибірки ЗНО на різних етапах діагностовано не менше двох варіантів психічних порушень, кваліфікованих як «психічне розлад», що відповідає рубрикам МКБ-10.

Аналіз психопатологічної симптоматики, послужившої причиною первинного звернення за допомогою в дослідженій вибірці хворих доброякісними новоутвореннями головного мозку (ДНО), свідчить про переважання на синдромальному та симптоматичному рівнях невротических станів (астеничного та іпохондричного) та непсихотических розладів настрою (переважно депресивних), а також

зміненості особистості (98,31%). Іменно змістом психопатологічних симптомів початкового періоду пояснюється той факт, що в групі пацієнтів з доброякісними новоутвореннями головного мозку виявлено високий відсоток самостійного первинного звернення за консультативною психотерапевтичною та психіатричною допомогою (67,29%). В подальшому, до включення хворих в досліджувану групу, 73,5% з них були направлені на консультацію психіатра лікарями-інтерністами. Аналіз причин первинного звернення за допомогою в дослідженій вибірці хворих злоякісними новоутвореннями головного мозку (ЗНО) свідчить про переважання на синдромальному та симптоматичному рівнях афективних розладів, а також зміненості особистості (76,7%). В відмінність від групи хворих ДНО, в якій виявлено високий відсоток самостійного первинного звернення за консультативною психотерапевтичною та психіатричною допомогою, з хворих з ЗНО в період до клінічної маніфестації тільки 22,46% зверталися за допомогою відповідного профілю самостійно.

Результати проведеного дослідження свідчать, що спектр психопатологічної симптоматики у хворих з дебютом опухливого процесу в формі психічних розладів достатньо широкий та неоднозначний. Клінічна гетерогенність ранніх психопатологічних порушень пояснюється різноманітністю, в деяких випадках – суперечливістю оцінки варіантів психічних розладів, їх трактування на етапах діагностики, що, безсумнівно, впливає на тривалість клініко-діагностичного періоду та своєчасність надання спеціалізованої допомоги.

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА ПСИХОТИЧНІ ПРОЯВИ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
therapy@undisspn.org.ua

Дані літератури вказують на дуже високий рівень коморбідності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з іншими психічними захворюваннями – до 75% (Freeman et al., 2002). При взаємодії симптомів ПТСР і коморбідного розладу формуються складні симптомокомплекси та феноменологічні утворення. Досить часто в клінічній картині ПТСР спостерігають симптоми, притаманні ендегенним захворюванням (Breslau N., 2001; Sautter F. et al., 1999). Автори підкреслюють, що психотичні прояви найчастіше з'являються в клініці хронічного ПТСР і визначають його тяжкий перебіг, який можна зіставити з прогресивними формами шизофренії (Hamner M. et al., 2000). Проте досі немає єдиної думки щодо оцінки характеру взаємовідношення психотичної симптоматики та ПТСР.

Мета роботи – на основі аналізу сучасних даних літератури визначити особливості взаємозв'язку психотичних проявів та ПТСР.

Результати та їх обговорення. На сьогодні виділяють два методологічні підходи до визначення взаємовідношення ПТСР та розладів психотичного регістра. Перший розглядає стресорні симптоми як фактори, що провокують маніфестацію чи загострення психотичного розладу, насамперед шизофренію (Muenzenmaier K., 2005). Другий підхід передбачає виділення специфічних варіантів хронічного ПТСР із змінами як його типових проявів, так і симптомів коморбідного психотичного розладу (Sautter F.J. et al., 1999). Так, К. Jung (2001) запропонував поряд з «типовим ПТСР» виділяти його атипові форми, зокрема «ПТСР з психотичними симптомами». Задля кваліфікації такого клінічного варіанту ПТСР Lindley S.E. et al. (2000) навіть впровадили термін р-PTSD.

Вивчення проблеми поєднання шизофренії та ПТСР дозволило виділити три типи коморбідності: автономний, який проявляється відносно незалежним

співвідношенням психотичних та стресорних проявів; синергічний – з утворенням загальних симптомів між психотичним та невротичним регістрами; синергічний – із розщеплюванням синдрому, при якому загальні симптоми виявляються на рівні лише деяких складових симптомокомплексів (Тухватуліна Л.Ш., 2004).

Аналіз взаємодії симптомів різних регістрів у структурі шизофренії та ПТСР в учасників бойових дій дозволив виявити подібні симптоми, зокрема нівелювання емоційних реакцій, яке може бути як проявом шизофренічного дефекту, так і наслідком емоційного заціпеніння в клінічній картині ПТСР. На фоні психотичних проявів у хворих на шизофренію також нерідко виникають симптоми ПТСР, а в структурі розладів шизофренічного спектра у військових зміст психотичних розладів може збігатися з тематикою постстресорних переживань (Opler L.A. et al., 2006).

М. Braakman (2013) взагалі виділяє новий психіатричний розлад – «психотичний ПТСР», який відрізняється

клінічною картиною і потребує специфічного лікування. Автор пропонує низку діагностичних критеріїв, які дозволяють диференціювати вказаний розлад від шизофренії. Наприклад, маячня та галюцинації при психотичному ПТСР майже ніколи не мають химерного характеру, навпаки, маячні ідеї завжди пов'язані із стресорними факторами. Крім того, у таких пацієнтів спостерігають утрічі більше коморбідних психічних розладів, ніж у хворих на шизофренію. При «психотичному ПТСР» також рідко виявляють розлади абстрактного мислення та специфічні порушення мовлення. Запропоновані критерії, на думку автора, дозволяють у 90% випадків встановити коректний діагноз.

Висновки. Психотичний варіант ПТСР відрізняється складною психопатологічною структурою та тяжчим перебігом розладу. Наразі актуальним є питання розробки нових терапевтичних підходів до надання медико-соціальної допомоги пацієнтам з даною патологією.

О.В. Прохорова

СИНДРОМ ВИКОНАВЧОЇ ДИСФУНКЦІЇ У СТРУКТУРІ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

prokhorova3773@gmail.com

Зростання кількості людей похилого віку, а відповідно і поширеності захворювань, притаманних цій віковій категорії, а саме органічних психічних розладів на тлі цереброваскулярних захворювань (ЦВХ), безумовно має велике соціальне значення. У пацієнтів похилого віку цереброваскулярні хвороби мають високу коморбідність з депресивними розладами і є фактором предрисповиді для їх розвитку (Вейн А.М., 2007). Залежно від етіопатогенетичного фактора депресію при ЦВХ можна умовно поділити на депресію при макроангіопатії (постінсультна) та при мікроангіопатії (субкортикальна ішемічна) (Левін О.С., 2013). Одним із патопсихологічних феноменів субкортикальної ішемічної депресії є розлади виконавчих, або керуючих функцій, які є відображенням розриву фронтостріарних шляхів (Mast B.T., 2004; Левада О.А., 2013).

Метою дослідження є виявлення особливостей та відмінностей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з ЦВХ, а також виділення патопсихологічних феноменів, притаманних субкортикальній ішемічній депресії (СІД).

Матеріали та методи дослідження. Ми провели скринінг 115 пацієнтів з ЦВХ (коди стану за МКХ–10 I63.5, I63.8, I67.2, I67.4, G46). За критеріями включення/виключення було відібрано 98 осіб, з яких для подальшого аналізу використано дані 82 осіб, які були поділені на основну (ОГ) та контрольну групи (КГ). За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 – (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ (СГВ) в ГМ за даними МРТ дослідження + F06.3) кількістю 26 осіб; ОГ2 – (ЦВХ з гострим пору-

шенням мозкового кровообігу (ГПМК) або остаточними явищами після перенесеного ГПМК + F06.3) кількістю 32 особи. У групу контролю (КГ) увійшли особи з ЦВХ без суттєвих ішемічних змін на МРТ головного мозку в субкортикальних зонах або корі, її кількість становила 24 особи.

Діагностичний алгоритм включав скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника стану здоров'я Patient Health Questionnaire (PHQ-9) та, у разі отримання позитивного результату, використання тесту МОСА, госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, тесту на семантичну та фонетичну пам'ять, тесту Струпа, тесту зв'язку символів (Trail Making Test (TMT-A та TMT-B)) та шкали якості життя SF-36.

Висновки. Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що тяжка депресія в ОГ2 була у 59,4% випадків, а у пацієнтів ОГ1 виявлялись депресивні розлади легкого ступеня – у 88,5% випадків, але більш виражений тривожний радикал з приводу свого стану здоров'я – у 88,1% пацієнтів. У КГ депресивні розлади виявлені у 63,5% пацієнтів. При дослідженні виконавчих функцій за допомогою ТМТ в частині А (динамічні параметри уваги та рівень її довільної регуляції, просторова орієнтація та зорово-моторна координація), та в частині В (розподілена увага, робоча пам'ять та виконавча функція) в ОГ1 у 91,6% пацієнтів спостерігали недостатність виконавчих функцій у вигляді більш вираженої брадифренії при виконанні ТМТ-В, ніж при виконанні ТМТ-А. В ОГ2 у 82,4% спостерігали пропорційне збільшення часу виконання як ТМТ-А, так і ТМТ-В, що свідчить про недостатність концентрації уваги. У пацієнтів КГ час

виконання тесту зростав пропорційно у 53,6% обстежуваних. При оцінці показників тесту Струп 1 суттєвих міжгрупових відмінностей не виявлено. При виконанні другої та, особливо, третьої частини тесту Струпа пацієнти ОГ1 із завданням справлялись набагато гірше, ніж

пацієнти ОГ2. Таким чином, ми спостерігаємо у пацієнтів ОГ1 порушення керуючих (виконавчих) функцій, порівняно з пацієнтами ОГ2, що є наслідком розриву фронтостріарних шляхів у результаті мікроангіопатії судин головного мозку.

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Ю.О. Євтушенко

ВИКОРИСТАННЯ ДИСКРИМІНАНТНОГО АНАЛІЗУ В СТВОРЕННІ АЛГОРИТМУ ПРОГНОЗУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

lond-sever@ukr.net

Метою роботи стало створення методу прогнозування розвитку адиктивної поведінки у осіб молодого віку. **Завданням роботи** було визначення діагностичної та прогностичної значущості комплексу психологічних ознак у підлітків щодо розвитку адикції. Для цього ми обстежили 127 учнів середніх шкіл та навчальних закладів I та II рівнів акредитації у віці від 12 до 18 років. Серед обстежених 89 підлітків не вживали наркотичних препаратів (1 група), а 38 (2 група) мали досвід вживання наркотичних речовин без ознак фізичної залежності.

Ми провели міжгруповий непараметричний аналіз Манна-Уїтні та дискримінантний міжгруповий аналіз загального індексу спроможності підлітків щодо прийняття конструктивного рішення в стресових ситуаціях. При порівнянні показників загального індексу ми встановили, що в 2 групі – у осіб, які вживають наркотичні препарати, – цей індекс нижчий, ніж у 1 групі, в 1,3 раза ($36,4 \pm 0,96$ балів; $47,8 \pm 0,24$ балів відповідно; $P < 0,001$ за критерієм Манна-Уїтні).

Встановлено, що вірогідні міжгрупові відмінності мають 8 з 10 ознак. Найбільше зниження конструктивності виходу із стресової ситуації для осіб, які мали досвід вживання наркотиків, проявлялося при спробі оточення

підлітка свідомо його принизити – I_4 ($F=35,20$; $P < 0,0001$), при відчутті фізичної небезпеки – I_{10} ($F=32,70$; $P < 0,001$), при негативній оцінці підлітка особами протилежної статі – I_2 ($F=30,70$; $P < 0,001$), при наявності тривалих внутрішньосімейних конфліктів – I_1 ($F=29,24$; $P < 0,001$), при загрозі суттєвого погіршення стану здоров'я підлітка – I_5 ($F=14,13$; $P < 0,003$), при можливій смерті близького родича – I_3 ($F=13,99$; $P < 0,004$). Такі фактори, як погіршення матеріального становища та можлива зміна підлітком навчального закладу практично не мали дискримінантних властивостей між групами із та без вживання наркотичних препаратів.

Для верифікації зниження спроможності підлітків до конструктивного виходу із стресових ситуацій як предиктора адиктивної поведінки ми запропонували дискримінантне рівняння, яке включає чотири ознаки, що мають найбільші міжгрупові дискримінантні властивості.

$$K1 = 2,8319 \cdot A + 1,1924 \cdot B + 0,4715 \cdot C + 1,9716 \cdot D - 12,7667;$$
$$K2 = 3,6949 \cdot A + 1,8995 \cdot B + 0,9239 \cdot C + 2,8129 \cdot D - 23,8943,$$

де A – значення I_4 ; B – значення I_{10} ; C – значення I_2 ;

D – значення I_1 .

При перевищенні K_1 над K_2 прогнозують адиктивну поведінку підлітка.

Н.В. Чередніченко,^{1,2} О.А. Левада¹

ЗНАЧЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ВИКЛИКАНОГО КОГНІТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ Р300 ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ТИПІВ М'ЯКИХ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя¹

КЗ «Центральна лікарня Комунальського району», м. Запоріжжя²

cheredni-natalya@yandex.ua

Згідно з DSM-5, клінічний конструкт «м'який нейрокогнітивний розлад / mild neurocognitive disorder» (МНР / MNCD) прийшов на зміну діагностичній категорії «м'яке когнітивне порушення / mild cognitive impairment» (МКП / MCI). МНР розглядають як проміжну стадію між нормальним когнітивним старінням та дементуючими процесами. Його поширеність серед людей похилого та старечого віку сягає близько 17,5%.

Основними етіологічними типами МНР є МНР внаслідок хвороби Альцгеймера (МНР-ХА) і МНР внаслідок цереброваскулярного захворювання. Серед останніх найпоширенішим є субкортикальний судинний м'який нейрокогнітивний розлад (ССМНР). Потенційна можливість запобігти прогресуванню МНР в деменцію спонукає до вивчення їх патогенетичних механізмів та пошуку валідних параклінічних методів діагностики.

Серед них особливе місце займають дослідження характеристик когнітивних викликаних потенціалів (КВП), переважно латентності та амплітуди хвилі P300. Зміни цих параметрів мають високу чутливість на ранніх стадіях хвороби Альцгеймера та субкортикальної судинної деменції. Дослідження зазначених показників P300 при різних етіологічних типах МНКР поодинокі, що спонукає до їх детального вивчення.

Мета – дослідити зміни латентності та амплітуди хвилі P300 у пацієнтів з основними етіологічними типами МНКР – МНКР-ХА та ССМНКР – для визначення їх диференційно-діагностичного значення, а також можливих патогенетичних механізмів, які лежать в основі вказаних змін.

Пацієнти та методи дослідження. Було обстежено 32 пацієнти з МНКР-ХА згідно з критеріями DSM-5, 33 пацієнти з ССМНКР за критеріями G.B. Frisoni et al. (2002) і загальними критеріями судинних МНКР DSM-5, та 25 осіб без когнітивних розладів (БКР). Групи порівняння не відрізнялися за віком (обстежені належали до осіб похилого та старечого віку), статтю і рівнем освіти.

Клінічний протокол включав: 1) нейропсихологічне тестування (Mini Mental State Examination (MMSE), дослідження пам'яті (TIME-test), уваги за показником ефективності роботи (EP) у таблицях Шульте, тест малювання годинника, дослідження категоріальної швидкості); 2) психопатологічне дослідження за шкалою The Neuropsychiatric Inventory (NPI); 3) неврологічний огляд. Слухові КВП досліджували на електроенцефалографі «Нейроком», використовуючи просте дискримінаційне завдання. Амплітуду і латентність P300 оцінювали з відведення Cz. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програм Microsoft Office Excel 2007, "STATISTICA 7,0" for Windows (StatSoft.Inc., США).

Результати. Встановлено, що латентність P300 достовірно збільшується у пацієнтів з ССМНКР ($507,89 \pm 203,63$ мс). Ступінь її збільшення дозволяє з високою достовірністю диференціювати хворих з ССМНКР від осіб БКР ($326,88 \pm 103,64$ мс, $P=0,00005$) і пацієнтів з МНКР-ХА ($378,86 \pm 99,94$ мс, $P=0,0007$). Збільшення латентності P300 у хворих з МНКР-ХА було недостовірним, порівняно з особами БКР. Показники амплітуди P300 демонстрували достовірне зниження тільки у групі ССМНКР ($8,55 \pm 6,15$ мкВ) у порівнянні з пацієнтами з МНКР-ХА ($13,21 \pm 8,51$ мкВ, $P=0,039$), але не з контролем ($11,62 \pm 6,84$ мкВ).

У пацієнтів з ССМНКР латентність P300 мала високу достовірну негативну кореляцію з показником MMSE ($r=-0,58$, $p<0,05$) та достовірно високі або помірні кореляції з результатами тестів, що характеризують специфіку когнітивного дефіциту у даній категорії хворих, а саме з деякими дисмnestичними порушеннями (активне пригадування списку слів) ($r=-0,43$, $p<0,05$) і показниками виконавчих функцій: 1-а частина тесту малювання годинника ($r=-0,53$, $p<0,05$), категоріальна швидкість ($r=-0,42$, $p<0,05$), показник уваги EP ($r=0,38$, $p<0,05$). Амплітуда P300 в групі ССМНКР мала слабкі достовірні позитивні кореляції з MMSE ($r=0,32$, $p<0,05$) і показником категоріальної швидкості ($r=0,35$, $p<0,05$). Водночас ні амплітуда, ні латентність P300 в групі МНКР-ХА достовірно не корелювали з досліджуваними клінічними показниками.

Висновки. Збільшення латентності хвилі P300 тісно пов'язане з тяжкістю і клінічною специфікою ССМНКР, відображаючи переважний вплив мікроеваскулярного лобно-підкіркового ураження головного мозку на формування даного нейрофізіологічного показника. Ступінь збільшення латентності P300 можна використовувати як валідний нейрофізіологічний маркер у диференційній діагностиці основних етіологічних типів МНКР.

Я.Ю. Марункевич

ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОЗОПОДІБНИХ РОЗЛАДІВ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова МОЗ України, м. Вінниця
slavunchik87@mail.ru

Вступ. Цереброваскулярна патологія – це міждисциплінарна проблема. За офіційними даними статистики Міністерства охорони здоров'я України зареєстровано більше 3 млн людей з різними цереброваскулярними захворюваннями. Вони посідають друге місце серед причин смертності в Україні, та третє – у світі (ВООЗ, 2014). Впродовж останніх 10 років поширеність цих захворювань в Україні суттєво зростає (Т.С. Міщенко, 2011), тому особливої актуальності набувають питання профілактики та лікування цих захворювань і зумовлених ними психічних розладів, а також покращення якості життя цих пацієнтів.

Мета дослідження. Дослідити структуру та клініко-синдромологічні особливості неврозоподібних розладів судинного генезу.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано 30 медичних карт стаціонарних хворих, які перебували на лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка. Середній вік обстежених хворих склав $54,9 \pm 4,3$ років. Критерії включення в дослідження: жіноча стать, невротичний рівень симптоматики, наявність судинної патології. Дослідження проводили з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та статистичного методів.

Клініко-анамнестичний метод використовували при вивченні даних щодо перебігу захворювання, анамнестичних даних, оцінці даних медичної документації.

Клініко-психопатологічний метод використовували для оцінки стану хворих, визначення провідного психопатологічного синдрому.

Результати дослідження. У структурі неврозоподібних розладів судинного генезу були виділені наступні нозології, встановлені згідно з критеріями МКХ-10: органічний депресивний розлад – у 13 (43,3%), органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад – у 11 (36,7%), органічний тривожний розлад – у 4 (13,3%) та органічний дисоціативний розлад – у 2 (6,7%) пацієнтів.

Найпоширенішим виявився органічний депресивний розлад. Для дослідження патоморфозу органічних неврозоподібних розладів були вивчені їх клініко-синдромологічні особливості. При аналізі синдромологічної структури було виявлено, що адинамічний синдром

зустрічається у 6,7%, апатичний – у 16,7%, іпохондричний – у 23,3%, тривожний – у 30%, астенічний – у 33,3%, дисфоричний – у 40% хворих.

Висновки. У структурі неврозоподібних розладів судинного генезу найпоширенішими є депресивний та емоційно-лабільний (астенічний) розлади. У клініко-синдромологічній структурі переважають дисфоричний, астенічний, тривожний та іпохондричний синдроми. У зв'язку зі зростанням судинної захворюваності та поліморфізмом клінічних проявів неврозоподібних розладів судинного генезу необхідною є розробка удосконалених підходів до комплексного лікування цих розладів.

О.О. Стойка, Н.М. Когут

ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА ЛІКАРІВ-САНОЛОГІВ МІСТА КИЄВА ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Київський міський Центр здоров'я Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу
Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації), м. Київ
nadya.kogout@gmail.com

Впродовж останніх двох років лікарі та середній медичний персонал Київського міського Центру здоров'я (далі – КМЦЗ) здійснювали щоденне консультування внутрішньо переміщених осіб на Проміжному пункті допомоги громадянам України, які виїхали із зони АТО, на залізничному вокзалі станції «Київ-Пасажирський», згідно з розробленим Департаментом охорони здоров'я алгоритмом дій при організації надання медичної допомоги та медикаментозного забезпечення для цієї категорії громадян. Консультації надані більш ніж 1500 внутрішньо переміщеним особам.

Діяльність консультантів здійснювалась спільно з представниками інших державних та громадських організацій, які брали участь у відповідній роботі під керівництвом Державної служби України з надзвичайних ситуацій.

Спілкування з медичними працівниками безпосередньо на залізничному вокзалі щодо можливостей отримання медичної допомоги безумовно було корисним, знімало емоційну напругу перших годин перебування людей в столиці. Тим більше, що пам'ятка, яку розповсюджували консультанти, свідчила, що вимушені переселенці навіть при відсутності документів мають право на отримання якісної, вчасної та безкоштовної медичної допомоги в усіх без винятку медичних закладах, підпорядкованих Департаменту охорони здоров'я міста Києва, а за необхідності – швидкої та невідкладної допомоги. Телеканалам ІСТV, ТРК «Київ», радіо «Вести» надано інтерв'ю з метою роз'яснення суті консультативної допомоги.

Інформаційними приводами роботи з населенням лікарів-санологів міста Києва щорічно стають Всесвітній день психічного здоров'я, Всесвітній день запобігання самогубствам, Всесвітня кампанія запобігання насильству, Всеукраїнський тиждень права. Засобом масової інформації надаються прес-релізи до традиційних Днів відкритих дверей у Київській міській клінічній психо-

неврологічній лікарні № 1, яка є однією з найстаріших лікарень країни і надає спеціалізовану медичну допомогу кожному, хто звертається при виникненні порушень психічного здоров'я, а також фестивалю альтернативного мистецтва «Павлов-фест».

Певна стигматизація щодо отримання пацієнтом психіатричної допомоги існує досі. Тому актуальною є популяризація для населення спеціалізованих послуг, можливостей отримання допомоги, лікування і реабілітації при виснаженні нервової системи внаслідок психотравм, при подружній дисгармонії, тривожних, панічних, фобічних станах, безсонні, вегетосудинній дистонії, головному болю тощо.

Киїани добре знають телефони цілодобового безперервного телефону довіри 456-17-25, 456-17-02, який організовано на базі Київського міського психоневрологічного диспансеру № 5. На цій гарячій лінії працюють досвідчені спеціалісти – психіатри і психотерапевти, які в змозі встановити контакт з абонентом, вислухати і надати необхідну допомогу, а при необхідності – направити до амбулаторно-поліклінічної установи, де психотерапевтичний вплив буде закріплений навичками самоконтролю та самокорекції.

Багато форм насильства проти жінок, дітей, літніх людей можуть призводити до психологічних і соціальних проблем, а наслідки проявляються через багато років. Зазвичай жертви потрапляють у лікарні та соціальні приютки, потребують серйозного лікування і психологічної реабілітації. Тому в інформаційних листах для медичних працівників, повідомленнях для преси висвітлюється робота Київського міського центру роботи з жінками Київської міської державної адміністрації, Київського міського центру соціально-психологічної допомоги, Міжнародного жіночого правозахисного центру «Ла Страда – Україна», Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Висока поширеність куріння серед людей, які перебувають під тиском соціальних та економічних негараздів, свідчить про те, що куріння використовується як механізм для зняття стресу. У КМЦЗ можна отримати консультації з питань відмови від куріння, долучитися до роботи клубів «Антистрес», здорового харчування, Університету медичних та гігієнічних знань для людей літнього віку «За активне довголіття».

КМЦЗ підтримує заходи на захист цінностей психічного здоров'я, об'єднує різних людей, громадські організації, державні структури, ініціює важливі рішення в сфері захисту прав психічно хворих людей, гарантії їх належного лікування, реабілітації. Сподіваємось, що проведення пропагандистських заходів сприятиме подоланню дискримінації та стигми по відношенню до людей з психічними відхиленнями.

С.В. Римша, О.О. Комаринська

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ВИВЧЕННЯ ПРОТЕЇНУ S 100 ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЙОГО ЗАСТОСУВАННЯ В ПСИХІАТРІЇ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
kutsyck@gmail.com

Вступ. Впродовж останнього часу окрім традиційних нейровізуалізаційних та електрофізіологічних методів діагностики пошкодження тканини мозку все більшого значення набуває лабораторне визначення нейроспецифічних білків (Sedaghat F. et al., 2008). Протеїн S 100, виділений в 1965 році В. Мооре, є специфічним білком астроцитарної глії, здатним зв'язувати кальцій (Huang P. et al., 2005). Сімейство білків S 100 складається із тканинспецифічних мономерів, 2 з яких – α і β , утворюють гомо- і гетеродимери, що присутні у високій концентрації в нервовій тканині (Траилин А.В. і др., 2009).

Білки S 100 α і S 100 β регулюють різні клітинні процеси, а також секретуються позаклітинно. У наномолярних концентраціях вони стимулюють проліферацію астроцитів *in vitro*, мають нейротрофічний вплив на розвиток і регенерацію нейронів, синаптичну пластичність, в мікромолярних – мають нейротоксичну дію, стимулюють апоптоз і некроз (Петрова Н.Н. і др., 2014).

Ряд дослідників вказують на роль цього білка в регуляції процесів пам'яті, навчання, емоційно-мотиваційних реакцій та інших інтегративних процесів завдяки трофічному впливу на серотонінергічні нейрони (Эпштейн О.И. і др., 1999; Хейфец И.А. і др., 2007).

У нормі S 100 виявляється в сироватці крові здорових осіб як результат фізіологічної регенерації астрогліальної тканини. Перевищення рівнів S 100 $\alpha\beta$ і S 100 $\beta\beta$ у плазмі та лікворі оцінюється як маркер пошкодження нервової тканини і широко вивчається у різних галузях медицини (Григорьев Е.А. і др., 2010).

Мета роботи – на основі аналітичного огляду літератури визначити сучасні напрямки вивчення протеїну S 100 загалом та в психіатрії зокрема.

Матеріали та методи: проведено пошук та аналіз 84 джерел літератури за темою дослідження.

Результати. Найширше протеїн S 100 вивчався в неврологічній та реанімаційній практиці.

Доведено значне підвищення концентрації цього білка в крові та лікворі при черепно-мозковій травмі (Huang P. et al., 2005; Пинелис В.Г. і др., 2010) та при інсультах (Визова Е.О. др., 2012; Шайтанова Т.Ю. і др., 2014), що корелює з величиною вогнища ураження головного мозку,

тяжкістю клінічних проявів та може бути прогностичним маркером виживання і формування несприятливих наслідків у вигляді нейрокогнітивного дефіциту, органічного розвитку особистості у віддаленому періоді.

У реанімаційних пацієнтів проводили дослідження протеїну S 100 в критичних станах (Белобородова Н.В. і др., 2011), при гіперкапнічній гіпоксії (Беспалов А.Г. і др., 2014), в умовах проведення наркозу під час видалення пухлин (Петросян Л.Г. і др., 2013). Було виявлено достовірні відмінності сироваткового рівня S 100 при гіперактивному та гіпоактивному делірії в реанімаційному відділенні (Бусьгин С.Н. і др., 2014).

Концентрація цього протеїну значно підвищується в плазмі пацієнтів, які оперовані в умовах штучного кровообігу, а також при виконанні аортокоронарного шунтування на працюючому серці (Захаров В.И. і др., 1996).

S 100 може бути допоміжним діагностичним і прогностичним маркером при злоякісній меланомі, гліомах і нейробластомах (Narprio R. et al., 2004), для прогнозу неврологічних ускладнень після зупинки серця, в амніотичній рідині для прогнозу внутрішньоутробної загибелі плода, наслідків асфіксії в перші 72 години (Петрухин А.С. і др., 2004), віддалених наслідків перинатального ураження ЦНС (Серикова И.Ю. і др., 2013).

Дослідження нейроспецифічних білків у психіатрії проводили переважно при когнітивних розладах, психоорганічному синдромі, деменціях та шизофренії, але не так часто.

Вивчали підвищення концентрації, динаміку та прогностичне значення протеїну S 100 щодо прогресування когнітивного дефіциту та нейродегенерації при хворобі Альцгеймера (Chaves M.L. et al., 2010; Leclerc E. 2010), судинній (Левада О.А., 2013), сенільній деменціях (Nooijen P.T. et al. 1997), СНІД-дементному комплексі (Pemberton L.A. et al. 2001), нейросифілісі (Мироненко Т.В. і др., 2014), епілепсії (Липатова Л.В., 2009).

Дані стосовно значення протеїну S 100 при шизофренії мають суперечливий характер. Gattaz W.F. et al. (2000) при даній нозології виявили зниження концентрації S 100 β у крові, тоді як більшість дослідників (Lingh S.H. et al., 2007; Steiner J. et al., 2013) вказують на достовірне під-

вищення рівня цього протеїну при загостренні і наявне персистуюче структурне ушкодження клітин нервової системи при шизофренії.

Збереження високої концентрації білка S 100 після купірування гострого стану пов'язане з негативною симптоматикою та когнітивними порушеннями (Verhoeven W. et al., 2011) у жінок (K. O'Connell et al., 2013). Певні автори вказують на відсутність впливу терапії як традиційними, так і атипичними антипсихотиками на концентрацію S 100 (Петрова Н.Н., 2014), деякі – на наявність такого впливу (Verhoeven W. et al., 2011) та асоціацію його з поганою терапевтичною відповіддю (Rothermundt M. et al., 2009).

При неврозах та в наркологічній практиці коло досліджень білка S 100 обмежене. Виявлено взаємозв'язок між рівнем аутоантитіл до білків нервової тканини з

соматовегетативними проявами невротичних депресій і кореляцію з її глибиною, типологічними варіантами і тривалістю захворювання (Морозов Г.В. и др., 2000).

На висоті алкогольного делірію різко підвищується рівень білка S 100 в лікворі та в крові і з'являються антитіла до нього, які після виходу та усунення постпсихотичної астенії залишаються підвищеними (Цыбрикова Е.А., 2008).

Висновки. Протеїн S 100 є перспективним діагностичним нейробіологічним маркером пошкодження астроглії, що вивчається в різних галузях медицини.

Роль та значення цього білка в патогенезі, прогнозі динаміки клінічних проявів (крім когнітивних) та лікуванні більшості психічних розладів залишаються суперечливими, мало вивченими і потребують подальших досліджень.

В.С. Підкоритов, Н.А. Байбарак

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України», м. Харків
baybarakn@gmail.com

На сьогодні актуальним є питання соматичного стану не тільки здорової людини, але і осіб, які страждають на психічні розлади, зокрема хворих на параноїдну шизофренію. У 90% хворих на шизофренію наявні порушення різних соматичних функцій, а у 34–74% з них соматичні захворювання не діагностовані.

За даними різних авторів, у хворих на шизофренію достовірно підвищується число факторів ризику виникнення серцево-судинних захворювань (артеріальна гіпертензія, стенокардія, ішемічна хвороба). Проблема шизофренії в загальномедичній практиці розглядається в аспекті відносно високого ризику летального результату для даного контингенту хворих внаслідок серцево-судинної патології, що сягає, за даними різних досліджень, від 1,12 до 2,6 (у чоловіків) та від 1,09 до 2,3 (у жінок).

Все вищевикладене свідчить про актуальність вивчення особливостей проявів параноїдної шизофренії з супутньою соматичною патологією, а саме з серцево-судинною. Мета дослідження – вивчення особливостей клінічної картини параноїдної шизофренії в сучасних умовах, які трансформуються під впливом цієї патології.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-катамнестичний.

Результати. Відповідно до мети дослідження було відібрано 32 хворих з діагнозом шизофренія параноїдної форми (за МКХ-10 – F20.0), що була ускладнена серцево-судинною патологією (основна група). Вік пацієнтів складав від 40 до 70 років. Серед 32 пацієнтів був 21 чоловік (65,62 %) та 11 жінок (34,38%), середній їх вік складав $(53,12 \pm 6,48)$ років. Вік манифестації захворювання – $(25,21 \pm 4,83)$ років, а тривалість хвороби – $(28,46 \pm 6,48)$ років. У середньому ці хворі перенесли

по $(7,46 \pm 3,56)$ загострень. Найпоширенішими серцево-судинними патологіями у хворих на параноїдну шизофренію були ішемічна хвороба серця та гіпертонічна хвороба. Ішемічну хворобу серця (ІХС) виявляли у старших пацієнтів, середній вік яких складав $(56,00 \pm 4,34)$ років, а гіпертонічну хворобу (ГБ) – у хворих середнього віку – $(47,00 \pm 5,16)$ років. Також була відібрана контрольна група, яку склали 30 хворих на параноїдну шизофренію без соматичної патології: 9 жінок та 21 чоловік. Середній вік їх складав $(41,60 \pm 6,24)$ років, вік манифестації захворювання – $(20,30 \pm 4,86)$ років, а тривалість хвороби – $(22,50 \pm 5,95)$ років. У середньому ці хворі перенесли по $(3,10 \pm 1,86)$ загострень.

У цих пацієнтів були виявлені наступні клінічні особливості:

а) в основній групі найчастіше виявляли порушення мислення з переважанням іпохондричного марення (40,63%, 13 випадків), на відміну від контрольної групи (3,33%, 1 випадок). Поява цього марення пов'язана з наявністю у хворих кардіальних скарг, болю у серці пульсуючого або тягнучого характеру, а також з головним болем, страхом через порушення в роботі серця. Також в основній групі переважали пацієнти з маренням дії та впливу (28,13%, 9 випадків), на відміну контрольної групи (13,33%, 4 випадки);

б) наявні порушення при серцево-судинній патології часто супроводжувались сплосненням афекту (18 пацієнтів, 56,25%, проти 12 пацієнтів, 40,00%), також відмічалась неадекватність афекту (11 пацієнтів, 34,38%, та 6 пацієнтів, 20,00%) ($p < 0,05$);

в) у сфері сприйняття частіше зустрічались тактильні галюцинації (15 випадків, 46,90% проти 2 випадків, 6,67%, $p < 0,05$), при яких хворі скаржилися на появу неприємних

відчуттів у ділянці серця, «в мене в серці є якісь істоти», «якась рідина тече по моїх судинах»;

г) у сфері відчуттів частіше спостерігали сенестопатії (8 випадків, 25,00%, та 2 випадки, 6,67%, $p < 0,05$). У сфері емоцій – високу частоту симптомів тривоги (19 випадків, 59,39% та 12 випадків, 40,00%, $p < 0,05$), що відображає органічний фон у таких пацієнтів;

д) у сфері когнітивних функцій частіше виявляли порушення орієнтування – у 21,9%. Ці порушення виникали внаслідок марення (маячних порушень орієнтування у власній особистості). Також були порушення в часі у пацієнтів вікової групи від 40 років та старше (9,3% у основній групі); гіпопрозексії (17 випадків, 53,13% та 1 випадок, 3,33%, $p < 0,05$), виснаження уваги (10 випадків, 31,25% та 6 випадків, 20,00%, $p < 0,05$), конкретності мислення (28 випадків, 87,50% та 2 випадки, 6,67%, $p < 0,05$), що були безпосередньо наслідком наявності органічного підґрунтя внаслідок ІХС.

У клінічній картині загострень параноїдної шизофренії у хворих із супутньою серцево-судинною патологією частіше зустрічалися галюцинаторно-маячний (13 пацієнтів, 40,63%) та депресивно-параноїдний (5 пацієнтів, 15,63%) синдроми, ніж у хворих з параноїдною шизофренією без супутньої соматичної патології (10 пацієнтів, 33,33%, та 1 пацієнт, 3,3%, $p < 0,05$). Майже однаково часто в обох групах зустрічався параноїдний синдром – у 10 пацієнтів (31,25%) основної групи та у 14 пацієнтів (46,67%) контрольної. Рідше спостерігався галюцинаторний синдром (4 пацієнти, 12,50% та 5 пацієнтів, 16,67% відповідно).

На основі аналізу визначено, що наявність супутньої серцево-судинної патології впливає на стан пацієнтів, клінічну картину захворювання, обтяжує перебіг параноїдної шизофренії та знижує рівень соціальної адаптації; все це призводить до інвалідизації вказаних хворих.

О.І. Серікова, С.О. Український, О.В. Скринник, О.С. Серікова, М.М. Марченко

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНИМИ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України», м. Харків
ukrayinsky@ukr.net

Шизофренія займає перше місце серед психозів за поширеністю, прогресивністю та тяжкістю соціальних наслідків (А.С. Тиганов, 2010; Р. Kreczmanski et al., 2007). Доведено, що пацієнти з шизофренією більш уразливі до соматичних захворювань (М.Ю. Дробіжев, 2000), а наявність коморбідної соматичної патології з ендогенним процесом значно ускладнює перебіг психічної патології та впливає на прогноз самого соматичного захворювання (А.Б. Смулевич, 2003).

Метою нашої роботи було вивчення особливостей перебігу параноїдної шизофренії у пацієнтів з супутніми неврологічними порушеннями.

Матеріали та методи дослідження. З використанням клініко-катамнестичного методу було проаналізовано 28 історій хвороби пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ ІНПН НАМН України в 2006–2015 роках з діагнозом параноїдна шизофренія (за МКХ–10 – F20.0), що мали супутню неврологічну патологію і склали основну групу. Серед них було 8 жінок та 20 чоловіків (співвідношення жінки: чоловіки – 1:2,5), середній вік досліджених – $(35,2 \pm 6,35)$ років. Вік манифестації захворювання був $(23,9 \pm 5,24)$ років, а тривалість хвороби – $(11,9 \pm 5,10)$ років. У середньому ці хворі перенесли по $(3,7 \pm 2,14)$ загострень. Також була відібрана контрольна група, яку склали 30 пацієнтів з параноїдною шизофренією без соматоневрологічної патології. Контрольна група складалася з 9 жінок та 21 чоловіка у співвідношенні 1:2,3. Середній вік пацієнтів контрольної групи склав $(31,60 \pm 6,24)$ років. Вік манифестації захворювання був $(20,30 \pm 4,86)$ років, а тривалість хвороби – $(12,50 \pm 4,95)$ років. У середньому ці хворі перенесли по $(3,10 \pm 1,86)$ загострень.

Результати. Неврологічна патологія, яку спостерігали у пацієнтів основної групи, була представлена вегетосудинною дистонією (ВСД) – 17 спостережень (60,7%), та різними варіантами дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕП) – 11 спостережень (39,3%). Більша частина пацієнтів основної групи з супутньою ВСД була у віковому діапазоні 18–29 років (12 пацієнтів, 70,59%), а решта (5 пацієнтів, 29,41%) – у віці 30–39 років. Серед пацієнтів основної групи з ДЕП лише 1 пацієнт (9,09%) був молодший 29 років; 4 пацієнти (36,36%) були віком від 30 до 39 років, а вік 6 пацієнтів (54,55%) знаходився в діапазоні 40–49 років. Середній вік пацієнтів з шизофренією і супутньою ВСД склав $(28,5 \pm 8,16)$ років і був вірогідно нижчим, ніж середній вік пацієнтів з шизофренією і ДЕП – $40,4 \pm 7,84$ років.

Аналіз соціодемографічних даних показав, що контингент хворих, які страждають на параноїдну шизофренію та мають супутню неврологічну патологію, був представлений особами, що переважно мали знижений соціальний статус – інвалідів (60,7%) було більше, ніж тих, що працювали (21,4%). Також значна частина пацієнтів не мала роботи (17,9%), незважаючи на працездатний вік і те, що більшість осіб цієї групи отримали професійні навички, про що свідчила висока питома частка осіб, які мали середню спеціальну (32,2%), неповну вищу (14,3%) та вищу (25,0%) освіту. Переважна частина пацієнтів мали проблеми з сімейною адаптацією – лише третина з них перебувала у шлюбі (32,1%), а інші залишалися самотніми (42,9%) або були розлучені (25,0%). Звертала на себе увагу достовірно менша кількість осіб, що мали групу інвалідності у зв'язку з шизофренією, в контрольній групі, ніж в основній групі (3 пацієнти, 10,0% проти 17 пацієнтів, 60,7% відповідно), що може свідчити

про певний негативний вплив супутньої неврологічної патології на перебіг основного захворювання з ранньою інвалідизацією таких хворих.

Синдромальна структура загострень параноїдної шизофренії в обох досліджених групах мала ідентичний характер і була представлена галюцинаторно-маячним, параноїдним, депресивно-параноїдним та галюцинаторним синдромами.

Найпоширенішим провідним клінічним синдромом в основній групі був галюцинаторно-маячний синдром (9 пацієнтів – 32,14%). Друге місце посідали депресивно-параноїдний та галюцинаторний синдроми. Кожен з них зустрічався відповідно у 8 хворих (28,57% спостережень). Параноїдний синдром спостерігався у 3 пацієнтів (10,71% спостережень).

Порівняння з контрольною групою виявило наступні особливості синдромологічної структури: в клінічній картині загострень параноїдної шизофренії у пацієнтів із супутньою неврологічною патологією частіше зустрічалися галюцинаторний та депресивно-параноїдний

синдроми (по 8 пацієнтів, 28,57% в кожному випадку), ніж у пацієнтів з параноїдною шизофренією без супутніх неврологічних розладів (5 пацієнтів, 16,67% і 1 пацієнт, 3,33% відповідно, $p < 0,05$). Вірогідно рідше у пацієнтів основної групи спостерігався параноїдний синдром в порівнянні з контрольною групою (3 пацієнти, 10,71% та 14 пацієнтів, 46,67% відповідно). Галюцинаторно-маячний синдром зустрічався в обох групах майже з однаковою частотою – у 9 (32,14%) та 10 (33,33%) спостереженнях відповідно ($p > 0,05$).

Висновок. Результати нашого дослідження показали, що наявність супутньої неврологічної патології обтяжує перебіг параноїдної шизофренії, знижує рівень соціальної адаптації, призводить до швидкого погіршення соціального статусу та більш раннього виходу на інвалідність. Отримані дані свідчать про зв'язок супутньої неврологічної патології із клінічними проявами загострень, у структурі яких частіше зустрічаються галюцинаторно-маячний, галюцинаторний та депресивно-параноїдний синдроми і рідше – параноїдний синдром.

Ю.А. Блажевич

ІНІЦІАЛЬНИЙ ЕТАП ПСИХОЗУ (КЛІНІКА, ДИНАМІКА) НА ПРИКЛАДІ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Територіальне медичне об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві

blazhevych@ukr.net

Актуальність. Першому психотичному епізоду в останні роки приділяють значну увагу. Обумовлено це уявленнями, що своєчасні виявлення та спеціалізована допомога пацієнту сприятимуть максимально швидкому виходу, сприятливому перебігу захворювання, тривалій соціально-психологічній збереженості особистості. Автори наводять дані з власне медичної, а також економічної складової проблеми. Такий акцент у модусі надання психіатричної допомоги став можливим завдяки появі в останні роки психотропних засобів нового покоління, які дозволяють домогтися відносно швидкого та якісного ефекту в терапії психозів. Однією з найважливіших складових сучасної діагностики психічного розладу є знання симптоматики доманіфестного періоду.

Метою дослідження було вивчення клінічних і патопсихологічних проявів захворювання на доманіфестному етапі.

Матеріали та методи дослідження. Досліджували пацієнтів Центру першого психотичного епізоду ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. Для досягнення поставленої мети ми відібрали 130 пацієнтів: 68 чоловіків та 62 жінки. Середній вік пацієнтів з першим психотичним епізодом в обстежуваній групі склав $27,4 \pm 0,2$ роки: серед чоловіків – $26,2 \pm 0,4$ роки, серед жінок – $28,1 \pm 0,4$ роки.

Хворих на параноїдну шизофренію (F 20.0) було 20 (12 чоловіків та 8 жінок); на гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) – 12 (6 чоловіків та 6 жінок); на гострі психотичні розлади з симптомами шизофренії (F 23.1) – 30 (16 чоловіків та 14 жінок); на поліморфні шизоафективні розлади, маніакальний тип

(F 25.0) – 30 (14 чоловіків та 16 жінок); на поліморфні шизоафективні розлади, депресивний тип (F 25.1) – 38 (20 чоловіків та 18 жінок).

Використовували клініко-анамнестичний метод, методи патопсихологічного дослідження, метод ретроспективного аналізу, метод оцінки якості життя (Mezzch), методи математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз) з використанням обчислювальних таблиць «Excel».

Результати. Спадкову обтяженість шизофренією встановлено у 18 випадках. Найвища обтяженість була у групі пацієнтів з шизофренією та гострими психотичними розладами (відповідно 5 та 8 випадків). Обтяженість афективними і емоційно-вольовими розладами встановлена в 6 випадках (по 2 випадки гострого психотичного розладу без симптомів шизофренії, шизоафективного розладу маніакального типу та шизоафективного розладу депресивного типу).

За наявністю та характером ініціального етапу психозу всіх досліджуваних пацієнтів умовно можна поділити на 3 групи. У пацієнтів першої групи (72 особи) ініціальний етап характеризувався тривалістю від півроку до двох років. У цей період у них відмічались явища немотивованої астенії, реактивної лабільності, втомленості, небажання будь-що робити, намагання усамітнитись, «щоб залишили в спокої», були порушення сну. Періоди гіпоманії аутохтонні, короточасні, проявлялись епізодами стривоженості, непродуктивної активності, конфліктністю, поведінковими порушеннями і порушеннями потягів.

Другу групу склали 28 пацієнтів. Ініціальний етап у них мав меншу, порівняно з першою групою, тривалість (від одного до 6 місяців). Симптоми характеризувались більшою аутохтонністю. Окрім симптомів астенічного кола відмічались коливання афекту, більш стійкі і часті висловлювання ідей особливого відношення, надцінні іпохондричні та дисморфобічні ідеї. Ретроспективно і за даними мікрооточення було встановлено, що пацієнти саме даної групи відрізнялись відсутністю критики до хворобливих переживань. На відміну від пацієнтів першої групи, у цих хворих був відсутній конструктивний діалог з оточуючими і хоча б намагання пошуку допомоги у близьких і медперсоналу. На наявність психогенного фактора, як причини «дискомфортних» переживань, вказували лише 22% пацієнтів даної групи.

Третя група пацієнтів характеризувалась фактичною відсутністю ініціального періоду психозу. Захворювання виникало несподівано, на фоні повного здоров'я, психогенні фактори навіть не розглядались як імовірні причини появи захворювання. В окремих випадках госпіталізація могла відбуватись протягом від кількох годин до 2 – 3 діб після появи симптоматики. Однак ці клінічні

прояви ми розцінювали вже не як явища домінуючого періоду, а як власне маніфестацію психозу.

Окремо можна виділити групу з 4 пацієнтів, в яких стерті латентні прояви відносились до підліткового або юнацького віку. Латентна симптоматика проявлялась фобічними розладами, проблемами з пам'яттю і здібністю до загального засвоєння інформації, періодами аутизації. Невизначні за силою, але тривалі за часом – ці порушення призводили до формування особистості консервативної, монотонної, яка живе за власними «пристосувальними» правилами і законами. У всіх випадках відмічались відсутність будь-яких ознак вікової динаміки, втрата тонких чуттєвих переживань, нівелювання особистісних властивостей, стереотипізація життєвого устрою, обмеженість соціальної перспективи. Пацієнти даної групи нагадували емоційно збіднелих процесуальних особистостей.

Висновки. Отримані дані про особливості клінічних проявів захворювання на його домінуючому етапі дозволять своєчасно і точно кваліфікувати ознаки психозу. Це, в свою чергу, сприятиме максимально раннім медико-реабілітаційним заходам, що приведе до зменшення розмаху та частоти нападів і максимальної соціальної та індивідуально-психологічної збереженості особистості.

А.А. Педак

ЭЛЕМЕНТЫ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ – «ОТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ – К СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Николаевская областная психиатрическая больница № 2, г. Николаев
norb-2@ukr.net

Вступление. На 65 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (2012) была рассмотрена резолюция относительно «Глобального бремени психических расстройств и необходимости в комплексных, координированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страховом уровне», в которой призвала ВОЗ разработать всеобъемлющий план действий по охране психического здоровья.

Цель работы. В соответствии со стратегическим планом ВОЗ относительно совершенствования системы здравоохранения – выделить ключевые принципы организации и развития системы охраны психического здоровья – на основе поставленной задачи. К сфере государственных приоритетов отнести:

Научные исследования в области охраны психического здоровья, и, в первую очередь, практически ориентированные научные разработки, непосредственно касающиеся усовершенствования служб и их практическое внедрение.

Развитие сети служб охраны психического здоровья и социальных служб по месту жительства, интеграция лечения и ухода за психическим здоровьем в больницы общего профиля и первичное звено здравоохранения.

3. Систему непрерывного сопровождения и ухода за пациентами на всех уровнях оказания помощи; позитивное сотрудничество между уровнями, развитие и

поддержка «системы самообслуживания (включая электронные и мобильные технологии здравоохранения).

3. Реорганизацию психиатрической помощи и служб относительно переноса основного акцента с долгосрочного пребывания в психиатрических учреждениях на взаимосвязанную сеть служб охраны психического здоровья по месту жительства, включая уход и поддержку на дому, стационарный и амбулаторный уход в больницах общего профиля, учреждениях дневного пребывания и первичного здравоохранения.

4. Интегрированный и скоординированный уход, поддержку и реабилитацию людей с расстройствами психического здоровья всех возрастов во всех звеньях общественного здравоохранения и социальных службах (включая доступ к трудоустройству, жилью, возможностям образования и вовлеченность в социальную активность по месту проживания), при активном вовлечении и поддержке собственных инициатив как самих пациентов, так и обслуживающего их персонала.

5. Разработка и внедрение планов «действий-готовности» охраны психического здоровья в случаях чрезвычайных ситуаций. Обеспечение доступности населения, имеющего социальные проблемы, расстройства психического здоровья (как уже существующие, так и приобретенные в результате чрезвычайных ситуаций) к службам спасения и вспомогательным службам, как во

время чрезвычайных ситуаций, так и после них. Полное обеспечение потребности в психологической поддержке.

6. Кадровое развитие – наращивание и поддержание кадровых ресурсов для обеспечения служб охраны психического здоровья и социальной защиты, особенно во внестационарных условиях.

7. На основах «доказательной медицины», используя доступные возможности, включая руководство по мерам оказания помощи «mhGAP» и перечень обучающих материалов ВОЗ, повысить уровень охвата пациентов специализированной психиатрической помощью на догоспитальном этапе – в неспециализированных учреждениях здравоохранения.

Выводы. Реализация поставленной задачи создания высококачественной службы охраны психического здоровья на основе доказательной практики, соблюдения принципов прав человека, уважения автономии индивида и защиты человеческого достоинства на основе целевых показателей позволит снизить количество пациентов с «тяжелыми психическими расстройствами» и сократить общее количество коек, используемых для долгосрочного пребывания в психиатрических учреждениях системы здравоохранения и социального обеспечения, с одновременным увеличением соответствующих доступных мест по уходу и поддержке «на дому» и в других «специальных учреждениях» по месту жительства.

А.М. Кушнір

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЯКІ ВЧИНИЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ЗА ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧНИМ МЕХАНІЗМОМ

Державний заклад «Українська психіатрична лікарня
з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ
upbsn@optima.com.ua

Вступ. Стандарти сучасного лікування хворих на шизофренію передбачають поєднання психофармакотерапії та психосоціальної реабілітації. Проте проблема пошуку оптимальних і ефективних стратегій реабілітації та ресоціалізації таких пацієнтів залишається ще далекою від вирішення і є доволі актуальною. Щонайбільше це стосується хворих на шизофренію, які становлять особливу суспільну небезпеку (СН), що залежить від проявів їх протиправної поведінки відповідно до психопатологічного механізму реалізації (МР) суспільно небезпечного діяння (СНД). У пацієнтів з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД вона поєднана зі схильністю до здебільшого однократних, але особливо тяжких деліктів.

Вирішення проблеми зниження СН зазначеного контингенту хворих обумовлює необхідність забезпечення комплексного поетапного динамічного лікувально-реабілітаційного процесу, орієнтованого на формування рівноваги між їх психічним станом, особистісним, соціальним статусом і функціонуванням та адаптаційно-компенсаторним потенціалом таких осіб та їхнього оточення.

Мета роботи. Оцінити складові реабілітаційного потенціалу та рівень функціональної недостатності хворих на шизофренію, які скоїли СНД за продуктивно-психотичним механізмом, як потенційні напрямки їх реабілітації та ресоціалізації.

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2011–2015 років на базі психіатричної лікарні з суворим наглядом проведено дослідження популяції хворих на параноїдну шизофренію, які вчинили СНД (проти життя та здоров'я особи) за продуктивно-психотичним механізмом (251 чоловік, середнім віком $38,96 \pm 0,72$ років, з переважно безперервним типом перебігу).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (включно психометричний [за шкалою PANSS], визначення контекстуальних чинників, типу пристосувальної поведінки), психодіагностичний (опитувальники

Р. Плутчика – Х. Келлермана, міжособистісних відношень Шутца (ОМО)), методики для психологічної діагностики копінг-механізмів (тест Е. Heim), визначення здатності до психосоціальної адаптації (EAPS), діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд, модель оцінки соціального функціонування пацієнтів з психічними та поведінковими розладами), соціально-демографічний (мікро-, макросоціальні відносини), математичної статистики.

Результати. Соціально-психологічні ресурси (реабілітаційний потенціал) обстежених оцінювали за показниками психічної (механізми психологічного захисту [МПЗ], стратегії копінг-поведінки [КП]), психосоціальної (рейтинг специфічних сфер життєдіяльності), соціально-психологічної адаптації, а також за типом пристосувальної поведінки.

Серед МПЗ обстежених домінували раціоналізація (33,86% випадків) та проекція (25,50% хворих), що були спрямовані на створення відповідної паралогічної поняттєвої системи щодо маячних та галюцинаторних переживань задля внутрішньої адаптації, подолання психотичної симптоматики.

Значна частка досліджуваних (47,81%) використовувала неадаптивні копінг-стратегії (КС) «запобігання специфічних проблем», що обумовлені психопатологічною симптоматикою («покоря», «придушення емоцій», «відступ»). Пацієнти з КП, що «орієнтована на вирішення проблем» склали лише 1/5 від усіх обстежених. Її збереження в структурі особистості вказувало на можливість підтримання або прищеплення таких адаптивних КС як «проблемний аналіз», «оптимізм», «співробітництво» та нівелювання неадаптивних.

Більш ніж половина обстежених мала дезадаптивні форми соціального функціонування (СФ), що обмежували їх здатність до ведення незалежного, самостійного способу життя. Так, встановлена серйозна дисфункція за

показниками загального функціонування з обмеженням життєдіяльності на рівні 51–75% (відповідно II / I групи інвалідності).

Найураженішою виявилася сфера соціальних стосунків, при меншому значенні сімейно-побутової та працездатності. Зміни особистості і поведінки хворих внаслідок перебігу шизофренії перешкоджали формуванню соціальних зв'язків та призводили до звуження кола спілкування, що додатково обумовлювало їх соціальну дезадаптацію. Втрата соціальних контактів, зниження соціальної активності формували «неконтрольовану» сферу СФ стосовно «інформованості та інтересів» (при відносно збереженому СФ у сфері сімейно-побутових стосунків і працездатності). Однак, складність вирішення проблем у сімейно-побутовій сфері викликала дисфункцію виконання хворими соціальних ролей з формуванням хибного кола.

Інтегральний показник «Адаптивність» досліджуваних пов'язаний з параметрами прагнення домінування ($p < 0,001$), самоприйняття ($p < 0,001$), внутрішнім контролем ($p < 0,001$), емоційним комфортом ($p < 0,05$). Пристосувальна поведінка переважно виявилася дезадаптивною (68,53% випадків).

Ресурси соціальної підтримки у 77,29% обстежених характеризувалися наявністю проблем (контекстуальні чинники), що пов'язані з первинною підтримкою оточення, в тому числі родини (Z63), з домашніми і економічними обставинами (Z59), а також з обмеженими або низькими ресурсами сімейної підтримки (41,83%, 34,26% випадків відповідно) та підтримки в інших значущих сферах (46,61%, 39,44% випадків відповідно). Ці дані збігаються з відомостями стосовно СФ обстежених та вірогідно пов'язані з ним.

Переважає більшість таких осіб мала помірний (43,43 %, 29,88 %, 70,52 % випадків) та виразний (27,89 %, 38,65 %, 19,12 % випадків) рівень функціонального де-

фіциту (РД) у когнітивній, емоційно-мотиваційній та комунікативній сферах відповідно. Значний РД спостерігали у 10,76 % пацієнтів в когнітивній та у 19,52 % в емоційно-мотиваційній сферах. Функціональна недостатність у когнітивній сфері була достовірно пов'язана з порушеннями мислення і уваги, а в емоційно-мотиваційній – з явищами соціальної відгородженості (пасивно-апатична соціальна позиція), що викликана емоційною відчуженістю, сплюсненням афекту. Дисфункція у комунікативній сфері характеризувалася активним відходом від соціальних контактів, недоступністю із зануренням у внутрішні і аутистичні переживання, що супроводжувалися спалахами імпульсивних емоцій, дій та у сукупності формували тотальний комунікативний дефіцит.

Висновки. 1. Реабілітаційний потенціал хворих на шизофренію, які вчинили особливо небезпечні СНД за продуктивно-психотичним механізмом, суттєво обмежується дисфункцією у сфері соціальних стосунків внаслідок процесуального захворювання, що обумовлює специфіку функціональної недостатності у когнітивній, емоційно-мотиваційній та комунікативній сферах.

2. За рівнями соціальної активності і функціонування, здатності до психосоціальної адаптації та переважаючим типом пристосувальної поведінки такі пацієнти мають низькі ресурси психосоціальної адаптації, що обумовлює необхідність створення особливих умов і відповідного терапевтичного (за оптимального антипсихотичного лікування) середовища, спрямованих на відновлення їх соціальних функцій.

3. При розробці лікувально-реабілітаційних програм, диференційованих відповідно до даного психопатологічного механізму СНД, слід враховувати маркери-мішені щодо соціального функціонування, зокрема у сфері соціальних стосунків, а також знаходити компроміс між рівнем суспільної небезпеки таких осіб і зниженням їх спроможності до самостійного соціального функціонування.

Б.В. Михайлов¹, О.М. Зінченко², І.М. Сарвір¹, О.І. Кудінова¹, І.Д. Вашкіте¹, Т.А. Алієва¹ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ УЧАСНИКІВ АТО

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

²Міністерство охорони здоров'я України
psychotherapy@med.edu.ua

В Україні формується організаційна система для медико-психологічного супроводу учасників АТО, основним принципом якої є чітке розмежування контингентів.

Перша група – особи, у яких бойовий стрес не призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Друга група – особи, у яких бойовий стрес призвів до розладів психіки і поведінки, які досягають хворобливого рівня.

Третя група – особи, які продовжують службу в Збройних Силах України, Нацгвардії України та інших військових формуваннях.

Психологічну реабілітацію особам з першої групи здійснюють підрозділи соціального захисту обласних, міських, районних держадміністрацій.

Особам другої групи відновлювальне лікування і медико-психологічна реабілітація проводиться в закладах охорони здоров'я і, за показаннями, в санаторно-курортних закладах.

Психологічну і медико-психологічну реабілітацію особам третьої групи здійснюють відповідні відомчі медичні і психологічні служби.

Етапи надання медико-психологічної допомоги учасникам АТО:

- лікарі першого контакту (первинний рівень медичної допомоги);
- центри (відділення) медико-психологічної реабілітації в районах міста та області / кабінети психотерапії (вторинний рівень медичної допомоги);

- центри (відділення) медико-психологічної реабілітації госпіталів ветеранів війни та учасників бойових дій (третинний рівень медичної допомоги);
- центри (відділення) медико-психологічної реабілітації в мережах санаторно-курортних закладів (за потребою).

Реабілітація в закладах охорони здоров'я здійснюється за комплексною мультидисциплінарною системою із застосуванням психологічних, психотерапевтичних,

медикаментозних методів та методів фізичної реабілітації, до яких у санаторно-курортній мережі додається дія природних і преформованих факторів.

Регіональними центрами медико-психологічної реабілітації визначені госпіталі ветеранів війни і учасників АТО.

Саме така система диференційованого етапного медико-психологічного супроводу учасників АТО може бути рекомендована як модель для уніфікованого впровадження у всіх регіонах України.

Д.А. Волошук

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

voloshchuk.diana@mail.ru

Лікування судинної деменції (СД) має диференційований характер, що визначається гетерогенністю патологічного процесу. Через велику кількість етіопатогенетичних механізмів єдиного і стандартизованого методу лікування хворих цієї категорії немає. На сьогодні не сформовано єдиного алгоритму лікування та супроводу чи зміни перебігу розвитку судинної деменції. Заходи, що спрямовані на лікування СД, повинні включати як медикаментозний, так і немедикаментозний впливи. Останній, в свою чергу, охоплює як супровід та допомогу в процесі адаптації й соціалізації хворих на СД, організацію догляду за ними, розробку індивідуальних фізіотерапевтичних заходів, так і психотерапію.

Психотерапевтичні заходи повинні включати групу психотерапію; когнітивні тренінги; сімейну психотерапію; психологічну підтримку осіб, які доглядають за хворими; стимуляцію фізичної активності; трудотерапію; стимуляцію соціальної взаємодії; ароматерапію; музикотерапію.

Загальною метою психотерапії є поліпшення якості життя, підвищення рівня повсякденного функціонування в контексті наявного когнітивного дефіциту. Деякі методики психотерапії також мають додаткові цілі у вигляді поліпшення когнітивних функцій, настрою або поведінки.

Особливе місце в системі психосоціальної реабілітації пацієнтів із СД займають так звані методики когнітивного тренінгу. У цю групу включають психотерапевтичні техніки, спрямовані на орієнтування в навколишній реальності, та тренінг когнітивних функцій, метою якого є заповнення когнітивного дефіциту, а методологія найчастіше заснована на відновлювальному навчанні. У процес проведення когнітивної терапії доцільно включати формування індивідуальних цілей і розробку плану досягнення цих цілей. У групах когнітивної реабілітації доцільно проводити навчання і практичне відпрацювання практик засвоєння нової інформації, зниження стресу і концентрації уваги. Вчені виявили, що «досягнення поставленої мети дозволяє хворим відчувати більшу незалежність, впевненість в собі при виконанні різних видів роботи і більший контроль над подіями».

Даний метод повинен застосовуватися тільки кваліфікованими фахівцями і з обережністю, оскільки повторні невдачі при виконанні завдань на когнітивну діяльність можуть викликати у хворих на деменцію афективні спалахи, порушення поведінки і навіть депресивні реакції.

При соціальній дезадаптації хворих на деменцію найчастіше застосовують методи арт-терапії. Протягом останніх кількох років у ряді клінічних випробувань порівнювали ефективність ароматерапії при використанні олії лаванди чи бальзаму меліси аптечної. «У всіх цих дослідженнях наочно продемонстровано істотну дію на поведінкові порушення у пацієнтів з деменцією. Дані повідомлень про окремі випадки свідчать про сприятливу дію ароматів: у осіб з деменцією поліпшувався сон, упорядковувалась поведінка, зменшувався опір лікуванню».

У кількох дослідженнях повідомлялося про те, що музикотерапія корисна людям, хворим на деменцію. Цей метод передбачає як участь у музичній діяльності (наприклад, спів або гра на музичному інструменті) так і тільки слухання співу або музики. «Lord і Garner продемонстрували підвищення рівня благополуччя, більш високу якість спілкування та поліпшення пам'яті на події своєї біографії в групі підопічних інтернату з медичним обслуговуванням, які регулярно слухали музичні твори. Подібного поліпшення не відзначалося в контрольній групі, учасники якої займалися іншими видами діяльності. В ході дослідження було також виявлено, що люди з деменцією, які слухали музику за індивідуальною програмою, заспокоювалися легше, порівняно з тими, хто слухав традиційну релаксаційну музику».

Організація психологічної допомоги хворим на СД повинна також включати психотерапевтичну підтримку осіб, які здійснюють за ними догляд, оскільки особи, які доглядають за хворим на деменцію, чи близькі родичі можуть шляхом критики, конфронтації, образ, завищених вимог провокувати у них страх, агресію, збудження, депресію. Тому навчання родичів прийомам невербальної комунікації та допомоги в орієнтуванні, а також своєчасна підтримка можуть зменшити про-

яви цих поведінкових порушень. На сьогодні робота з родичами хворого на деменцію включає психотерапію, психоосвіту, сімейне консультування, психологічну підтримку членів сім'ї, які здійснюють догляд, профілактику у них психологічного «вигорання».

Висновки. Незважаючи на зареєстровані позитивні результати психотерапевтичних методик, які застосовують при лікуванні СД, вони не мають довготривало-

го ефекту, оскільки результати більшості досліджень свідчать, що після завершення психотерапевтичного курсу симптоми СД незабаром повертаються до попереднього рівня. Тому основою лікування психопатологічних і когнітивних порушень при СД слід вважати медикаментозний вплив, а психотерапія повинна стати невід'ємним системним компонентом немедичного впливу на пацієнтів з деменцією.

Л.Н. Юрьева¹, А.И. Мамчур¹, А.Н. Лазаренко², С.И. Гуца², Т.В. Сясева²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

²КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница

Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

malexan@i.ua

Согласно данным доказательной медицины, две трети пациентов с шизофренией частично или полностью не соблюдают предписанный режим лечения. При этом 67% пациентов на протяжении года имеют периоды пропусков терапии различной длительности, а риск развития обострения симптомов шизофрении после прекращения лечения ежемесячно увеличивается на 10%. У 80% больных, прекративших прием поддерживающей терапии, обострение наступает в течение первого года, у 100% пациентов – в течение последующих 3 лет. Последствия этого следующие: ухудшение психического состояния больного, социальная, трудовая и семейная дезадаптация, очередной рецидив заболевания, возрастание суицидального риска, существенное увеличение стоимости терапии, риск развития резистентности. У пациентов, нерегулярно принимающих поддерживающую терапию, наблюдается циклическое течение болезни с улучшениями симптомов заболевания и психосоциального функционирования в ответ на антипсихотическую терапию и последующими периодами быстрого ухудшения симптомов и социальной дезадаптации при ее прекращении.

Психосоциальное функционирование таких пациентов имеет тенденцию к снижению с каждым обострением, а подобное течение болезни становится предиктором развития терапевтической резистентности. Антипсихотики 2-го поколения (атипичные) в настоящее время являются стандартом терапии пациентов с шизофренией. Так как шизофрения – это длительное рецидивирующее хроническое заболевание, обычно требуется постоянная терапия антипсихотическими препаратами. Применение внутримышечных инъекционных антипсихотических препаратов длительного действия способствует улучшению комплаенса пациентов с шизофренией благодаря длительному поступлению препарата в кровоток и регулярному мониторингу терапии.

Основные факторы, определяющие необходимость назначения атипичных инъекционных антипсихотических препаратов пролонгированного действия (S. Heres, J. Namann et al. (2008)): первый психотический

эпизод, некомплаентность в прошлом; рецидив в прошлом; риск агрессии по отношению к окружающим; суицидальный риск; первичный опыт применения депонированных нейролептиков; информированность пациента о необходимости постоянного приема поддерживающей терапии; необходимость использования двух антипсихотических препаратов одновременно; высокий уровень образования пациента; высокий уровень понимания болезни; хороший терапевтический альянс между пациентом и лечащим врачом. Концепция назначения инъекционных антипсихотических препаратов длительного действия: после 2 или более обострений симптомов шизофрении в течение 18 месяцев пациенту рекомендуется назначение пролонгированного атипичного антипсихотика. Исследование распространенности использования пролонгированных лекарственных средств показало, что врачи прописывают эту лекарственную форму антипсихотиков даже в качестве поддерживающей терапии менее чем 1/3 больных. Опыт же применения таких форм в период обострения до последнего времени отсутствовал.

Среди практикующих врачей бытует мнение, что они совсем непригодны для терапии острых психотических состояний, так как при обострении в силу нестабильности состояния может потребоваться быстрая смена терапевтической стратегии. Наличие определенных свойств позволяет начинать терапию обострения сразу атипичным антипсихотиком с пролонгированной формой высвобождения. Примером такого препарата может быть палиперидона пальмитат. Преимущества палиперидона пальмитата при лечении больных шизофренией следующие: препарат вводится один раз в месяц, инъекцию можно проводить в дельтовидную и ягодичную мышцы. Инъекции в дельтовидную мышцу предпочтительны из-за простоты, деликатности, скорости и удобства таких инъекций по сравнению с инъекциями в ягодичную мышцу. Лекарственная форма на водной, а не на масляной основе. Шприц, заполненный в заводских условиях, не требует приготовления раство-

ра или холодových условий хранения. Меньший размер иглы, по сравнению с иглами для инъекций масляных растворов, удобен для пациентов, предпочитающих только инъекции в дельтовидную мышцу вследствие паранойи и другой психиатрической симптоматики. Результаты наших наблюдений, подтверждающие возможность использования палиперидона пальмитата для лечения больных шизофренией на разных этапах лечения, в том числе в состоянии обострения, меняют наши представления о месте пролонгированных форм антипсихотиков в терапии шизофрении. Использование палиперидона пальмитата позволяет избежать целого ряда проблем, связанных с терапией острого этапа болезни.

Становится возможным избежать многократных инъекций больным в психозе и связанных с ними осложнений как медицинского (абсцессы), так и психологического (сложности формирования терапевтического союза с больным) характера, что облегчает ведение таких пациентов на всех этапах течения заболевания, обеспечивая преимущество терапии.

Таким образом, сочетание таких факторов, как частота введения, лекарственная форма на водной основе и гибкость выбора места введения в соответствии с предпочтениями пациента, свидетельствует о преимуществах палиперидона пальмитата в виде большего удобства и приемлемости, по сравнению с другими антипсихотическими препаратами.

К.В. Аймедов¹, А.Е. Волощук², Ю.О. Асеева¹, О.А. Толмачов³

СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА КОНЦЕПЦІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

¹Одеський національний медичний університет, м. Одеса

²КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я», м. Одеса

³Клінічний госпіталь державної прикордонної служби України, м. Одеса
dgylia-as@rambler.ru

У сучасних умовах реакція на стрес є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я, що сягає масштабів епідемій. Зокрема, поширеність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – найпоширенішої форми психічних захворювань – складає 7–12% в популяції. Поліморфізм клінічних проявів ПТСР більшою мірою проявлявся при хронічному перебігу, ускладнення структури, порівняно з іншими формами тривожних розладів, відзначалося за рахунок залучення в структуру цієї нозології симптомів різних регістрів. Посттравматичний стресовий розлад можна розглядати як одну із форм реактивних станів, при цьому традиційно для вітчизняної психіатрії реакція на психогенну травму розглядалася в сукупності з особливостями біологічного ґрунту і особистісними змінами.

У багатьох сучасних дослідженнях обґрунтовується необхідність розширення поняття ПТСР, аж до посттравматичного спектра захворювань з виділенням його атипових варіантів. Зазначена позиція взаємопов'язана з науковими даними про високий рівень коморбідності ПТСР та інших форм психічних розладів.

На теперішньому етапі досліджень виділені різні атипові варіанти посттравматичного стресового розладу – «ПТСР з тривожними симптомами», «ПТСР з афективними симптомами», «ПТСР з психотичними симптомами». Обґрунтовуючи необхідність запровадження діагностичної категорії «Психотичний ПТСР», S.E. Lindley et al. (2000) увів термін «р-PTSD», що представле складну структуру, в якій поєднуються симптоми багатьох регістрів, у тому числі афективних, затьмареної свідомості, а також стійкі надцінні і маячні переживання, що відображають реальну психотравматичну ситуацію. Також правомірність застосування категорії психотич-

ного варіанту визначається наявністю в структурі ПТСР психопатологічних феноменів, які можуть бути розцінені як порушення глибокого регістру, характерні для різних форм психотичних станів. Специфічні для посттравматичного стресового розладу флешбек-симптоми, згідно з термінологією Trauma Disorders Glossary (2000), можуть проявлятися, в тому числі, і явищами дезорієнтування, візуалізованими уявами, втратою зв'язку з навколишньою дійсністю при повторному проживанні травматичної події.

Одним із підходів діагностичної концепції ПТСР є визнання його складності. ПТСР значно тяжчий, ніж інші психічні розлади кластера F40, і може бути розцінений як більш складна форма психічної патології, що включає в себе всю сукупність психопатологічних розладів. В обґрунтуванні своєї точки зору автори вказують, що у Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) діагностичні критерії ПТСР представлені в досить загальній формі, вказано на часте поєднання симптомів ПТСР з проявами тривоги і депресії, виділена його хронічна форма. Також слід зазначити, що хронічні форми ПТСР впливають на всі сфери психічної діяльності і стосуються кожного аспекту життя хворих, включаючи роботу, міжособистісні стосунки, фізичне здоров'я, самооцінку. На думку вітчизняних авторів, ПТСР займає проміжне положення між неврозами і психозами, діагностичні визначення ПТСР сильно відрізняються як від діагностичних рубрик свого кластера, так і від інших розладів всього класифікаційного розділу. В якості провідної відмінності можна виділити наявність виражених ідеаторних порушень у вигляді нав'язливих ремінісценцій і тривожних румінацій, у зв'язку з чим можна вважати ПТСР досить складним патологічним

утворенням, що включає розлади афективного спектра у вигляді депресії і тривоги, а також афективно-ідеаторні симптомокомплекси і соматоформні прояви, які є проєкцією пережитих стресових відчуттів.

У вітчизняній психіатрії психічні розлади, що розвинулися внаслідок впливу тяжких стресових факторів, традиційно розглядалися відповідно до концепції реактивних станів, при цьому виділялися невротичний і психотичний рівні. Зокрема, було виділено психогенні патологічні реакції невротичного і психотичного рівнів, підкресливши, що реактивні психози, які розвивалися в екстремальних ситуаціях, позбавляли хворого можливості об'єктивно відображати те, що відбувається навколо, і на тривалий час викликали порушення праце-

здатності. Водночас у класифікації МКХ-10 не використується класичний дихотомічний розподіл на невротичні та психотичні розлади, що певною мірою ускладнює класифікаційний підхід до стресових розладів.

Отже, діагностична категорія ПТСР представляє спектр глибших психопатологічних порушень, ніж розлади власне невротичного рівня; його клінічна картина залежить також від індивідуально-психологічних властивостей особистості і патопластичного ґрунту. Реальна клінічна картина ПТСР значно багатша і складніша, ніж викладено в рубриці F43.1 (МКХ-10), вона представляє поєднання різної психопатоподібної, неврозоподібної і епізодичної психотичної симптоматики, в якій ПТСР відіграє патопластичну роль.

С.М. Міненко

ВПЛИВ ПІРАЦЕТАМУ НА ПОКАЗНИКИ АУТОІМУННОЇ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЗАТЯЖНІ ДЕПРЕСИВНІ СТАНИ

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» м. Львів
min0061@mail.ru

Затяжні депресивні стани характеризуються терапевтичною резистентністю, механізм виникнення якої до кінця не вивчений. В останні роки поглиблено вивчаються ГАМК-ергічні препарати, які можуть знижувати терапевтичну резистентність, впливаючи на енергетичний обмін.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу пірацетаму (ноотропіл) на показники інсулінорезистентності у хворих на затяжні депресії та можливості їх корекції для усунення терапевтичної резистентності. Всього було обстежено 140 хворих на затяжні депресивні стани, з них 99 жінок і 41 чоловік віком від 16 до 48 років. Тривалість депресії складала 2–10 років. Депресивні стани у хворих відповідали діагностичним критеріям F31.3-5, F33.0-2, F34.0-1, F25.1 згідно з МКХ-10. Хворі були поділені за нозологічними та синдромологічними характеристиками. Показник вираженості депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона становив в середньому ($33,4 \pm 1,6$) балів. Найчисленнішою була підгрупа пацієнтів з затяжними астено-депресивними станами – 90 чоловік. В анамнезі у них були наявні дитячі інфекційні захворювання. Слід зазначити, що ознаки, характерні для порушень раннього розвитку, були відсутні, хоча вже з раннього дитинства проявлялись риси реактивної лабільності, які з часом могли набувати форм атипових депресивних еквівалентів у вигляді короточасних соматизованих або астенодинамічних субдепресій. Останні хворі описували як «періоди перевтоми». Ми простежували певний період «астеничного» продромального стану, починаючи від дії стресового фактора на особистість до маніфестації депресій. Цей період певною мірою залежав від структури особистості, насамперед від тривожно-вразливих рис характеру, які закріплювали у свідомості хворих особливо значимі для них психотравматичні ситуації. Загалом продро-

мальний період визначався адаптативною готовністю організму, яка була знижена в результаті перенесених інфекційних захворювань та стресів у ранньому дитячому віці (депривація матері), що було характерно для хворих на затяжні ендогенізовані реактивні депресії та біполярні депресії.

Застосування пірацетаму (ноотропіл) в якості коректора аутоімунної інсулінорезистентності дозволило зменшити терапевтичну резистентність затяжних депресивних станів (психотропне лікування протягом 6 тижнів і більше було неефективним). Позитивну терапевтичну динаміку спостерігали у 120 із 140 хворих (85,7%) через 2–3 тижні після початку корекції пірацетамом (ноотропіл). Найефективнішим був пірацетам (ноотропіл) у дозі 0,8–1,6 г на початкових етапах піруватдегідрогеназної недостатності (початковий ступінь аутоімунної інсулінорезистентності) у хворих із затяжними астено-депресивними станами в рамках реактивного і циркулярного психозу. У хворих на шизоафективні розлади не виникало нападів онейроїдного затьмарення свідомості, що було надійним прогностичним фактором.

Аналіз динаміки затяжних іпохондричних депресій при тривалих стресах на фоні корекції пірацетамом (ноотропіл) засвідчив відсутність тенденції до клінічного поліморфізму та ускладнення вегетосудинних розладів до іпохондричного маячіння, дисморфобій і алгічних сенестопатій. При повній редукції депресивної психопатологічної симптоматики виявлялась позитивна динаміка ПДГ-активності в напрямку її збільшення, відповідно зменшення ступеня аутоімунної інсулінорезистентності, що підтверджувало патогенетичну роль аутоімунної інсулінорезистентності в механізмі виникнення терапевтичної резистентності у хворих на затяжні депресивні стани.

О.І. Масік

**ТРИГЕРНА РОЛЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ
У РОЗВИТКУ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПІДЛІТКІВ**Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
doctor20000@yandex.ru

Вступ. Психосоматичні симптоми зазвичай формуються у дітей і підлітків через неспроможність висловлювати свої емоції та почуття при спілкуванні, або алекситимію, тому психологічні проблеми можуть проявлятися саме у вигляді функціональних розладів з боку внутрішніх органів. Одночасно при дослідженні психосоматичних розладів виявляють афективні, тривожно-фобічні, obsесивно-компульсивні, астеничні та інші психопатологічні прояви. Зміна емоцій, особливо в негативну модальність, призводить до цілого ряду тілесних (соматичних) порушень. Ще Н.У. Wittchen et al. (1998) звернули увагу, що дитячі і підліткові депресії часто залишаються нерозпізнаними. Депресивні і тривожні розлади не тільки є показниками емоційної дезадаптації, а й сприяють розвитку різних видів деструктивної поведінки.

Мета роботи – виявлення психоемоційних порушень у підлітків з психосоматичною патологією.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 72 учні загальноосвітніх шкіл м. Хмельницький, які були поділені на дві групи спостереження. Першу (І) групу склали 31 особа – сироти та напівсироти, другу (ІІ) – 41 підліток, що виховувався у повній сім'ї. Середній вік обстежених становив $14,0 \pm 2,0$ роки.

Використовували методики діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса та рівня депресії за шкалою CDI (Children Depression's Inventory (M. Kovacs)).

Результати дослідження. Первинне діагностичне дослідження рівня шкільної тривожності Філіпса показало, що за результатами опитування учні мають високий і дуже високий рівні тривожності і входять до групи ризику за показниками психоемоційної напруженості та вираженої схильності до стресу. У групі сиріт показник загальної тривожності в школі у 25,81% дітей був підвищеним і у 3,23% – високим, тоді як у групі дітей з повних сімей підвищену тривожність мали 24,39% осіб. У 35,48% дітей-сиріт і у 9,76% дітей з повних сімей виявлено підвищення показника переживання соціального стресу, а у 6,45% дітей-сиріт його значення було високим.

При визначенні рівня депресії у 29,03% дітей І групи і 21,95% підлітків ІІ групи виявлена фрустрована потреба в досягненні успіху. У 25,81% і 21,95% підлітків І і ІІ груп наявний страх самовираження, причому у 16,13% і 17,07% осіб відповідно цей показник високий.

Страх ситуації перевірки знань характерний для 32,26% і 26,83% осіб І і ІІ груп, причому 16,13% і 12,19% осіб відповідно перебувають у стані вираженої тривоги. У 32,26% підлітків-сиріт та у 34,15% дітей з повних сімей

спостерігається підвищений рівень страху не відповідати очікуванням навколишніх. Високий рівень тривожності в ситуації невідповідності очікувань характерний для 25,81% і 7,32% підлітків відповідно.

По 3,23% підлітків І групи мають низьку і дуже низьку фізіологічну опірність стресу. У 12,19% підлітків ІІ групи встановлена низька фізіологічна опірність стресу, а у 7,32% виявлено дуже низький показник. Така розбіжність може бути зумовлена тим, що діти-сироти частіше перебувають у ситуаціях вимушеного пристосування до умов життя у соціумі, колективі. Ще одним фактором, який сприяє низькій фізіологічній опірності стресу, є бажання дорослих домогтися повної покірності та слухняності з боку дитини, тим самим пригнічуючи самостійність та зменшуючи впевненість підлітка у собі і своїх можливостях.

Аналіз проблем і страхів у стосунках з вчителями показав наступне: підвищений рівень тривожності наявний у 35,48% і 43,90% учнів І і ІІ груп, причому у 9,68% і 12,19% відповідно її рівень був дуже високий.

Порівняння рівня депресії в обох групах школярів показало, що у дітей, які виховуються поза родиною, є більше порушень. Зокрема, загальний показник депресії (54,77), ангедонії (54,32) й міжособистісних проблем (56,22) у сиріт є вищим за середнє значення. Разом з тим, діти з повних сімей більше відчувають себе неефективними, некомпетентними і мають негативну самооцінку та більше через це переживають.

Висновки. Загальний негативний емоційний фон стосунків з дорослими в школі знижує успішність навчання дитини. Він не дозволяє дитині задовольняти свої потреби в успіху, досягненні високого результату.

До чинників, які мають найбільший вплив на формування тривожності у школярів, можна віднести страх ситуації перевірки знань, проблеми і страхи у стосунках з учителями, страх самовираження і страх не відповідати очікуванням.

Опитувальник дитячої депресії (Children's Depression Inventory (CDI) M. Kovacs) показав себе придатним для виявлення дітей з емоційними розладами і може бути використаний для встановлення групи ризику з розвитку емоційної дезадаптації.

Результати нашого дослідження свідчать, що показники психоемоційного стану у групі дітей-сиріт (І) є гіршими, ніж у дітей з повних родин (ІІ), за винятком фізіологічної опірності. Останнє може бути пов'язано з підвищеними вимогами до адаптивності та меншою захищеністю дітей сиріт.

С.В. Римша, Н.В. Рациборинська-Полякова

ОСОБИСТІСНИЙ РЕСУРС ПСИХІЧНО ХВОРИХ ЯК ОСНОВА ПЕРЕХОДУ
ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'ЯВінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
ratsiborinska@gmail.com

Вступ. Саме соціальне, а не суто медичне значення психіатрії, як галузі науки та практичної діяльності, зумовлено визначним впливом психічної діяльності на соціальну та суспільну активність людини, а також істотне порушення соціального функціонування за умов наявності психічних розладів. Сучасна система надання психіатричної допомоги в Україні лишається стаціонарно орієнтованою. Але вона не передбачає профілактичних заходів, які б забезпечували ресоціалізацію пацієнтів, їх повноцінну соціальну реабілітацію.

В Україні є затверджена урядом Державна стратегія охорони психічного здоров'я, яка демонструє зацікавленість суспільства у відновленні психічного здоров'я окремих його членів, гуманного та дестигматизованого ставлення до пацієнтів з психічними розладами, що загалом зміцнює психічне благополуччя нашої держави і наближає нашу країну до ефективної профілактики психічних розладів, сучасного лікування та реабілітації осіб із вадами психіки.

Програма психічного здоров'я нації, яка є одним із стратегічних напрямків розвитку держави, визнає психічне здоров'я як пріоритет суспільства та визначає конкретні кроки щодо його зміцнення. У Німеччині, Польщі, Данії, Швеції та інших країнах світу також є такі програми, які затверджені урядами та діють. У документах, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Всесвітньою психіатричною асоціацією (WPA) та Європейською психіатричною асоціацією (EPA) також представлені основні рекомендації стосовно можливих важелів впливу на ситуацію у сфері психічного здоров'я. На підставі аналізу механізмів і чинників погіршення психічного здоров'я у Європейському регіоні ВООЗ запропонувала модель запобігання розвитку психічних і поведінкових розладів, яка націлена на раннє втручання, регрес психопатологічних порушень, відновлення соціального функціонування осіб із вадами психічного здоров'я та зменшення соціально-економічного тягаря суспільства внаслідок порушень психічного здоров'я.

На сучасному етапі у більшості країн світу найпріоритетнішою та ефективнішою, порівняно з системою тривалого утримання та догляду в спеціалізованих психіатричних закладах, вважають соціально орієнтовану психіатричну допомогу, основним принципом якої є зосередження на соціумі, оточенні пацієнта.

Реформа психіатричної допомоги включає її децентралізацію, максимальне використання можливостей амбулаторної та позалікарняної допомоги, інтеграцію у первинну ланку медичної допомоги, що і відтворено у більшості розвинених країн світу. Така структурна організація психіатричної допомоги забезпечує її наближення до населення та виконує важливу функцію дестигматизації допомоги.

Проблема адаптації психічно хворих у соціумі є надзвичайно актуальною саме через свою мультифакторність. Досить часто самі хворі ускладнюють свою соціалізацію тим, що вважають себе людьми «третього сорту», яких «не візьмуть на достойну роботу» незалежно від їх кваліфікації та стану здоров'я, які не зможуть влаштувати особисте життя, бо «кому вони такі потрібні». Таким чином утворюється порочне коло: через хибні уявлення про себе, про ставлення з боку соціуму людина сама себе обмежує чи не в усіх проявах життя. Відбувається процес стигматизації.

Мета. Виявити особливості сприйняття психічно хворими самих себе, свого становища в соціумі, можливостей особистісної та професійної самореалізації та можливості психотерапевтичного впливу з метою пошуку ресурсів ресоціалізації пацієнтів після виписки з лікарні.

Матеріали і методи. З метою виявлення рівня стигматизації ми провели опитування 45 пацієнтів стаціонарного відділення № 7 Вінницької обласної психіатричної лікарні імені акад. О.І. Ющенка віком від 21 до 50 років, які відвідували психотерапевтичну групу.

Результати. На заняттях з групової психотерапії пацієнти – учасники групи – скаржились на обмеження волі у відділенні, відсутності перспектив на майбутнє після виписки, небажання, щось робити, виказували рентні установки та сподівання тільки на отримання групи інвалідності. Водночас опитування респондентів показало, що в більшості випадків (68%) вони не помічають погіршення ставлення до них з боку суспільства ні у спілкуванні, ні в питаннях стосовно роботи (відповідно до освітнього рівня, кваліфікаційних вимог) чи отримання освіти, отриманні лікування, але самі постійно очікують негативного ставлення саме через хворобу (76%), самі собі створюють обмеження у реалізації своїх потреб та самореалізації. Водночас опитування 150 студентів 4–5 курсів медичного університету виявило, що більшість з них не мають у колі свого спілкування осіб з психічними розладами, у них є певна пересторога та нерозуміння, які поєднуються зі співчуттям. За цими відповідями чітко простежується низька обізнаність у суспільстві стосовно психічних розладів.

Висновок. У соціумі існує певна пересторога щодо психічних захворювань, але в більшості випадків її формують самі хворі з психічними розладами, які вважають себе нездатними до роботи на певних посадах, створення сім'ї та виховання дітей, здобуття фінансової незалежності. Саме тому у реформуванні психіатричної служби важливе місце має відводитись організації роботи з хворими, спрямованої на пошук особистісних ресурсів, які б дозволили їм знайти своє місце в соціумі, при цьому критично ставлячись до свого стану, реально оцінювати свої можливості, але не обмежувати себе в усіх аспектах життя.

Н.В. Рациборинська-Полякова

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ
В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ НА БАЗІ ВІННИЦЬКОГО ОБЛАСНОГО
КЛІНІЧНОГО ГОСПІТАЛЮ ІНВАЛІДІВ ВІЙНИ: ПОПЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ**Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця
ratsiborinska@gmail.com

Вступ. На сьогоднішній день в Україні існують значні групи населення, що зазнали екстремального впливу внаслідок подій на Сході України (вимушені переселенці, учасники АТО та їх рідні тощо) і мають різні психічні порушення, у тому числі й розлади адаптації. Вони потребують системної спеціалізованої допомоги, можливості надання якої на теперішній час не завжди відповідають реальним потребам. Така допомога має надаватись мультидисциплінарними бригадами (МБ), до складу яких залучаються психіатр, психотерапевт, психолог, медична сестра, соціальний працівник та лікарі інших спеціальностей за потребою. Забезпечення лікування постраждалих в АТО з розладами психіки і поведінки не в психіатричних лікарнях, а в інших лікарняних установах (таких як Вінницький обласний клінічний госпіталь інвалідів війни), якраз і дає можливість залучення МБ до надання мультивекторної допомоги. Особлива актуальність дослідження розладів адаптації пов'язана не тільки з їх значним поширенням – 5–20% усіх амбулаторних пацієнтів, а й зі схильністю до хронізації процесу і фіксації симптомів у вигляді стійких змін особистості.

Мета – визначити клініко-психопатологічні особливості переважаючих варіантів розладів адаптації у постраждалих в АТО та особливості їх лікування.

Матеріали та методи дослідження. Ми обстежили 198 респондентів, які перебували на стаціонарному лікуванні у клінічних відділеннях ВОКГПВ внаслідок бойових травм, отриманих під час участі в АТО. Комплексне дослідження клініко-патопсихологічних параметрів розладів адаптації у обстежених проводили за допомогою блоку методик: оцінки когнітивних функцій, емоційної стійкості, актуального психічного стану. Включення в методичний апарат дослідження конкретних тестів та відповідних їм експериментальних показників здійснювали за такими критеріями: концептуальна обґрунтованість методів, висока валідність, психометрична надійність, а також можливість зіставлення отриманих результатів.

Результати. У ході даного дослідження було встановлено ступінь вираженості афективних порушень у групі дослідження, визначено варіабельність даних та проведено статистично-математичний аналіз результатів обстеження. У всіх обстежених були виявлені психопатологічні ознаки, характерні для афективного варіанту розладів адаптації, а у 45% були також виражені характерні прояви ПТСР. У всіх респондентів було виявлено легке зниження пам'яті та ретенції, зниження здатності концентрації, розподілу та переключення уваги, розумової працездатності, підвищена виснажливість, операції мислення без особливостей. Порушення когнітивних функцій, ми вважаємо, було зумовлено

емоційним станом респондентів. Так, ситуативна тривожність високого рівня була у 9,1% респондентів, помірного – у 51,5%; особистісна тривожність високого рівня була у 60,6% обстежених, у 24,2% – помірного; загальна психічна тривожність була високою у 54,5%, середня – у 39,2%; у 18,8% респондентів було виявлено ситуативну депресію, у 43,8% – предепресивний стан; у 10% обстежених був поганий функціональний стан, у 63,3% – задовільний; висока вірогідність нервово-психічних зривів була у 46,4% обстеженого контингенту, у 50% – нервово-психічні зриви були вірогідні за умов виникнення екстремальних ситуацій. Ми виявили достовірну кореляцію між показниками ситуативної, особистісної, загальної психічної тривожності та депресивності, показниками психічної активності, самопочуття, настрою та функціонального стану з самооцінкою за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($P < 0,01$). Респонденти родом з міст мали кращі показники, ніж мешканці маленьких містечок та сіл, що може бути пов'язано з більшою соціальною захищеністю, вищою вірогідністю влаштуватися на роботу після лікування. При проведенні психодіагностичного обстеження та психотерапії ми звернули увагу на небажання значної кількості респондентів (78%) отримувати такий вид допомоги. Вони відмовляються і пояснюють це тим, що вони повинні мати соціальні гарантії, отримати інвалідність, певні виплати, пільги. У цих пацієнтів чітко простежуються рентні установки. При подальшому ж включенні їх в психотерапевтичну групу робота спрямовувалась на зміну ставлення до існуючої ситуації, відхід від рентних установок та пошук власних особистісних ресурсів для подальшої ресоціалізації. Ретестування після проведеної групової психокорекції показало значне покращення стану респондентів.

Висновки. Адекватність тактики лікування постраждалих під час бойових дій значною мірою зумовлена вчасною диференціацією варіанту стресового розладу, який є передумовою формування різних варіантів розладів адаптації; після цього можливо обрати відповідні лікувальні заходи. На перший план у постраждалих в АТО на даному етапі виступають порушення афективної сфери. Когнітивний дефект може бути сформований пізніше через закріплення та прогресування органічних змін. Виявлена вірогідність нервово-психічних зривів корелює з поганим функціональним станом, вираженістю депресії, високими показниками тривожності. Але виявлені нами тривожні і депресивні порушення не сягали вираженої глибини, яка б дала змогу діагностувати інші депресивні або тривожні психічні розлади психогенної природи. А перехід розладу адаптації на поведінковий рівень буде пов'язаний з особистісними рисами та особливостями соціальної реадaptaції респондентів.

А.Є. Ніколенко

ДІАГНОСТИКА ГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ
allanikosha@gmail.com

Вступ. Ревматоїдний артрит (РА) – системне запальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів. Часте виявлення при РА психологічних особливостей дозволило віднести це захворювання до числа психосоматичних. Обтяження його клінічних проявів призводить до розвитку психічних порушень, які впливають на динаміку хвороби, знижують ефективність терапії та реабілітації хворих.

Мета дослідження – виявлення психічних розладів, які виникають у хворих на ревматоїдний артрит.

Матеріали і методи дослідження. Було обстежено 80 жінок, хворих на ревматоїдний артрит (діагноз РА встановлено за критеріями Американської ревматологічної асоціації). Середній вік хворих складав $42,35 \pm 1,18$ років, тривалість хвороби – від 1 до 30 років, в середньому $8,36 \pm 0,79$ років. Діагноз РА було встановлено відповідно до критеріїв Американської ревматологічної асоціації. Клініко-психопатологічні та клініко-катамнестичні обстеження включали динамічне спостереження хворих, аналіз історій хвороби. Експериментально-психологічні дослідження проводили за методиками рівня тривожності Тейлора, типу відношення до хвороби (Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ)).

Результати дослідження. У всіх пацієнтів спостерігали психічні порушення. Були виділені провідні синдроми: тривожно-депресивний, астенодепресивний та іпохондричний. Астенодепресивний синдром (39,47% хворих) проявлявся зниженням загального фону настрою, переживаннями через свою неповноцінність внаслідок хвороби, втрачене назавжди здоров'я, неможливість

вилікуватись та непередбачуваність майбутнього. При тривожно-депресивному синдромі (46,15% хворих) у клінічній картині психічних розладів домінували тривожне ставлення до хвороби і тривожні переживання. Типовими були побоювання за здоров'я, страх ускладнень, що спотворюють, страх втратити працездатність. Ці думки супроводжувались дратівливістю, втомленістю, слабкістю, поганим сном, поганим настроєм і тривогою, плаксивістю, внутрішнім напруженням, нападами жаху. У хворих з іпохондричним синдромом (14,11%) домінували іпохондричне ставлення до хвороби (63,6% від кількості хворих з іпохондричною реакцією), тривожні переживання, паранояльні явища, астено-фобічні реагування. Іпохондричні пацієнти були заклопотані своїм здоров'ям, шукали в собі нові хвороби, з підозрою ставились до лікування, ліків та лікарів, що їх приводило до вигаданої небезпеки і нетерплячості.

За тестом ООБІ зафіксовано, що у хворих з порушенням функції суглобів (ПФС) 2 і 3 ступенів ($p < 0,01$) домінували тривожний, неврастенічний та іпохондричний типи, у хворих з ПФС 1 переважали ейфоричний, ергопатичний і паранояльний типи ставлення до хвороби ($p < 0,01$).

Висновки. Психічні порушення у хворих на РА представлені у вигляді основних провідних синдромів: тривожно-депресивного, астенодепресивного та іпохондричного.

У хворих на РА частіше виявляються тривожний (37,5%), неврастенічний (32,5%) і паранояльний (16,3%) типи ставлення до хвороби, які негативно впливають на якість лікування та життя хворих.

К.В. Дубовик

**СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ РОЗЛАДАМИ МОВЛЕННЕВОГО РОЗВИТКУ
ТА РУХОВИМИ ФУНКЦІЯМИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ
ТА РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ**Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
konstantindubovuk@gmail.com

Більшість дітей з затримкою психічного розвитку та дітей з розладами спектра аутизму (РСА) мають труднощі з розвитком дрібної та / або крупної моторики, але етіологія виникнення цих порушень залишається невивченою. У ряді досліджень було встановлено, що діти з РСА та розумовою відсталістю зазнають значних труднощів з розвитком дрібної і крупної моторики, мають значні труднощі з формуванням навичок спілкування. РСА характеризуються порушеннями комунікації та розвитку рухових функцій.

Мета дослідження – вивчити особливості формування порушень рухової сфери у дітей з РСА, які мали проблеми при спілкуванні, порушення розвитку моторних навичок,

труднощі з розумінням зверненої мови, недорозвиток експресивної мови та когнітивну недостатність.

Використані методи. У дослідженні брали участь дві незалежні групи дітей віком 5–7 років. Було рандомізовано 19 дітей з РСА (середній вік 5,8 року). Контрольну групу склали 17 дітей без порушень розвитку (середній вік 5,7 року). Діагноз РСА встановлювали відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, на основі напівструктурованого інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)) і структурованої оцінки фактичної поведінки (Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)). Розвиток дитини за окремими сферами оцінювали за допомогою

психоосвітнього профілю (PEP), що складався із субтестів: експресивної мови, розуміння зверненої мови, дрібної моторики, крупної моторики, зорово-моторної імітації, оцінки пізнавальної діяльності. Формування соціальних навичок оцінювали за поведінковою шкалою Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II), що складається з субтестів: розмовна мова, сприйняття мови, навички читання та письма, особисті щоденні навички, домашні навички, громадські навички, міжособистісні стосунки, вміння організовувати гру та дозволяти, навички подолання труднощів, дрібна та крупна моторика. Когнітивне функціонування оцінювали за допомогою тесту інтелекту Векслера для дітей (WISC).

Узагальнення результатів. У дітей з РСА та низькими показниками інтелекту найпоширенішими є порушення дрібної моторики. Для дітей з РСА без розумової відста-

лості більш характерні порушення регулювання пози тіла та порушення зорово-моторної координації. Діти з менш тяжкими порушеннями загального розвитку, що були виявлені при оцінці за допомогою ADI-R і ADOS, продемонстрували вищий рівень розвитку моторики ($p < 0,05$) і мовних навичок ($p < 0,001$). Діти без розумової відсталості майже не мали істотних проблем з дрібною та крупною моторикою, мали суттєві відмінності в розвитку мови. Діти з розладами аутистичного спектра показали значно гірші результати в розвитку мови, ніж у контрольній групі.

Висновки. Розлади моторики, їх типологія корелюють з тяжкістю порушень мовлення та рівнем когнітивної недостатності. Діти з розладами аутистичного спектра мають ризик клінічно значущого моторного дефіциту; діти, хворі на аутизм, частіше мають труднощі у сфері зорово-моторної координації.

В.С. Підкоритов, О.В. Скринник, С.О. Український, О.С. Серікова, М.М. Марченко
ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ
ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків
olskrynnik@yahoo.com

Проблема соматичних захворювань у хворих на шизофренію, незважаючи на значну кількість досліджень, залишається актуальною і недостатньо вивченою. Багато дослідників вказують на високий ризик розвитку різної патології, у тому числі і захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (Семке А.В., 2009). Значний вплив на формування гастроентерологічних симптомів у хворих на шизофренію мають куріння та зловживання алкоголем, незбалансоване харчування, недотримання норм гігієни, несприятливі матеріальні умови (Kurzban S., 2010).

Незважаючи на велику кількість досліджень питань гастроентерологічної патології у пацієнтів з шизофренією, особливостям взаємозв'язку психофармакотерапії та патології ШКТ приділялося мало уваги.

Мета дослідження – вивчити особливості взаємозв'язку психофармакотерапії та патології ШКТ у хворих на параноїдну шизофренію.

Для розв'язання завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Ми проаналізували 30 історій хвороби пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2011–2015 рр. з діагнозом шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг (F20.00 за МКХ–10), яка була ускладнена захворюваннями ШКТ. Серед них було 53,3% жінок ($n=16$) і 46,7% чоловіків ($n=14$); середній їх вік становив $(38,00 \pm 13,00)$ років. Більш ніж половина пацієнтів не перебували у шлюбі та проживали з батьками (18 хворих, 60,0%). На момент обстеження тільки 36,7% пацієнтів (11 випадків) працювали. По 30,0% випадків (по 9 пацієнтів) були безробітними або мали інвалідність у зв'язку з психічним розладом. Наведені дані підтверджують низький рівень зайнятості серед пацієнтів, що свідчить про значні порушення адаптації

та зниження матеріального благополуччя й рівня професійної діяльності.

У обстежених хворих найчастіше виявляли медикаментозну гепатопатію (11 спостережень, 36,7%). Другою за частотою була гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (7 пацієнтів, 23,3%). Декілька гастроентерологічних захворювань одночасно спостерігали у 5 пацієнтів (16,7%). Функціональні розлади травлення (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, синдром подразненого шлунка, дискінезія товстої кишки) та хронічний гастрит починалися у молодому віці, до того моменту, як пацієнт захворів на шизофренію. Медикаментозна гепатопатія, хронічний панкреатит та холецистит виявлені у хворих, у яких тривалість шизофренії була більшою за 10–15 років, та могли бути результатом тривалої антипсихотичної терапії.

Тривалість психічного розладу варіювала від 1 до 40 років, в середньому склала $(16,0 \pm 10,0)$ років. Середній вік початку захворювання – 22,3 року, стандартне відхилення – 8,3 року. В середньому пацієнти були 7,8 разів госпіталізовані до психіатричного стаціонару.

Найпоширенішим провідним психопатологічним синдромом був галюцинаторно-параноїдний (15 пацієнтів, 50,0%). Друге місце посідав галюцинаторний синдром (12 хворих, 40,0%). Параноїдний синдром спостерігали у 3 випадках. 16 пацієнтів (53,3%) не мали клінічного дефекту, 12 пацієнтів (40,0%) мали апатико-абулічний дефект, а 2 хворих – параноїдний.

Усі пацієнти отримували лікування згідно з Наказом МОЗ України № 59 від 05.02.2007 року. За даними кореляційного аналізу був виявлений значний зв'язок між кількістю психотропних засобів, що застосовувалися у одного пацієнта, та наявністю медикаментозної гепатопатії ($r_s = +0,76$, $\alpha < 0,05$). Також спостерігали позитивну кореляцію між тривалістю психофармакотерапії та кількістю гастроентерологічних захворювань ($r_s = +0,35$).

Усім пацієнтам призначали антипсихотики, як правило, у різноманітних комбінаціях. Серед нейролептиків найчастіше призначали галоперидол (12 випадків, 40,0%), трифлуоперазин (11 випадків, 36,7%) та зуклопентиксол (8 випадків, 26,7%). У всіх випадках паралельно з вказаними препаратами пацієнти приймали адекватні дози тригексифенідилу гідрохлориду. Із атипичних антипсихотиків найчастіше застосовували амисульприд (9 випадків, 30,0%), клозапін (8 випадків, 26,7%) та кветіапін (6 випадків, 20,0%).

Антидепресанти були призначені 17 хворим (56,7%). Із трициклічних антидепресантів найчастіше використовували амітриптилін (12 випадків, 40,0%), із селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну – пароксетин (4 пацієнти, 13,3%).

Транквілізатори у вигляді гідазепаму застосовували у половини пацієнтів (15 випадків, 50,0%).

В жодному випадку не спостерігали будь-яких значних побічних ефектів від терапії, призначеної ліка-

рем, в тому числі й загострення захворювань ШКТ. Це може бути пов'язано з тим, що всі хворі приймали ліки після їди. У зв'язку з патологією ШКТ тільки 4 пацієнти (13,3% спостережень) приймали супутні ліки (глутаргін).

Висновки. У хворих на параноїдну шизофренію, обстежених нами, найчастіше зустрічалася медикаментозна гепатопатія (11 спостережень, 36,7%). На другому місці була гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (7 пацієнтів, 23,3%). За даними кореляційного аналізу був виявлений позитивний зв'язок між кількістю психотропних засобів, що застосовувалися у одного пацієнта, й наявністю медикаментозної гепатопатії та тривалістю застосування психофармакотерапії й кількістю гастроентерологічних захворювань. Це підтверджує той факт, що в багатьох випадках у хворих на шизофренію патологія ШКТ могла стати результатом тривалої антипсихотичної терапії.

О.М. Зборовський

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УЧАСНИКІВ АТО

Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ

ДУ «Інститут невідкладної і відновної хірургії імені В.К. Гусака НАМН України», м. Київ
psychiatr1970@gmail.com

Мінно-вибухова травма належить до числа найтяжчих видів бойової хірургічної патології і травм мирного часу, а лікування її наслідків, особливо в даний час, є актуальним і доволі складним завданням.

Одним із значущих ускладнень поєднаної травми є розвиток психічних і поведінкових розладів, які зустрічаються на всіх етапах лікування, що може згодом істотно відобразитися на якості життя постраждалих.

Найпоширенішим і найнесприятливішим наслідком мінно-вибухової травми є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), оскільки переживання екстремального події, до яких належить сама травма, втрата кінцівки, подальша інвалідність на суб'єктивному рівні можуть приводити до переоцінки індивідуальних цінностей, перетворення особистісних смислів як конструктивів психологічного майбутнього.

Метою проведеного дослідження було вивчення віддаленого впливу мінно-вибухової травми, як одного з варіантів політравми, на особливості особистісного реагування і соціального функціонування учасників бойових дій.

Ми обстежили 49 пацієнтів у віці від 21 до 57 років, які отримали поранення під час участі в антитерористичній операції (АТО) на Сході України. За характером ураження травми найчастіше були комбінацією термомеханічного пошкодження з баротравмою, термоінгаляційною травмою (ТІТ), відривом сегмента кінцівки. Час, який минув з моменту після отримання мінно-вибухової травми (політравми) – від 6 до 12 місяців.

Традиційні методи дослідження не завжди відображають реальну тяжкість стану постраждалих, ступінь

ураження ЦНС і подальший прогноз розвитку захворювання. Тому крім структурованого клінічного інтерв'ю застосовували такі психодіагностичні методики: Міссісіпську шкалу (військовий варіант), опитувальник СМІЛ, «Рівень співвідношення «цінності» і «доступності» в різних життєвих сферах», «Індекс життєвого стилю», а також проєктивні методики – «Мальований апперцептивний тест» (РАТ) та тест Вартеґа.

Клінічна картина у обстежених комбатантів характеризувалася високою емоційною забарвленістю переживань, емоційною лабільністю, відзначалися епізодичні афективні прояви, інтелектуально-мнестичні порушення у вигляді зниження функцій уваги, короткочасної пам'яті, швидкості моторних реакцій і когнітивних функцій. Найвищі значення профілю СМІЛ (понад 70 балів) були отримані за шкалами іпохондрії ($82,71 \pm 8,43$ бала), психастенії ($77,64 \pm 7,51$ бала), параної ($74,23 \pm 3,58$ бала) і депресії ($73,25 \pm 7,34$ бала), що свідчить про виражену іпохондризацію, формування рис підозріливості, схильності до ригідних стереотипів поведінки, порушення емоційної сфери у вигляді депресивних, тривожних і фобічних проявів.

Згідно з отриманими результатами, запропонована концепція формування психічних розладів у військовослужбовців – учасників бойових дій, а також, з урахуванням діючих клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія», розроблений уніфікований алгоритм поетапного лікування психічних розладів у військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції.

Б.В. Михайлов¹, Я.В. Криворотько¹, О.П. Михайлік²,

О.А. Спасібухов³, А.А. Галаченко⁴

**ПОЄДНАНА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

²Військово-медичне управління Головного управління
Національної гвардії України

³Управління надання матеріального забезпечення та експертизи тимчасової непрацездатності
Виконавчої дирекції Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності

⁴Клінічний санаторій «Хмельник», м. Вінниця
psychotherapy@med.edu.ua

У сучасних умовах в Україні є значні контингенти, які потребують надання системної комплексної психіатричної, психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги. До них належать учасники військових дій у зоні АТО. Психогенні розлади психіки і поведінки у них займають особливе місце, з огляду на те, що одночасно виникають у великої кількості людей в умовах надзвичайної ситуації (НС).

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після НС, поділяють на 4 групи – непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психози. У віддаленому періоді в потерпілих унаслідок НС розвиваються посттравматичні стресові розлади (ПТСР) або хронічні зміни особистості унаслідок перенесеної катастрофи.

Головними принципами екстреної медико-психологічної допомоги при НС є невідкладність, близькість до місця подій, очікування, що нормальний стан відновиться, єдність і простота психологічної дії. Екстрена медико-психологічна допомога при НС проводиться на основі кризового втручання.

Метою медико-психологічного супроводу всіх постраждалих є купірування порушень психіки і поведінки,

профілактика (вторинна і третинна) психічної дезадаптації, прогредієнтного перебігу психічних порушень. Для цього використовують психокорекцію, сугестію, когнітивно-поведінкову та деякі інші види психотерапії. Щоб людина вийшла з пасивної ролі жертви необхідно відновити у неї відчуття власної активності, контролю над ситуацією. Завданням психотерапевтичної допомоги є підтримка пацієнта, переробка травмуючого матеріалу, переоцінка кризової ситуації, зміна світосприйняття, підвищення самооцінки, вироблення реалістичної перспективи і активної життєвої позиції. При невротичних станах основною метою лікування є зниження тривожної напруги і страху, пристосування людини до життя і діяльності в умовах психогенії, що продовжується. Найефективнішим психотерапевтичним методом у цих випадках є когнітивна психотерапія. Фармакотерапія направлена на основні групи симптомів-мішеней: афектних та соматовегетативних. Це обумовлює вибір відповідних фармакологічних груп – транквілізаторів, антидепресантів (переважно СИЗЗС), атипичних нейролептиків. Така поєднана психо- і фармакотерапія дає можливість домогтися максимальної ефективності у відновленні рівня соціального функціонування учасників бойових дій.