

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARKHIV PSYKHIIATRII

Vol. 22, no. 3 (86)' 2016



WWW.UNDISSPN.ORG.UA

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 22, № 3 (86) '2016

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

Головний редактор І.Я. Пінчук
Заступник головного редактора О.О. Хаустова
Відповідальний секретар 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., Ревенко О.А., Степанова Н.М., Суховій О.О., Табачников С.І., Харченко Є.М., Чабан О.С., Шум С.С., Цюм'юк 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: jap.ukraine@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 і верстка: ТОВ «Медікс груп»

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 7 від 31.08.2016 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. № 20.

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.

ARKHIV PSYKHIIATRII • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal

Vol. 22, no. 3 (86) '2016

Founded in November, 1995

The journal is published four times a year

Chief editor I.Ya. Pinchuk

Deputy chief editor O.O. Khaustova

Executive secretary I.F. Zdoryk



Editorial staff

Abdriakhimova C.B., Bulakhova L.O., Martsenkovsky I.A., Oliinyk O.P., Osukhovska O.S., Pishel V.Ya., 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: jap.ukraine@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

Design and layout: Ltd. «Medix Group»

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 № 7 dated 31 August 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.

ЗМІСТ

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>І. Я. Пінчук, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко, А. К. Ладик-Бризгалова</i>	
АУТО- ТА ГЕТЕРОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У СТРУКТУРІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ АТО	6
<i>Т. Ю. Ільницька</i>	
ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ПРИ ПСИХІЧНІЙ ТРАВМІ: РОЛЬ РОЗЛАДУ З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ПРЕМОРБІДІ	12

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик, О. О. Древіцька</i>	
СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНІСТЬ РЕАКЦІЙ НА ВАЖКИЙ СТРЕС ТА ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНІ У ПЕРШОМУ ПІВРІЧчі 2016 РОКУ ...	15

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>К. В. Аймедов, Д. А. Волющук</i>	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ	20
<i>П. В. Будьонний</i>	
ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ М. ЛИСИЧАНСЬКА (2006–2013 РР.)	28
<i>О. Г. Буздиган</i>	
КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ЯК ОСНОВА ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДХОДІВ ДО ЇХ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА	33
<i>О. Ю. Резуненко</i>	
СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД	41

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. А. Левада, Н. В. Чередніченко</i>	
КОГНІТИВНО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ФЕНОТИПИ ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ВАРІАНТІВ М'ЯКИХ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ	45
<i>В. С. Підкоритов</i>	
ВПЛИВ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА КОГНІТИВНУ СФЕРУ ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ	51
<i>Х. С. Живаго</i>	
ДОСЛІДЖЕННЯ СФЕР СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ	54
<i>К. В. Шкода</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ	59

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. І. Масік</i>	
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТРИВОЖНОСТІ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ПІДЛІТКІВ	65

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>I. Ya. Pinchuk, V. Ya. Pishel, M. Yu. Polyviana, K. V. Guzenko, A. K. Ladyk-Bryzgalova</i>	
AUTO- AND GETEROAGGRESSIVE BEHAVIOR IN THE STRUCTURE OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS AT PARTICIPANTS IN THE ATO	6
<i>T. Yu. Ilnytska</i>	
SOCIAL ADAPTATION IMPAIRMENT AFTER THE POST-TRAUMATIC STRESS: ADHD ROLE IN PREMORBIDE	12

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>I. Ya. Pinchuk, O. O. Petrichenko, O. V. Kolodezhny, I. F. Zdoryk, O. O. Drevitska</i>	
STRUCTURE OF MORBIDITY AND PREVALENCE OF REACTION TO SEVERE STRESS AND ADJUSTMENT DISORDERS IN UKRAINE IN THE FIRST SIX MONTHS 2016	15

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>C. V. Aymedov, D. A. Voloshchuk</i>	
COMPREHENSIVE EVALUATION OF MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA	20
<i>P. V. Budonnyi</i>	
FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS LIVING IN A DEPRESSED INDUSTRIAL REGION LISICHANSK (2006–2013)	28
<i>O. H. Buzdyhan</i>	
CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS THE BASIS OF OPTIMIZATION APPROACHES TO THEIR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION FROM A GENDER PERSPECTIVE	33
<i>O. Yu. Rezunencko</i>	
MODERN FEATURES OF PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER	41

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>O. A. Levada, N. V. Cherednichenko</i>	
COGNITIVE-PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOTYPES OF THE MAIN ETIOLOGICAL VARIANTS OF MILD NEUROCOGNITIVE DISORDERS	45
<i>V. S. Pidkorytov</i>	
INFLUENCE SOMATIC PATHOLOGY ON COGNITION FUNCTIONS OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA	51
<i>Kh. S. Zhyvago</i>	
STUDY OF SPHERES OF SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS	54
<i>K. V. Shkoda</i>	
FEATURES OF DEPRESSIVE SYMPTOMS OF RELATIVES PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH LONG TERM OF ILLNESS	59

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>O. I. Masik</i>	
CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF ANXIETY IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN ADOLESCENTS	65

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

<i>М. В. Литвиненко</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ	
ХВОРИХ НА ВУТРОВУ ХВОРОБУ	70
<i>І. Р. Мухаровська</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ	
ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	74
<i>А. Ю. Сидоренко</i>	
СТРУКТУРА І ВИРАЖЕНІСТЬ ЕМОЦІЙНОГО	
ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	78
<i>М. А. Юдін</i>	
ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ	
КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ДИСГАРМОНІЙНИМ	
САМОВІДНОШЕННЯМ ТА ЗНИЖЕНОЮ САМООЦІНКОЮ ..	82

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>О. В. Кіосєва</i>	
СИСТЕМА ПСИХОПРЕВЕНТИВНИХ ОСВІТНІХ	
ЗАХОДІВ ЩОДО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ	
РЕЧОВИН ОСОБАМИ МОЛОДОГО ВІКУ	85
<i>М. В. Савіна</i>	
ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПОДРУЖЖІВ	
З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЖІНОК	
ТА РІЗНИМ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї	91

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. П. Олійник, О. А. Ревенко, О. Г. Голованова, О. В. Радзевілова</i>	
СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ОСІБ,	
ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ	
(АНАЛІЗ ГАЛУЗЕВОЇ СТАТИСТИЧНОЇ ЗВІТНОСТІ)	98

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>M. V. Lytvynenko</i>	
FEATURES PSYCHOSOCIAL ADAPTATION	
OF PATIENTS WITH ACNE	70
<i>I. R. Mukharovska</i>	
FEATURES OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING	
OF PATIENTS WITH ONCOLOGY	74
<i>A. Yu. Sydorenko</i>	
STRUCTURE AND SEVERITY OF BURNOUT IN MEDICAL	
WORKERS OF CARDIOSURGICAL PROFILE	78
<i>M. A. Yudin</i>	
PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS	
OF COSMETOLOGY PROFILE WITH DISHARMONIOUS	
SELF-ATTITUDE AND LOW SELF-ESTEEM	82

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>O. V. Kiosieva</i>	
SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS OF THE	
EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR THE PREVENTION	
OF SUBSTANCE USE BY YOUNG PERSONS	85
<i>M. V. Savina</i>	
FEATURES OF COPING OF COUPLES WITH	
ADDICTIVE BEHAVIOR OF WIVES AND THE	
DIFFERENT STATE OF FAMILY HEALTH	91

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>O. P. Oliynyk, O. A. Revenok, O. G. Golovanova, O. V. Radzevilova</i>	
FORENSIC PSYCHIATRIC EVALUATION OF PERSONS	
WHO PARTICIPATED IN THE ANTI-TERRORIST OPERATION	
(ANALYSIS OF BRANCH STATISTICAL REPORTS).....	98

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 додаватися 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 дублюватися 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 зазначити 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 абrevіатур, слід подавати у виносах.

- **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 українсько-м / 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 бібліографічному 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 APA (<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 jap.ukraine@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 ЗДОРІК 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 616.85-039-008.47:616.89-008.441.44-084

І.Я. Пінчук, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, К.В. Гузенко, А.К. Ладик-Бризгалова
АУТО- ТА ГЕТЕРОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА У СТРУКТУРІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ
ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У УЧАСНИКІВ АТО

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
therapy@undisppn.org.ua

Актуальність. Впродовж останніх двох років зростає кількість учасників АТО, які мають посттравматичні психічні розлади й потребують лікувально-реабілітаційної допомоги. Водночас все більше уваги приділяється специфічним симптомам ПТСР та супутнім розладам, зокрема гетеро- та аутоагресивній поведінці. Аутоагресивна та імпульсивна поведінка визнані асоційованими розладами, які можуть суттєво впливати на клінічний перебіг ПТСР. Подальше вивчення особливостей ауто- та гетероагресивної поведінки учасників бойових дій та їх взаємозв'язку з посттравматичними психічними розладами є надзвичайно актуальним і важливим для надання своєчасної та ефективної медико-соціальної допомоги особам даної категорії.

Мета – визначити особливості ауто- та гетероагресивної поведінки в структурі посттравматичних психічних розладів та здійснити аналіз завершених суїцидів учасників АТО.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено результати обстеження 249 бійців, які перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. Методи дослідження – інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та статистичний.

Результати. Найпоширенішими виявились розлади, які відповідали діагностичній рубриці F43 за МКХ-10 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Досліджено клініко-соціальні і клініко-психопатологічні характеристики ПТСР й РА та особливості гетеро- і аутоагресивної поведінки у структурі цих розладів. За результатами аналізу завершених суїцидів (82 випадки) серед учасників АТО отримано їх соціодемографічну характеристику, узагальнено дані щодо проявів, які передували самогубству.

Висновки. Визначені особливості гетеро- та аутоагресивної поведінки слід враховувати при розробці диференційованих схем лікування посттравматичних психічних розладів у учасників АТО. Оцінка суїцидального ризику має бути включена до обов'язкових процедур медичного обстеження військовослужбовців, які перенесли психічну травму.

Ключові слова:
посттравматичні
психічні розлади,
суїцидальна поведінка,
гетероагресивна
поведінка, учасники
АТО.

Актуальність. Наразі в Україні спостерігається складна соціально-політична ситуація, яка пов'язана з продовженням бойових дій у зоні антитерористичної операції (АТО) на Сході країни. Через це суттєво збільшується загальна кількість військовослужбовців, зокрема учасників бойових дій, одночасно серед них зростає кількість осіб з посттравматичними психічними розладами, які потребують своєчасної та ефективної лікувально-реабілітаційної допомоги. Це стає першочерговою проблемою психіатрії сьогодення.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, впродовж 2015 року психоневрологічними закладами України взятий під нагляд 941 військовослужбовець –

учасник антитерористичної операції з уперше в житті встановленим діагнозом «Розлади психіки через реакцію на важкий стрес та розлади адаптації»; посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виявлено у 686 з них (70,9%).

До основних діагностичних кластерів ПТСР належать симптоми повторного переживання, уникнення, негативні зміни когнітивних функцій і настрою та симптоми збудження [1]. Останнім часом все більше уваги приділяється специфічним симптомам ПТСР та супутнім розладам, до яких належать: гетеро- та аутоагресивна поведінка, зловживання психоактивними речовинами, хронічний біль, порушення сну, депресія, посткомоційний синдром тощо [2, 3].

Аутоагресивна та імпульсивна поведінка при ПТСР визначені асоційованими особливостями цього розладу, які можуть суттєво впливати на клінічний перебіг захворювання [4]. Мета-аналіз, метою якого було встановлення зв'язку між ПТСР та частотою суїцидальної поведінки, а також вивчення впливу на цей зв'язок коморбідної депресії показав, що діагноз ПТСР був значною мірою асоційований із підвищенням ризику суїциду [5]. Також підтверджено, що супутня депресія підвищує ризик суїциду у пацієнтів із ПТСР, проте не було знайдено достовірного зв'язку між ПТСР та завершеними суїцидами [6]. Автори рекомендують зосередити майбутні дослідження на вивченні можливих механізмів суїцидальності у пацієнтів з ПТСР, звертаючи особливу увагу на окремі симптоми ПТСР, коморбідну депресію, почуття безнадії, рівень соціальної підтримки та наявність негативних переконань [7].

Подальше вивчення особливостей ауто- та гетероагресивної поведінки в учасників бойових дій та їх взаємозв'язку з посттравматичними психічними розладами є дуже актуальним й важливим для надання своєчасної та ефективної медико-соціальної допомоги даній категорії осіб.

Мета – визначити особливості ауто- та гетероагресивної поведінки в структурі посттравматичних психічних розладів та здійснити аналіз завершених суїцидів у учасників АТО.

Матеріали та методи дослідження

В основу роботи покладено результати обстеження 249 військовослужбовців, які брали участь у проведенні АТО на Сході України. Усі досліджувані перебували на стаціонарному лікуванні в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни. Також здійснено аналіз матеріалів кримінальних проваджень (82 випадки) щодо завершених суїцидів серед учасників АТО за період з 01.05.2015 р. по 20.10.2016 р. Основні методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, інформаційно-аналітичний та статистичний.

Результати та їх обговорення

За результатами дослідження 249 бійців встановлено, що у 78 з них психічні порушення визначались окремими симптомами та не досягали рівня психічного розладу. Основні діагностичні рубрики за МКХ-10 було представлено таким чином: органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад F06.6 виявлено у 17 (6,8%), посткомоційний синдром F07.2 – у 10 (4,0%), інші органічні розлади особистості та поведінки F07.8 – у 7 (2,8%), посттравматичний стресовий розлад F43.1 – у 56 (22,5%), розлади адаптації F43.2 – у 68 (27,3%), неврастенія F48.0 – у 13 (5,2%) обстежених (рис.).

Найчисленнішими у представленій вибірці (124 пацієнти; 49,8%) були розлади, які відповідали рубриці F43 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Для проведення подальшого дослідження цих пацієнтів було поділено на дві групи: особи з посттравматичним стресовим розладом та з розладами адаптації (РА). Середній вік досліджених з ПТСР становив $35,11 \pm 0,95$, з РА – $35,81 \pm 1,16$ року.

Попередній досвід роботи у силових структурах або служби у ЗСУ мала майже третина бійців – 19 (33,9%) та 26 (38,2%) в групах ПТСР і РА відповідно, тобто припущення, що цей фактор знижує ризик формування

посттравматичних психічних розладів, не підтвердилося. Встановлено, що бійці віком понад 31 рік особливо уразливі при психогенній травматизації в бойових умовах.

За анамнестичними даними виявлено епізодичне вживання психоактивних речовин у 3 (5,4%) пацієнтів з ПТСР та у 15 (22,4%) – з РА; переважало вживання алкоголю – у 3 (5,4%) та у 13 (19,1%) осіб обох груп відповідно.

Усі обстежені зазначили, що спеціалізованої військової підготовки протягом одного місяця після мобілізації для них виявилось недостатньо. Також 118 (95,2%) бійців повідомили про відсутність психологічної підготовки та підтримки у своїй військовій частині впродовж служби в АТО.

Після переведення у зону АТО досліджувані зазнали впливу значних екстремальних подій: безпосередню участь у бойових діях брали всі 56 (100,0%) бійців групи ПТСР та 35 (51,5%) – групи РА, фізичного насильства зазнали 3 (5,4%) та 15 (22,1%), поранення отримали 45 (75,0%) та 19 (27,9%), загрозу зброєю пережили 29 (51,8%) та 21 (30,9%); свідками загибелі побратимів стали 54 (96,4%) та 31 (45,6%) особа з ПТСР та РА відповідно.

Встановлено, що тип психотравмуючої дії, її індивідуальна значимість, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування посттравматичних психічних розладів, зокрема тяжкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі у бойових діях, наявність поранень і фізичних травм найбільш значущі для розвитку ПТСР.

Перші прояви РА найчастіше спостерігали через 4–8 місяців (в середньому – $6,63 \pm 0,45$), ПТСР – через 6–10 місяців (в середньому – $8,68 \pm 0,46$ місяців). Таким чином, тривале перебування (більше 8–10 місяців) у надзвичайних умовах АТО є фактором ризику формування посттравматичних психічних розладів.

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей посттравматичних психічних розладів показав наявність досить типового симптомокомплексу при ПТСР та значного клінічного поліморфізму при РА. Найпоширенішими серед усіх РА були пролонгована депресивна реакція (F43.21) – у 25 (36,8%) пацієнтів та розлади адаптації із переважанням інших емоцій (F43.23) – у 29 (42,6%), тобто переважали розлади афективного реєстру (рис.).

Для ПТСР характерним був хвилюподібний перебіг із періодичним загостренням симптоматики, а

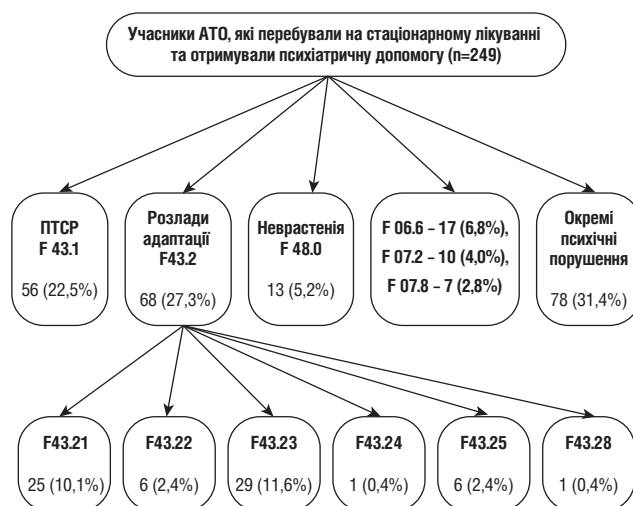


Рис. Структура психічних порушень у досліджених бійців

саме: нічних страхіть з кошмарними сновидіннями – у 32 (57,1%), нав'язливих спогадів про військові дії – у 21 (37,5%), дисоціативних флешбеків – у 10 (17,9%) пацієнтів. Значний психологічний дистрес у вигляді тривоги зазначили 42 (75,0%), дратівливості – 41 (73,2%), відчуття напруги – 25 (44,6%) та розгубленості – 10 (17,9%) бійців. Перезбудження вегетативної нервової системи у всіх пацієнтів призвело до підвищення рівня бадьорості та стійкого безсоння. Уникання почуттів та думок, пов'язаних з психотравмуючими обставинами, зустрічей з однослужбовцями спостерігалось у 15 (26,8%) обстежених. Відчуття провини перед вбитими та пораненими бійцями зафіксовано у 5 (8,9%) пацієнтів даної групи. Встановлено, що у 50 (89,3%) осіб з ПТСР мала місце виражена депресивна симптоматика, у тому числі відчуття відгородженості та заціпеніння – у 43 (76,8%), надмірні песимістичні роздуми – у 19 (33,9%), плаксивість – у 17 (30,4%) та надмірна втомлюваність – у 13 (23,2%) пацієнтів.

Формування більш поліморфної клінічної картини при РА, ніж при ПТСР, значною мірою визначалось індивідуальною схильністю та уразливістю від важкого стресового фактора. Також можна припустити, що прояви РА можуть бути і початковими продромальними симптомами інших психічних розладів.

За суб'єктивною оцінкою бійців виділено кілька основних особистісно значимих переживань, які суттєво відрізнялись у досліджуваних групах та в майбутньому вплинули на появу гетеро- та аутоагресивних тенденцій. Так, у пацієнтів з РА превалювало тяжке відчуття розлуки з батьками та родиною (15; 22,1%), тоді як у досліджених з ПТСР цей показник становив лише 3,6% (2 особи). Після переведення до зони АТО зміни в особистісному психологічному стані відмітили усі досліджені. На дуже важомі адаптаційні труднощі на початку участі у бойових діях вказали 20 (35,7%) чоловіків з ПТСР та 25 (36,8%) бійців з РА. Вони пов'язували це з великим психологічним навантаженням у нових для них обставинах, а саме – з напруженим повсякденним режимом (22; 17,7%), неадекватним фізичним навантаженням (11; 8,9%), чітким розпорядком дня і нестачею вільного часу (18; 14,5%), необхідністю змінювати свої звички (10; 8,1%).

Переживання щодо зміни власного статусу визначено у 47 (37,9%) бійців; на перший план виступали відчуття приниження через необхідність підкорюватись та виконувати накази (41; 33,1%), болісні насмішки від успішніших товаришів (7; 5,6%), нестатутні стосунки – 17 (13,7%) пацієнтів. Усі обстежені зазначили, що протягом служби вони відчували глобальну небезпеку, розчарування та безвихідь. Більшість (43; 76,8%) бійців з ПТСР та третина (20; 29,4%) пацієнтів з РА відмітили «замороженість емоцій» під час бойових дій. На виникнення збудження та агресивності впливали провокуючі зовнішні фактори: скупченість (13; 10,5%), надмірний постійний шум і різкі звуки (40; 32,2%), спекотна погода (15; 12,1%).

З метою подолання психологічного навантаження 18 (32,1%) бійців з ПТСР та 8 (11,8%) з РА вживали алкоголь, у чому добровільно зізнались. Проте майже 70,0% усіх досліджених відмітили відсутність достатнього контролю за вживанням алкоголю своїми товаришами, як у бойових, так і в мирних умовах.

За результатами дослідження виявлено поведінкові прояви, які в наступному сприяли виникненню агресивних реакцій. Це – неорганізованість (13; 10,5%), непослідовність та уривчастість при виконанні завдань (6; 4,8%), зростання негативізму та непокори (10; 8,1%), протест та відмова від виконання наказів (3; 2,4%), недотримання правил дорожнього руху та норм експлуатації бойових пристроїв (5; 4,03%), конфлікти з товаришами та командирами (11; 8,9%).

Одним із варіантів агресивної поведінки у бойових умовах було порушення дисципліни, що більшою мірою спостерігалось у бійців з РА (11; 16,2%), ніж у військових з ПТСР (2; 3,6%). Крайнім способом усунення наростаючої напруги було нанесення тілесних ушкоджень товаришам по службі – 2 (3,6%) пацієнти з ПТСР нанесли тілесні ушкодження середньої тяжкості своїм однослужбовцям.

Результати дослідження дозволили визначити клініко-психопатологічні прояви ПТСР та РА, що асоційовані з високою внутрішньою напругою, яка, в свою чергу, може призводити до агресивної поведінки. По-перше, це – розлади сну при РА, – поверхневий та тривожний сон з частими пробудженнями відмітив 41 (60,3%) боєць. Також слід вказати на наявність доволі виснажливого больового синдрому – головний біль відмітили 17 (30,4%), біль у тілі – 15 (26,8%) бійців, різноманітні соматичні скарги та порушення, які сприймалися лише на суб'єктивному рівні, мали 13 (23,2%) пацієнтів. Усі ці показники виключали біль після поранень. Тільки у досліджених з ПТСР (9; 16,1%) було зафіксовано появу логоневрозу різної тривалості, що додатково підвищувало рівень напруги.

Відчуття вираженої тривоги відзначили 10 (14,7%) чоловіків з РА, зростаючу конфліктність – практично всі бійці (63; 92,6%), також більшість з них (61; 89,7%) вказали на неспроможність розслабитись, нервозність та відчуття напруги, надмірну уразливість та почуття скривдженості зазначили 62 (91,2%) пацієнти.

Сучасні дослідження вказують на превалювання у комбатантів з ПТСР агресивної поведінки [5], це підтверджується і нашими даними: гетероагресивна поведінка мала місце у 13 (23,2%) бійців з ПТСР і лише у 1 бійця з РА. Надмірно жорстке поводження та немотивоване використання зброї по відношенню до супротивника та місцевого населення визнали 11 (19,6%) бійців з ПТСР.

Таким чином, до основних соціально-психологічних чинників, які спричиняють появу агресивної поведінки у бійців з постстресовими психічними розладами, можна віднести наступні: безпосередні стресорні фактори, особистісні проблеми, негативні стосунки з однослужбовцями, складне матеріально-фінансове становище, позастатутні взаємовідносини, навчально-професійні труднощі, сімейні негаразди, вираженість психопатологічної симптоматики, насамперед тривоги, внутрішньої напруги, розладів сну, больового синдрому.

Важливо зазначити, що суттєве погіршення стану при ПТСР спостерігалось протягом першого місяця після виходу із зони АТО або при поверненні додому у 42 (75%) обстежених. До загострення психопатологічної симптоматики призводили проблеми з дружинами – у 12 (21,4%), проблеми зі здоров'ям близьких, особливо батьків, – у 6 (10,7%) та труднощі при працевлаштуван-

ні – у 4 (7,1%) осіб. Водночас пацієнти з РА не вказували на посилення симптоматики в аналогічних ситуаціях.

Встановлено деякі симптоми, які спостерігались у бійців в цей час та впливали на рівень гетероагресивної поведінки: підозріливість (93; 75,0%), відчуття тривоги і страху (70; 56,5%), напруженість і конфліктність (59; 47,6%), демонстративність поведінки (58; 46,8%). Встановлено, що після повернення із зони АТО чоловіки, які проживали разом з родиною чи батьками, частіше проявляли гетероагресивну поведінку, яка була спрямована саме на них (35,7%). З них двоє намагались задушити дружин під час жахливих сновидінь, ще двоє нанесли побої середньої тяжкості близьким через незначні розбіжності у політичних поглядах, один ненавмисно скоїв струс мозку, «захищаючи» племінницю.

Значну вербальну агресію відмітили більше половини пацієнтів з ПТСР (34; 60,7%) та третина бійців з РА (22; 32,4%). Також у 6 обстежених у мирних умовах спостерігали прояви агресії на тлі гнівливості, які були спровоковані підозрілими поглядами, веселістю компаній, розбіжностями в політичних поглядах. Ці фактори зазначили понад 80 (65,3%) бійців, але їх реакції не досягали експлозивного рівня.

У дослідженій категорії пацієнтів також виникали й суїцидальні тенденції. Їх наявність зафіксовано у осіб, в клі-

нічній картині яких превалювала депресивна і тривожно-депресивна симптоматика – у 11 (19,6%) пацієнтів із ПТСР та у 14 (20,6%) бійців з РА. Один пацієнт з діагнозом F43.22 намагався скоїти суїцид (спроба повіситись на ремені).

Особи, які виявилися схильними до суїцидальної поведінки, були, в основному, старші за 30 років (16; 64,0%) та переважно одинокі (15; 60,0%). Їм були притаманні низька комунікабельність, замкнутість (17; 68,0%), тривожність, відчуття провини та недовірливості (11; 44,0%), драматизація та негативна оцінка подій (8; 32,0%), неадекватна самооцінка (4; 16,0%). Відчуття сильної провини перед вбитими спостерігалось у 5 (8,9%) та ідеї самозвинувачення щодо поранень бойових товаришів – у 6 (10,7%) бійців з ПТСР. Проте у пацієнтів з РА думки провини та тривога стосувались лише родичів і спостерігались у 11 (16,2%) осіб.

Слід вказати на деякі особливості мислення пацієнтів, що мали суїцидальні тенденції: підвищена чутливість щодо критики на свою адресу, труднощі у прийнятті рішень, зниження рівня інтересів, іпохондричні думки. Такі особливості переважали в групі пацієнтів з РА (64,7%). У них також виявились високі показники вегето-вісцеральної симптоматики (64,3%) та соматичних скарг (57,1%).

Пасивні суїцидальні думки, які проявлялись у бажанні заснути та не прокинутись, виявлено у 7 (12,5%) бійців з ПТСР та у 8 (11,8%) – з РА. Активні суїцидальні думки (роздуми щодо конкретного засобу закінчення свого життя – вбивство зброєю, ініціювання загибелі на полі бою, повішання, нанесення ножових уразень) виявлено у 3 (5,4%) чоловіків з ПТСР та у 7 (10,3%) бійців з РА. У одного бійця з ПТСР та у 5 (5,9%) пацієнтів з РА було зафіксовано нанесення самоушкоджень з метою уникнення участі в бойових діях (вогнепальне поранення, ножові уразення та опіки).

Треба зазначити, що не зважаючи на тяжкі психологічні обставини, 17 (30,4%) бійців з ПТСР та один (1,5%) з РА мали наміри повернутися до своєї бойової частини якомога швидше.

Окремий фрагмент дослідження присвячено аналізу даних офіційної статистики за кримінальними провадженнями щодо завершених суїцидів серед учасників АТО за період 01.05.2015 – 20.10.2016 рр. (82 випадки). Усі суїциденти були особами чоловічої статі віком 33,2±8,4 року, переважно із середньою або середньою спеціальною освітою. 27 військовослужбовців перебували у шлюбі, 39 у шлюбі не перебували, 6 були розлучені або не проживали з родиною, 26 мали дітей; 50 осіб були віруючими та троє – атеїстами. Тривалість участі в бойових діях у 61 військового склала від 3 до 6 місяців та більше (табл.).

За механізмом скоєння суїциду в обох групах превалювало вогнепальне поранення. Високу летальність цього методу визначає низка факторів: доступність вогнепальної зброї серед військовослужбовців, смертоносність та неможливість переривання всередині спроби.

Майже половина завершених суїцидів були скоєні у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння. Зловживання алкоголем може призводити до суїцидальних дій через розгальмування, імпульсивність і порушення суджень, але алкоголь також може бути використаний як засіб, що полегшує переживання, пов'язані з вчиненням акту самогубства.

Таблиця. Загальна характеристика суїцидентів – учасників АТО

Показники (n = 82)		Абс.	%
Вік (років)	18–30	35	42,7
	31–40	35	42,7
	41–50	8	9,8
	Понад 50	4	4,8
Освіта	Початкова	2	2,4
	Неповна середня	3	3,7
	Повна середня	27	32,9
	Середня спеціальна	35	42,7
	Неповна вища	2	2,4
	Вища	7	8,5
Сімейний стан	Інформація відсутня	6	7,4
	У шлюбі не перебував	39	47,6
	У шлюбі	27	32,9
	Розлучений	6	7,3
	Вдівець	2	2,4
Кількість дітей	Інформація відсутня	8	9,8
	Дітей немає	42	51,2
	Одна дитина	11	13,4
	Двоє дітей	14	17,1
	Більше двох дітей	1	1,2
	Інформація відсутня	14	17,1
Тривалість участі в бойових діях (місяців)	0–1	4	4,9
	1–3	6	7,3
	3–6	28	34,1
	Понад 6	33	40,2
	Інформація відсутня	11	13,5
Перебував у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння	Так	37	45,7
	Ні	31	38,3
	Інформація відсутня	13	16,0
Наявність попередніх спроб самогубства	Так	6	7,3
	Ні	53	64,6
	Інформація відсутня	23	28,1
Механізм скоєння суїциду	Повішання	24	29,3
	Вогнепальне	50	61,0
	Інше	7	8,5
	Інформація відсутня	1	1,2

З різною частотою серед проявів у поведінці бійців, яка передувала суїцидальній спробі, повідомлялось про низьку комунікабельність, схильність драматизувати, скритність, підвищену чутливість, тривожність, замкненість, недовірливість, дратівливість, часте бажання усамітнитись, агресивність. Ці прояви, одночасно із бажанням повернутися до участі у бойових діях, можуть свідчити про наявність ПТСР або іншого психічного розладу, пов'язаного зі стресом, а також про порушення соціальної адаптації військовослужбовців.

Висновки

Учасники бойових дій мають доволі високі показники гетеро- та аутоагресивної поведінки як у зоні АТО, так і в мирних умовах, після демобілізації. Це підтверджується даними офіційної статистики Генеральної прокуратури України: за період проведення АТО з квітня 2014 по червень 2016 року військовослужбовцями було скоєно 259 самогубств, а також зафіксовано 148 випадків смерті внаслідок нещасного випадку, 121 навмисне вбивство, 111 порушень правил поведінки зі зброєю та бойовими припасами, 40 порушень заходів безпеки та 112 дорожньо-транспортних пригод [8]. Ці показники вказують на необхідність подальшого детальнішого дослідження вказаної проблеми, розробки та невідкладного впровадження діагностичних та лікувально-реабілітаційних програм для учасників АТО. За даними досліджень, проведених в країнах, де наявний досвід подібних тривалих бойових дій і їх наслідків, показники гетеро- та аутоагресивної поведінки значно нижчі завдяки впровадженню заходів ранньої інтервенції та створенню спеціалізованих психіатричних служб для комбатантів [9, 10].

Визначені особливості гетеро- та аутоагресивної поведінки слід враховувати при розробці диференційованих схем лікування посттравматичних психічних розладів у учасників бойових дій. Оцінка суїцидального ризику має бути включена до обов'язкових процедур медичного обстеження військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій та мають досвід психічної травми.

Список використаної літератури

1. DSM-5 and posttraumatic stress disorder / Andrew P. Levin, Stuart B. Kleinman, John S. Adler // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2014. – Vol. 42, № 2 – P.146–158.

2. Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, 2013, available at: <https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>
3. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013, Речовий документ: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf
4. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress, 2010, Речовий документ: <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf>
5. Panagioti M. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression / M. Panagioti, P. A. Gooding, N. Tarrier // Comprehensive Psychiatry. – 2012. – Vol. 53 – P. 915–930.
6. Krynsinska K. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review / K. Krynsinska, D. Lester // Arch. Suicide Res. – 2010. – Vol. 14. – P. 1–23.
7. Panagioti M. Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: a narrative review / M. Panagioti, P. Gooding, N. Tarrier // Clin. Psychol. Rev. – 2009. – Vol. 29. – P. 471–482.
8. Сталі извєстны небоевыє потери ВСУ за время АТО. Документ [Електронний ресурс] // Обозреватель. – 2016. – Речовий документ до ресурсу: <http://obozrevatel.com/crime/21879-ponozhovschina-i-suitsid-stali-izvestnyi-neboevyye-poteri-vsu-vo-vremya-ato--dokument.htm>.
9. Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis / Craig J. Bryan, James E. Griffith, Tracy A. [et al.] // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 2015. – Vol. 45. – P. 633–649.
10. Anger Intensification With Combat-Related PTSD and Depression Comorbidity / Oscar I. Gonzalez, Raymond W. Novaco, Mark A. Reger, Gregory A. Gahm // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy. – 2016. – Vol. 8, № 1. – P. 9–16.

References

1. Levin, A. P., Kleinman, S. B. & Adler, J. S. (2014). DSM-5 and posttraumatic stress disorder. J. Am. Acad. Psychiatry Law. Vol. 42 (2). pp. 146–158.
2. Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. (2013). Retrieved from: <https://phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>
3. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO, 2013. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf
4. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. (2010). Retrieved from: <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf>
5. Panagioti, M., Gooding, P. A. & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. Comprehensive Psychiatry. Vol. 53. pp. 915–930.
6. Krynsinska, K. & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. Arch Suicide Res. Vol. 14. pp. 1–23.
7. Panagioti, M., Gooding, P. & Tarrier, N. (2009). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: a narrative review. Clin. Psychol. Rev. Vol. 29. pp. 471–482.
8. Сталі извєстны небоевыє потери ВСУ за время АТО. Документ [Became known non-combat losses of military forces of Ukraine during the anti-terrorist operation. Document]. (2016, June 14). Obozrevatel' [Reviewer]. Retrieved from: <http://obozrevatel.com/crime/21879-ponozhovschina-i-suitsid-stali-izvestnyi-neboevyye-poteri-vsu-vo-vremya-ato--dokument.htm>
9. Bryan, C. J., Griffith, J. E., Pace, B. T., Hinkson, K., Bryan, A. O., Clemans, T. A. & Imel, Z. E. (2015). Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis. Suicide Life Threat Behav. Vol. 45. pp. 633–649. doi:10.1111/sltb.12163
10. Gonzalez, O. I., Novaco, R. W., Reger, M. A. & Gahm, G. A. (2016). Anger Intensification With Combat-Related PTSD and Depression Comorbidity. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Vol. 8 (1). pp. 9–16.

АУТО- И ГЕТЕРОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ АТО И.Я. Пинчук, В.Я. Пишель, М.Ю. Польшваная, К.В. Гузенко, А.К. Ладык-Брызгалова

Актуальность. В течение последних двух лет отмечается увеличение количества участников АТО, имеющих посттравматические психические расстройства и нуждающихся в лечебно-реабилитационной помощи. Также в последнее время всё больше внимания уделяется специфическим симптомам ПТСР и сопутствующим расстройствам, в частности гетеро- и аутоагрессивному поведению. Аутоагрессивное и импульсивное поведение признаны ассоциированными расстройствами, которые могут существенно повлиять на клиническое течение ПТСР. Дальнейшее изучение особенностей ауто- и гетероагрессивного поведения у участников боевых действий и их взаимосвязи с посттравматическими психическими расстройствами является весьма актуальным и важным для оказания своевременной и эффективной медико-социальной помощи данной категории лиц.

Цель – установить особенности ауто- и гетероагрессивного поведения в структуре посттравматических психических расстройств и провести анализ завершённых суицидов у участников АТО.

Материалы и методы. Основу работы составляют результаты обследования 249 бойцов, находившихся на стационарном лечении в Украинском государственном медико-социальном центре ветеранов войны. Методы исследования: информационно-аналитический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический и статистический.

Результаты. Установлено, что наиболее распространенными оказались расстройства, соответствующие диагностической рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Изучены клинико-социальные и клинико-психопатологические характеристики ПТСР и РА, а также особенности гетеро- и аутоагрессивного поведения в структуре этих расстройств. По результатам анализа завершённых суицидов (82 случая) среди участников АТО установлена их социodemографическая характеристика, обобщены данные о проявлениях, предшествовавших суицидальной попытке.

Выводы. Выявленные особенности гетеро- и аутоагрессивного поведения необходимо учитывать при разработке дифференцированных схем лечения посттравматических психических расстройств у участников боевых действий. Оценка суицидального риска должна быть включена в обязательные процедуры медицинского обследования военнослужащих, которые перенесли психическую травму.

Ключевые слова: посттравматические психические расстройства, суицидальное поведение, гетероагрессивное поведение, участники АТО.

AUTO- AND GETEROAGGRESSIVE BEHAVIOR IN THE STRUCTURE OF POST-TRAUMATIC MENTAL DISORDERS AT PARTICIPANTS IN THE ATO

I.Ya. Pinchuk, V.Ya. Pishel, M.Yu. Polyviana, K.V. Guzenko, A.K. Ladyk-Bryzgalova

Background. Quantity of participants of the anti-terrorist operation (ATO) with post-traumatic mental disorders, who need in medical-rehabilitation help, is grown in the last two years. Also in the last time attention spared more to the specific symptoms of PTSD and concomitant disorders, such as getero- and autoaggressive behavior. Autoaggressive and impulsive behavior is acknowledged as associated disorders, which can substantially influence on clinical course of PTSD. Future research of features of auto- and geteroaggressive behavior at participants of the ATO and their intercommunication with post-traumatic mental disorders are very actual and important for timely and effective medico-social help to this category of persons.

Objective. To determine features of auto- and geteroaggressive behavior in the structure of post-traumatic mental disorders; to analyze of completed suicides among the participants of the ATO.

Methods and material. We examined 249 combatants, who were hospitalized in the Ukrainian state medico-social center of war veterans. The main methods of investigation were information-analytical, clinical-anamnestic, clinical-psychopathologic and statistical.

Results. The most prevalence disorders corresponded to the diagnostic code F43 "Reaction to a severe stress, and adjustment disorders". Clinical-social and clinical-psychopathologic characteristics of PTSD and adjustment disorders are studied, as also features of getero- and autoaggressive behavior in the structure of these disorders. Analysis of completed suicide (82 cases) among the participants of the ATO determined their socio-demographic characteristics. Data about features, which preceded a suicidal attempt, were generalized.

Conclusions. Certain features of getero- and autoaggressive behavior need to take into account during development of the differentiated charts of treatment of post-traumatic mental disorders at participants of war actions. The estimation of suicidal risk must be included to obligatory procedures of medical examination of combatants, who had psychical trauma.

Key words: post-traumatic mental disorders, suicidal behavior, geteroaggressive behavior, participants of the anti-terrorist operation.

Стаття надійшла до редакції 10.08.2016 р.

ПИНЧУК Ірина Яківна, д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ; e-mail: undisspn@ukr.net

ПІШЕЛЬ Віталій Ярославович, д.мед.н., проф., завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: v_pishel@yahoo.com

ПОЛІВ'ЯНА Марина Юріївна, к.психол.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: m_polyvyana@yahoo.com

ГУЗЕНКО Катерина Валеріївна, – к.мед.н., старший науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: k_guzenko@yahoo.com

ЛАДИК-БРИЗГАЛОВА Аліса Костянтинівна, аспірант УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: ant.87193@gmail.com

ПИНЧУК Ирина Яковлевна, д.мед.н., с.н.с., директор Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины (УНДІ ССПН МЗ України), г. Киев; e-mail: undisspn@ukr.net

ПИШЕЛЬ Виталий Ярославович, д.мед.н., проф., заведующий отделом медико-социальных проблем терапии психических расстройств УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: v_pishel@yahoo.com

ПОЛЫВИАНА Марина Юрьевна, к.психол.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела медико-социальных проблем терапии психических расстройств УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: m_polyvyana@yahoo.com

ГУЗЕНКО Екатерина Валериевна, к.мед.н., старший научный сотрудник отдела медико-социальных проблем терапии психических расстройств УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: k_guzenko@yahoo.com

ЛАДЫК-БРЫЗГАЛОВА Алиса Константиновна, аспирант УНДІ ССПН МЗ України, г. Киев; e-mail: ant.87193@gmail.com

PINCHUK Iryna Yakivna, MD, PhD, Director of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv; e-mail: undisspn@ukr.net

PISHEL Vitalii Yaroslavovych, MD, PhD, Prof., Head of department of medico-social problems of therapy of mental disease of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: v_pishel@yahoo.com

POLYVIANA Maryna Yuriivna, PsyD, PhD, Leading research officer of department of medico-social problems of therapy of mental disease of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: m_polyvyana@yahoo.com

GUZENKO Kateryna Valeriivna, MD, PhD, Senior research officer of department of medico-social problems of therapy of mental disease of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: k_guzenko@yahoo.com

LADYK-BRYZGALOVA Alisa Kostiantynivna, MD, PhD-student of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: ant.87193@gmail.com

T. Yu. Ilnytska

SOCIAL ADAPTATION IMPAIRMENT AFTER THE POSTTRAUMATIC STRESS: ADHD ROLE IN PREMORBIDE

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry
and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv
ilnitska@id-zu.com

Background. Military operations in the East of Ukraine have psychologically traumatized many people in the conflict zone.

Objective. Study the influence of premorbid RDVG in reducing the level of social adaptation of patients with psychic trauma.

Materials and methods. The study involved 236 persons displaced from the conflict zone and 42 war veterans who took part in the combat activity and sought medical help, diagnosed as having PTSD. The clinical assessment included surveying using PTSD Checklist civilian (PCL-C), Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS), Clinical Global Impression (CGI), Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale, Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS), Clinical-administered PTSD Scale (CAPS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results. Impaired attention, impulsivity, behavioral and sleep disorders along with the symptoms of PTSD were observed in the spectrum of clinical phenotype of 136 (49 %) patients. In 34 patients (12 %) ADHD was diagnosed in a personal or family history. The patients with PTSD + ADHD had higher rates of psychiatric comorbidity than those with PTSD only (including higher lifetime rates of major depressive disorder, oppositional defiant disorder, social phobia, agoraphobia, and generalized anxiety disorder) and worse quality of social adaptation ratings for all domains.

Conclusions. The findings suggest that ADHD symptoms should not be considered sequelae of PTSD. Therefore personal and family history of ADHD in war veterans and individuals displaced from the combat zone is a predictor of more severe social maladjustment a few years after the development of PTSD.

Key words:

posttraumatic stress disorder, attention deficit disorder and hyperactivity, social disadaptation.

Background. Attention-deficit / hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by clinically significant functional impairment due to symptoms of inattention and / or hyperactivity and impulsivity. The comorbidity of PTSD and ADHD in adults leads to greater clinical severity in terms of psychiatric comorbidity and psychosocial functioning [1].

Military operations in the East of Ukraine have psychologically traumatized many people in the conflict zone. In a large number of war veterans and displaced persons symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) are observed.

Objective: study the influence of premorbid RDVG in reducing the level of social adaptation of patients with psychic trauma.

Materials and methods

The study involved 236 persons displaced from the conflict zone and 42 war veterans who took part in the combat activity and sought medical help, diagnosed as having PTSD. Demographic characteristics of subjects included in the study are shown in Table 1.

According to the diagnostic criteria of DSM-IV, after experiencing a traumatic event (criterion A) an individual must have at least more than one re-experience of symptoms (criterion B), three avoidance/numbness symptoms (criterion C), and two hyperarousal symptoms (criterion D). Furthermore, these symptoms must continue for more than one month (criterion E) and must arouse severe impairment and / or distress (criterion E). The clinical assessment included surveying using PTSD Checklist civilian (PCL-C), Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS), Clinician Global Impression (CGI), Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale, Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS), Clinical-administered PTSD Scale (CAPS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results

Impaired attention, impulsivity, behavioral and sleep disorders along with the symptoms of PTSD were observed in the spectrum of clinical phenotype of 136 (49 %) patients. In 34 patients (12 %) ADHD was diagnosed in a personal or family history. The patients with PTSD + ADHD had higher

Table 1. Demographic characteristics of subjects included in the study

Variables	N
Number of patients randomized:	278
displaced person	236
veterans	42
Age (years, mean $\pm$ SD)	23.8 $\pm$ 1.2
Gender:	
female	94
male	184
Education:	
university graduate	53
college graduate	208
school graduate	17
Marital status:	
married	104
divorced	45
single	126
widow/widower	3
Psychiatric history:	
yes	9
no	269

Table 2. Types symptoms of PTSD in subjects included in the study (DSM IV)

Acute symptoms (N)	Chronic symptoms (N)
81	197

Table 3. Clinical polymorphism of symptoms associated with trauma by CAPS

Symptoms	PTSD (%; $\pm$ m)	PTSD and ADHD (%; $\pm$ m)
Re-experience of traumatic events	83 $\pm$ 2,25	80 $\pm$ 2,40
Avoidance of the memories associated with the trauma	68 $\pm$ 2,80	41 $\pm$ 2,95
Negative alterations in cognitions and mood	73 $\pm$ 2,66	54 $\pm$ 2,99
Disturbance lasted at least a month	68 $\pm$ 2,80	41 $\pm$ 2,95
Alterations in arousal and reactivity	22 $\pm$ 2,48	23 $\pm$ 2,52
Disturbance causing impairment	69 $\pm$ 2,72	54 $\pm$ 2,99
Anxiety	73 $\pm$ 2,66	41 $\pm$ 2,95
Hypervigilance	69 $\pm$ 2,72	45 $\pm$ 2,98
Hyperactivity / impulsivity	22 $\pm$ 2,48	63 $\pm$ 2,90
Impaired concentration	38 $\pm$ 2,91	87 $\pm$ 2,02
Psychosomatic symptoms	54 $\pm$ 2,99	13 $\pm$ 2,02
Sleeping problems	47 $\pm$ 2, 99	18 $\pm$ 2,30
Social withdrawal	36 $\pm$ 2,88	73 $\pm$ 2,66

rates of psychiatric comorbidity than those with PTSD only (including higher lifetime rates of major depressive disorder, oppositional defiant disorder, social phobia, agoraphobia, and generalized anxiety disorder) and worse quality of social adaptation ratings for all domains.

As is known PTSD can be either acute or chronic. In those with acute PTSD, symptoms last for at least 1 month but less than 3 months after the traumatic event. In chronic PTSD, symptoms last for more than 3 months after exposure to trauma [2]. In our study acute symptoms of PTSD were observed in 81 persons included in the study (DSM IV). Chronic symptoms were observed in 197 persons (Table 2).

PTSD consists of three main symptom clusters: *re-experiencing, avoidance and increased arousal* [3, 4].

Re-experiencing traumatic events observed in 83 % ($\pm$ 2,25) persons with PTSD

and 80 % ($\pm$ 2,40) with PTSD and ADHD. Avoidance of the memories associated with the trauma observed in 68 % ($\pm$ 2,80) persons with PTSD and 41 % ($\pm$ 2,95) with PTSD and ADHD. Also 73 % ($\pm$ 2,66) of persons with PTSD and 54 % ($\pm$ 2,99) of persons with PTSD and ADHD have negative alterations in cognitions and mood, in 68 % ($\pm$ 2,80) and 41% ($\pm$ 2,95) disturbance lasted at least a month; 22 % ($\pm$ 2,48) and 23 % ($\pm$ 2,52) have alterations in arousal and reactivity, 69 % ($\pm$ 2,72) and 54 % ($\pm$ 2,99) have disturbance causing impairment, respectively.

Clinical polymorphism of symptoms associated with trauma are shown in Table 3.

Hyperactivity / impulsivity observed in 60 % ($\pm$ 7,56) veterans with ADHD in anamnesis and 20 % ($\pm$ 6,17) veterans without ADHD in anamnesis. 4 % ($\pm$ 7,59) veterans with ADHD in anamnesis and 62 % ($\pm$ 7,49) veterans without ADHD in anamnesis have symptoms of anxiety; 32 % ($\pm$ 7,20) and 42 % ($\pm$ 7,62) have symptoms of depression, 80 % ($\pm$ 6,17) and 30 % ($\pm$ 7,0) difficulty concentrating, respectively.

ADHD symptoms were more pronounced in veterans with this disorder in anamnesis. In veterans without ADHD in anamnesis symptoms of PTSD prevailed (Table 4).

Conclusions. Thus, the clinical polymorphism symptoms of ADHD is associated with the presence of mental disorders to trauma, which leads to the need to consider the personal characteristics of the individual and the history of ADHD. The findings suggest that ADHD symptoms should not be

Table 4. Symptoms of ADHD by Self-Report Scale and CAPS

Symptoms	Veterans with ADHD in anamnesis (%; $\bar{x} \pm m$)	Veterans without ADHD in anamnesis (%; $\bar{x} \pm m$)
Hyperactivity/impulsivity	60 $\pm$ 7,56	20 $\pm$ 6,17
Symptoms of anxiety	41 $\pm$ 7,59	62 $\pm$ 7,49
Symptoms of depression	32 $\pm$ 7,20	42 $\pm$ 7,62
Difficulty concentrating	80 $\pm$ 6,17	30 $\pm$ 7,07
Feeling anxious	16 $\pm$ 5,66	18 $\pm$ 5,93
Inattention	98 $\pm$ 2,16	60 $\pm$ 7,56
Sleep disturbance (nightmares)	12 $\pm$ 5,01	42 $\pm$ 7,62
Re-experienced of traumatic events, avoidance	20 $\pm$ 6,17	36 $\pm$ 7,41

considered sequelae of PTSD. Therefore personal and family history of ADHD in war veterans and individuals displaced from the combat zone is a predictor of more severe social maladjustment a few years after the development of PTSD.

References

1. Antshel, K. M., Kaul, P., Biederman, J., Spencer, T. J., Hier, B. O., Hendricks K., & Faraone, S.V. (2013). Posttraumatic stress disorder in adult attention-deficit / hyperactivity disorder: clinical features and familial transmission». *J Clin Psychiatry*, vol. 74, no. 3, pp. e197-204. doi: 10.4088/JCP.12m07698
2. Alexander, W. (Jan 2012). Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder In *Combat Veterans. Pharmacy and Therapeutics*, Vol. 37, no. 1, pp. 32-38.
3. The Management of Post-Traumatic Stress Working Group. (Oct 2010). VA/DoD Clinical Practice Guideline: Management of Post-traumatic Stress. Washington, D.C. Retrieved from: www.healthquality.va.gov/PTSD-FULL-2010c.pdf. (Accessed 15.05.2016).

4. Jeffereys, M. (2011). Clinician's guide to medications for PTSD. Retrieved from: www.ptsd.va.gov/professional/pages/clinicians-guide-to-medications-for-ptsd.asp (Accessed 18.05.2016).

Список використаної літератури

1. Posttraumatic stress disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical features and familial transmission / K. M. Antshel, P. Kaul, J. Biederman [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2013. – № 74 (3). – P. 197–204. doi: 10.4088/JCP.12m07698.
2. Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder In *Combat Veterans* / A. Walter // *P&T*. – 2012. – Vol. 37, № 1. – P. 32–38.
3. The Management of Post-Traumatic Stress Working Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline : Management of Post-traumatic Stress. – Washington, D.C.: Department of Veterans Affairs and Department of Defense; Oct, 2010. Режим доступу: www.healthquality.va.gov/PTSD-FULL-2010c.pdf. (Дата звернення 15.05.2016).
4. Jeffereys M. Clinician's guide to medications for PTSD / M. Jeffereys – 2011. Режим доступу: www.ptsd.va.gov/professional/pages/clinicians-guide-to-medications-for-ptsd.asp (дата звернення 18.05.2016).

ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ПРИ ПСИХІЧНІЙ ТРАВМІ: РОЛЬ РОЗЛАДУ З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ПРЕМОРБІДІ

Т. Ю. Ільницька

Актуальність. Військові дії на Сході України стали причиною психологічної травматизації багатьох людей, що перебувають в зоні конфлікту.

Мета. Вивчити вплив симптомів розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) в преморбіді на зниження рівня соціальної адаптації в осіб з психічною травмою.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 236 осіб, переміщених із зони конфлікту, і 42 ветерани, які брали участь в бойових діях і звернулися за медичною допомогою. Клінічну оцінку проводили за допомогою цивільної версії шкали оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (PCL-C), Рейтингової шкали Коннерса для оцінки симптомів РДУГ у дорослих (CAARS), шкали загального клінічного враження (CGI), шкали для оцінки симптомів імпульсивності і гіперактивності у дорослих (WRAADDS), шкали самооцінки соціальної адаптації (SASS), шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS) і госпітальної шкали тривог і депресії (HADS).

Результати. Порухення уваги, імпульсивність, поведінкові розлади та порушення сну, поряд з симптомами ПТСР, спостерігалися в спектрі клінічного фенотипу 136 (49 %) пацієнтів. У 34 осіб (12 %) в особистому або сімейному анамнезі простежувався діагноз РДУГ. Пацієнти, у яких було діагновано і ПТСР, і РДУГ, мали вищий рівень супутніх психічних розладів, ніж особи, у яких було діагновано лише ПТСР (включаючи більшу тривалість великого депресивного розладу, опозиційний розлад, соціальну фобію, агорафобію і генералізований тривожний розлад). Крім цього, у пацієнтів з РДУГ у преморбіді порушення соціальної адаптації були більш вираженими.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що симптоми РДУГ не слід розглядати як наслідки ПТСР. Наявність РДУГ в особистому і сімейному анамнезі у ветеранів війни та осіб, тимчасово переміщених із зони бойових дій, є предиктором більш тяжких порушень соціальної адаптації через кілька років після розвитку ПТСР.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, синдром з дефіцитом уваги і гіперактивністю, соціальна дезадаптація.

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ: РОЛЬ РАССТРОЙСТВА С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В ПРЕМОРБИДЕ

Т. Ю. Ильницкая

Актуальность. Военные действия на Востоке Украины стали причиной психологической травматизации многих людей, находящихся в зоне конфликта.

Цель. Изучить влияние симптомов расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) в преморбиде на снижение уровня социальной адаптации у лиц с психической травмой.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 236 лиц, перемещенных из зоны конфликта, и 42 ветерана, принимавших участие в боевых действиях и обратившихся за медицинской помощью. Клиническую оценку проводили с помощью гражданской версии шкалы оценки симптомов посттравматического стрессового расстройства (PCL-C), Рейтинговой шкалы Коннерса для оценки симптомов РДВГ у взрослых (CAARS), шкалы общего клинического впечатления (CGI), шкалы для оценки симптомов импульсивности и гиперактивности у взрослых (WRAADDS), шкалы самооценки социальной адаптации (SASS), шкалы для клинической диагностики ПТСР (CAPS) и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. Нарушение внимания, импульсивность, поведенческие расстройства и нарушения сна, наряду с симптомами ПТСР, наблюдались в спектре клинического фенотипа 136 (49 %) пациентов. У 34 пациентов (12 %) в личном или семейном анамнезе прослеживался диагноз РДВГ. Пациенты, у которых было диагностировано и ПТСР, и РДВГ, имели более высокий уровень сопутствующих психических расстройств, чем те, у которых было диагностировано лишь ПТСР (включая большую длительность большого депрессивного расстройства, оппозиционно-вызывающее расстройство, социальную фобию, агорафобию и генерализованное тревожное расстройство). Кроме того, нарушения социальной адаптации у пациентов с РДВГ в преморбиде были более выраженными.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что симптомы РДВГ не следует рассматривать как последствия ПТСР. Наличие РДВГ в личном и семейном анамнезе у ветеранов войны и лиц, временно перемещенных из зоны боевых действий, является предиктором более тяжелых нарушений социальной адаптации через несколько лет после развития ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности, социальная дезадаптация.

Стаття надійшла до редакції 11.08.2016 р.

ІЛЬНИЦЬКА Тетяна Юрійвна, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ; e-mail: ilnitska@id-zu.com

ИЛЬНИЦКАЯ Татьяна Юрьевна, аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев; e-mail: ilnitska@id-zu.com

ILNYTSKA Tetiana Yuriivna, graduate student of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: ilnitska@id-zu.com

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89-036.22:314.44(477)"2016"

І. Я. Пінчук¹, О. О. Петриченко², О. В. Колодежний¹, І. Ф. Здорик¹, О. О. Древіцька¹
СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНІСТЬ РЕАКЦІЙ НА ВАЖКИЙ СТРЕС ТА
ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНІ У ПЕРШОМУ ПІВРІЧЧІ 2016 РОКУ

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. Сьогодні населення України масово перебуває під впливом потенційно травматичних ситуацій. У зв'язку з цим показники захворюваності та поширеності нозологій з рубрики F 43 «реакція на важкий стрес і порушення адаптації» (РВСПА) потребують моніторингу та оцінки їх динаміки.

Мета – оцінити структуру захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес та порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року.

Матеріал і методи. З використанням аналітичного та статистичного методів проаналізовано структуру та поширеність РВСПА у населення України за перше півріччя 2016 року, за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України.

Результати. Захворюваність на РВСПА (F 43) у першому півріччі 2016 р. становила 3,2 на 100 тис населення (1 367 осіб). Уперше в житті діагноз гострої реакції на стрес (ГРС; F 43.0) був встановлений 239 особам, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР; F 43.1) – 361 особі, короткочасна депресивна реакція (КДР; F 43.2) – 760 особам. Відповідні діагнози були вперше встановлені військовослужбовцям – учасникам АТО: F 43.0 – 25 особам; F 43.1 – 208 особам; F 43.2 – 85 особам. Поширеність F 43 за звітний період склала 27,6 на 100 тис. населення (11 793 особи). За нозологіями розподіл діагнозів був наступним (на 100 тис. населення): F 43.0 – 5,0; F 43.1 – 5,8; F 43.2 – 15,6. Поширеність РВСПА серед військовослужбовців – учасників АТО склала: F 43.0 – 77 осіб; F 43.1 – 686 осіб; F 43.2 – 299 осіб.

За перше півріччя 2016 року у психіатричних стаціонарах був пролікований 1 851 учасник АТО. Середній термін перебування одного пацієнта в лікарні – 34 доби, загалом 64 218 ліжко-днів.

Висновки. За звітний період в Україні близько 12 тисяч осіб мали офіційно зареєстровані діагнози з рубрики РВСПА (F 43). Аналіз статистичних даних показав зростання захворюваності на F 43; з них частка учасників АТО склала 20,8 %. Серед учасників АТО особливо часто зустрічалися ПТСР (F 43.1) – 57,6 %, та КДР (F 43.2) – 29,8 %.

Ключові слова:

реакція на важкий стрес, порушення адаптації, психічні розлади, захворюваність, поширеність, медична статистика.

Актуальність. Сьогодні населення України масово перебуває під впливом потенційно травматичних ситуацій. У результаті трагічних подій у Криму та на Сході України надзвичайно багато 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 [1].

Найінтенсивнішою та найбільш руйнівною вважають реакцію людини на загрозу, джерелом якої є інша людина. Яскравим прикладом цього є посттравматичні стресові розлади, що розвиваються в осіб, які перебувають у зоні бойових дій [2–6]. Асиметричний, неконвенціональний

характер ведення сучасних бойових дій і відсутність в Україні засад тактичної медицини посилюють ризики виникнення важких стресових реакцій у людей, порушують їх адаптацію [1–2]. Українські військовослужбовці, що перебувають у зоні АТО, несуть на собі особливий тягар тривалого надзвичайного психоемоційного навантаження, що підвищує ризик розвитку психічних порушень та призводить до втрати боєздатності.

Стресогенна тривала ситуація в державі негативно позначається на психічному здоров'ї та якості життя всього населення України, що потребує своєчасного реагування з боку відповідних служб [1]. Особливо актуальним стає питання впровадження заходів, що сприятимуть створенню цілісної системи охорони психічного здоров'я. Така система передбачає комплексні дії на всіх

рівнях: на рівні суспільства, спільноти, сім'ї та індивіда, – й має бути адаптована до вимог історичного, політико-економічного і соціально-культурного контексту [2–6]. Створення такої системи вимагає попереднього аналізу наслідків воєнного конфлікту, зокрема поширеності та структури порушень, пов'язаних із психічною травмою.

Мета – оцінити структуру захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес та порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано структуру та поширеність реакції на важкий стрес та розладів адаптації у населення України за перше півріччя 2016 року за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України. Методи дослідження – аналітичний, статистичний.

Результати та їх обговорення

На особливу увагу заслуговує аналіз захворюваності та поширеності психогенних розладів у рамках F 43: «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації» та за окремими нозологіями цієї рубрики.

Діагнози рубрики **F 43 «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації»** (далі – РВСПА) в Україні за I півріччя 2016 року було встановлено 1 367 особам (3,2 на 100 тисяч населення). У структурі захворюваності жінки займали 42,6 % (582 особи; 2,5 на 100 тисяч жіночого населення), сільські жителі – 30,9 % (422 особи; 3,2 на 100 тисяч сільського населення), кількість дорослого населення віком 18 років і старші – 92,2 % (1 260 осіб; 3,6 на 100 тисяч дорослого населення), особи, старші працездатного віку, – 8,3 % (113 осіб; 1,0 на 100 тисяч населення, старшого за працездатний вік).

Кількість військовослужбовців – учасників АТО (далі – учасники АТО) з вперше встановленим діагнозом РВСПА (F 43) у I півріччі 2016 року склали 285 осіб (20,8 % від усієї захворюваності на РВСПА). З 285 учасників АТО 1,1 % склали жінки (3 особи), 37,5 % – сільські жителі (107 осіб), 2,1 % – особи старші за працездатний вік (6 осіб).

За відповідними статистичними категоріями розподіл був наступний. Кількість жінок – учасників АТО склали 0,5 % від усієї кількості жінок з РВСПА (3 особи); сільських жителів – 25,4 % (107 осіб) від усього сільського населення з РВСПА; осіб, віком старших за працездатний, – 5,3 % серед усіх осіб, старших за працездатний вік (6 осіб).

Найбільша кількість учасників АТО з діагнозом РВСПА виявлена у Житомирській, Черкаській, Вінницькій областях – 51, 28, 24 відповідно. Відсутні зареєстровані особи із захворюваністю на даний розлад у Луганській, Полтавській, Сумській, Херсонській областях, м. Києві.

Захворюваність на F 43.0. Кількість осіб з гострою реакцією на стрес (далі – ГРС; F 43.0) склали 17,5 % від усієї кількості пацієнтів з РВСПА серед населення України у I півріччі 2016 (239 осіб; 0,6 на 100 тисяч населення). 48,5 % цього контингенту склали жінки (116 осіб; 0,5 на 100 тисяч жіночого населення); 44,4 % – сільські жителі (106 осіб; 0,8 на 100 тисяч сільського населення); 90,0 % – доросле населення (215 осіб; 0,6 на 100 тисяч дорослого населення); 10,9 % – особи, віком старше за працездатний (26 осіб; 0,2 на 100 тисяч населення, старшого за працездатне).

Серед усіх осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ГРС (F 43.0) учасники АТО складали 10,5 %, (25 осіб; 8,8 % від усіх учасників АТО з РВСПА (F 43)). Усі – дорослі особи віком 18 років і старші, 36,0 % з них – сільські жителі (9 осіб), 4,0 % – особи, старші за працездатний вік (1 особа).

У регіонах кількість учасників АТО з ГРС виявилася незначною, найвищі показники зареєстровано у Житомирській і Київській областях (по 4 особи).

Захворюваність на F 43.1. Серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом РВСПА (F 43) у I півріччі 2016 року кількість хворих на посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР; F 43.1) складала 26,4 % (361 особа; 0,8 на 100 тисяч населення). Серед цієї кількості жінки становили 20,8 % (75 осіб; 0,3 на 100 тисяч жіночого населення); сільські жителі – 35,7 % (129 осіб; 1,0 на 100 тисяч сільського населення); кількість осіб, старших за працездатний вік, – 6,1 % (22 особи; 0,2 на 100 тисяч населення, старшого за працездатний вік).

Учасники АТО з уперше в житті встановленим діагнозом ПТСР (F 43.1) становили 57,6 % (208 осіб) від кількості усього населення з уперше в житті встановленим діагнозом F 43.1 та 73,0 % від кількості учасників АТО з РВСПА. Серед 208 осіб 0,5 % склали жінки (1 особа), 36,5 % – сільські жителі (76 осіб), 1,9 % – учасники АТО, старші за працездатний вік (4 особи).

У регіонах найбільше осіб з цією нозологією зареєстровано у Житомирській, Київській, Волинській і Закарпатській областях – 30, 28 та по 17 осіб відповідно. Відсутні зареєстровані особи із захворюваністю на ПТСР у Луганській, Полтавській, Сумській областях та м. Києві.

Захворюваність на F 43.2. Кількість осіб з короткочасною депресивною реакцією (далі – КДР; F 43.2) у I півріччі 2016 року серед усього населення України складала 760 осіб (1,8 на 100 тисяч населення). З них 93,2 % склали дорослі особи віком 18 років і старші (708 осіб; 2,0 на 100 тисяч дорослого населення), 62,5 % – жінки (364 особи; 1,6 на 100 тисяч жіночого населення); 31,6 % – сільські жителі (184 особи; 1,4 на 100 тисяч сільського населення); 9,3 % – особи, старші за працездатний вік (71 особа; 0,6 на 100 тисяч населення, старшого за працездатний вік).

Учасники АТО з КДР (F 43.2) складали 11,2 % від усього населення з даною нозологією і 29,8 % від усієї кількості учасників АТО з РВСПА (F 43). Усі учасники АТО з КДР (F 43.2) – особи віком старше 18 років, 0,6 % – жінки (2 особи), 99,4 % – чоловіки (83 особи), 15,2 % – сільські жителі (28 осіб), 2,8 % – особи, старші за працездатний вік (2 особи).

У регіонах найбільше осіб з КДР зареєстровано у Житомирській, Київській, Черкаській областях – 17 та по 12 осіб відповідно. Відсутні зареєстровані особи із захворюваністю на даний розлад у 9 областях України.

Поширеність F 43 (РВСПА) на кінець I півріччя 2016 року серед усього населення складала 27,6 на 100 тисяч населення (11 793 особи). 53,7 % хворих на РВСПА – жінки (6 329 осіб; 27,6 на 100 тисяч жіночого населення); 24,3 % – сільські жителі (2 871 особа; 21,5 на 100 тисяч сільського населення), 93,2 % – дорослі віком 18 років і старші (10 993 особи; 31,3 на 100 тисяч дорослого населення); 16,2 % – особи, старші за працездатний вік (1 913 осіб; 17,3 на 100 тисяч населення, старшого за працездатний вік).

Кількість учасників АТО на кінець I півріччя 2016 року складала 9,4 % від усієї кількості осіб з РВСПА, або 1107 осіб (усі дорослі), з них кількість жінок – 0,27 % від усієї кількості учасників АТО з РВСПА (3 особи), кількість сільських жителів – 40,9 % (453 особи), кількість осіб, старших за працездатний вік, – 1,2 % (13 осіб).

Найбільше осіб з РВСПА зареєстровано у Житомирській, Львівській, Черкаській областях – 215, 166 та 88 осіб відповідно. Відсутні зареєстровані особи із захворюванням на даний розлад у м. Києві.

Поширеність F 43.0. Кількість осіб з ГРС (шифр F 43.0) на кінець I півріччя 2016 року серед усього населення становила 2 157 осіб (5,0 на 100 тисяч населення). За поширеністю на ГРС припадає 10,7 % від усієї кількості осіб з РВСПА. Серед 2 157 осіб кількість жінок складала 1 261 (58,5 %; 5,5 на 100 тисяч жіночого населення), сільських жителів – 643 особи (29,8%; 4,8 на 100 тисяч сільського населення); кількість дорослого населення – 2 054 особи (95,2 %; 5,8 на 100 тисяч дорослого населення).

Кількість учасників АТО з ГРС (F 43.0) на кінець I півріччя 2016 року – 77 осіб (3,6 % серед усього населення з аналогічним розладом і 7,0 % від кількості учасників АТО з РВСПА). З цієї кількості осіб: усі дорослі, усі чоловіки, 58,4 % з них – сільські жителі (45 осіб), 1,3 % – старші за працездатний вік (1 особа).

У регіонах найбільше осіб з ГРС зареєстровано у Житомирській, Миколаївській, Дніпропетровській областях – 18, 11 та 7 осіб відповідно. Відсутні зареєстровані особи із захворюванням на даний розлад у Донецькій, Луганській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Харківській, Чернігівській областях, м. Києві.

Поширеність F 43.1. Кількість осіб з ПТСР (шифр F 43.1) на кінець I півріччя 2016 року складала 2 480 осіб серед усього населення, з них 965 – жінки (38,9 %; 4,2 на 100 тисяч жіночого населення); 839 осіб – сільські жителі (33,8 %; 6,3 на 100 тисяч сільського населення); 2 397 осіб – дорослі віком 18 років і старші (96,7 %; 6,8 на 100 тисяч дорослого населення); 271 особа, старша за працездатний вік (10,9 %; 2,5 на 100 тисяч населення старшого за працездатний вік).

Кількість учасників АТО з ПТСР (шифр F 43.1) складала 686 осіб (27,7 % від кількості усього населення з аналогічним розладом і 62,0 % від кількості учасників АТО з РВСПА (шифр F 43), тобто на цей діагноз припадає більше половини від поширеності всіх стресових розладів у учасників АТО.

З 686 осіб усі були дорослі, 345 осіб – сільські жителі (50,3 %); 7 осіб, старших за працездатний вік (1,0 %); розподіл за статтю: тільки 3 жінки (0,4 %), решта – чоловіки (683 особи або 99,6 %).

У регіонах найбільше осіб зареєстровано у Львівській (146 осіб), Волинській, Закарпатській (по 58 осіб) областях. Відсутні зареєстровані особи із захворюванням на даний розлад у Луганській, Сумській, Тернопільській областях, м. Києві.

Поширеність F 43.2. Кількість осіб з КДР (шифр F 43.2) на кінець I півріччя 2016 року серед усього населення складала 6 682 особи (15,6 на 100 тисяч населення). Серед них жінок було 3 779 (56,5 %; 16,5 на 100 тисяч жіночого населення), 1383 особи – сільські жителі (20,7 %; 10,4 на 100 тисяч сільського населення); 6 097

осіб – дорослі віком 18 років і старші (91,25 %; 17,4 на 100 тисяч дорослого населення); 1 205 – особи, старші за працездатний вік (18,0 %; 10,9 на 100 тисяч населення, старшого за працездатний вік).

Кількість учасників АТО з КДР (F 43.2) складала 299 осіб (4,5 % від кількості усього населення з аналогічним розладом), що становило 27,0 % від кількості учасників АТО з РВСПА (F 43). Усі були дорослі, з них 2 жінки (0,7 %) і 297 чоловіків (99,3 %); 89 осіб – сільські жителі (29,8 %); 5 осіб – старші за працездатний вік (1,7 %).

У регіонах найбільше осіб з КДР зареєстровано у Житомирській, Черкаській, Івано-Франківській областях – 88, 40 та 23 особи відповідно. Відсутні зареєстровані особи із захворюванням на даний розлад у Луганській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській областях.

Учасники АТО, проліковані у психіатричних стаціонарах України за I півріччя 2016 року (розлади психіки та поведінки).

За I півріччя 2016 року у психіатричних стаціонарах була пролікована 1 851 особа. Загалом проліковані провели у стаціонарі 64 218 ліжко-днів, середній термін перебування одного пацієнта в лікарні складав 34 доби.

За структурою кількість пролікованих на кінець I півріччя 2016 року розподілилася наступним чином:

- на 1 місці – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (які включають ПТСР) – 76,9 %, (14 24 особи);
- на 2 місці – група органічних, включно з симптоматичними, розладів психіки – 13,2 %, або 244 особи. З цієї групи 93,9 % припадає на неспсихотичні психічні розлади органічного походження (229 осіб), 6,2 % – на деменцію, усі форми (15 осіб);
- на 3 місці – гострі та транзиторні маячні розлади – 4,1 %, або 76 осіб.

Афективні розлади складали 1,9 % (35 осіб); усі, крім пролікованої 1 особи з афективним психотичним розладом, не мали психотичних симптомів. Кількість учасників АТО з шизофренією (F 20) становила 29 осіб (1,6 %); кількість осіб з розладами особистості та поведінки у зрілому віці (F 60–F 69) – 20 осіб (1,1 %).

Заслужує на увагу показник середнього перебування в стаціонарі учасників АТО з приводу розладів психіки та поведінки. Загалом за усіма розладами (шифри F 00–F 09, F 20–F 99) середнє перебування в стаціонарі складало 34 дні. Найдовше лікувалися 2 учасники АТО з приводу шизоафективних розладів (шифр F 25) – 53 дні. Середнє перебування учасників АТО з шизофренією (шифр F 20) становило 39 днів; осіб з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (з ПТСР) – 37 днів, осіб з афективними розладами (шифри F 30–39) – 31 день, осіб з шизотиповими розладами (шифр F 21) – 30 днів; з хронічними та іншими психотичними розладами (шифри F 22, F 28, F 29) – 30 днів, учасників АТО з органічними, включно з симптоматичними, розладами психіки (шифр F 00–F 09) – 28 днів.

Висновки

Аналіз даних, наведених у таблиці 1, дозволив зробити висновки щодо захворюваності та поширеності реакцій на важкий стрес і порушення адаптації серед населення України й учасників АТО.

Таблиця 1. Структура захворюваності та поширеності реакцій на важкий стрес і порушення адаптації серед населення України та учасників АТО за I півріччя 2016 року

	3 уперше в житті встановленим діагнозом (захворюваність)					Кількість осіб на кінець звітного періоду (поширеність)				
	всього	в т.ч. жінки	сільські жителі	дорослі	старші за працездатний вік	всього	в т.ч. жінки	сільські жителі	дорослі	старші за працездатний вік
F 43 усе населення										
Абсолютні числа	1 367	582	422	1 260	113	11 793	6 329	2 871	10 993	1 913
На 100 тисяч*	3,2	2,5	3,2	3,6	1,0	27,6	27,6	21,5	31,3	17,3
в тому числі учасники АТО з F 43										
Абсолютні числа	285	3	107	285	6	1 107	3	453	1 107	13
% до всіх з F 43	20,8	0,5	25,4	22,6	5,3	9,4	0,05	15,8	10,1	0,7
F 43.0 усе населення										
Абсолютні числа	239	116	106	215	26	2 157	1 261	643	2 054	334
На 100 тисяч*	0,6	0,5	0,8	0,6	0,2	5,0	5,5	4,8	5,8	3,0
в т.ч. учасники АТО										
Абсолютні числа	25	0	9	25	1	77	0	45	77	1
% до всіх з F 43.0	10,5	0	8,5	11,6	3,9	3,6	0	7,0	3,75	0,3
% до учасників АТО з F 43	7,8	0	8,4	8,8	16,7	7,0	0	9,9	7,0	7,7
F 43.1 усе населення										
Абсолютні числа	361	75	129	347	22	2 480	965	839	2 397	271
На 100 тисяч*	0,8	0,3	1,0	1,0	0,2	5,8	4,2	6,3	6,8	2,5
в т.ч. учасники АТО										
Абсолютні числа	208	1	76	208	4	686	3	345	686	7
% до всіх з F 43.1	57,6	1,3	58,9	59,9	18,2	27,7	0,3	41,1	28,6	2,6
% до учасників АТО з F 43	73,0	33,3	71,0	73,0	66,7	62,0	3/3	76,2	62,0	53,9
F 43.2 усе населення										
Абсолютні числа	760	364	184	708	71	6 682	3 779	1 383	6 097	1 205
На 100 тисяч *	1,8	1,6	1,4	2,0	0,6	15,6	16,5	10,4	17,4	10,9
в т.ч. учасники АТО										
Абсолютні числа	85	2	28	85	2	299	2	89	299	5
% до всіх з F 43.2	11,2	0,6	15,2	12,0	2,8	4,5	0,05	2,4	4,9	0,4
% до учасників АТО з F 43	29,8	2,3	26,2	29,8	2,6	27,0	2,3	19,7	27,0	38,5

Примітка. * – на 100 тисяч відповідного до показників контингенту населення.

1. Кількість військовослужбовців – учасників АТО, з уперше в житті встановленим діагнозом РВСПА (F 43), складала у I півріччі 2016 року 20,8 % усієї захворюваності на РВСПА (285 осіб).

2. Серед кількості осіб усього населення з уперше в житті встановленим діагнозом ГРС (F 43.0), учасники АТО склали 10,5 % (25 осіб) та 8,8 % до усієї кількості учасників АТО з РВСПА (F 43).

3. Серед кількості осіб усього населення з уперше в житті встановленим діагнозом ПТСР (F 43.1) учасники АТО склали 57,6 % (208 осіб) і 73,0 % від кількості учасників АТО з РВСПА.

4. Серед кількості осіб усього населення з уперше в житті встановленим діагнозом КДР (F 43.2) учасники АТО склали 11,2 % (85 осіб) і 29,8 % усієї кількості учасників АТО з РВСПА.

5. Поширеність РВСПА (F 43) серед учасників АТО на кінець I півріччя 2016 року складала 9,4 % від усієї кількості осіб з РВСПА, що перебували під наглядом, або 1 107 осіб.

6. Поширеність ГРС (F 43.0) серед учасників АТО на кінець I півріччя 2016 року складала 3,6 % (77 осіб) серед усього населення з аналогічним розладом і 7,0 % від кількості учасників АТО з РВСПА (F 43).

7. Поширеність ПТСР (F 43.1) серед учасників АТО складала 27,7 % від кількості усього населення з цією ж нозологією (686 осіб) і 62,0 % серед кількості учасників АТО з РВСПА.

8. Поширеність КДР (F 43.2) серед учасників АТО складала 4,5 % від кількості усього населення з аналогічним розладом (299 осіб) і 27,0 % серед кількості учасників АТО з РВСПА.

9. За I півріччя 2016 року у психіатричних стаціонарах був пролікований 1 851 учасник АТО. Ними проведено 64 218 ліжко-днів, середній термін перебування одного пацієнта в лікарні – 34 доби.

За звітний період в Україні близько 12 тисяч осіб мали офіційно зареєстровані діагнози з рубрики РВСПА (F 43). Аналіз статистичних даних показав зростання захворюваності на F 43; з них частка учасників АТО складала – 20,8 %. Серед учасників АТО особливо часто зустрічалися ПТСР (F 43.1) – 57,6 % та КДР (F 43.2) – 29,8 %.

Список використаної літератури

1. Богомолец О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій / О. В. Богомолец, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 2 (85). – С. 11–15.
2. Alexander D. A. First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors / D. A. Alexander, S. Klein // Prehospital and Disaster Medicine. – 2009. – № 24 – P. 87–94.
3. Benedek D. M. First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers / D. M. Benedek, C. Fullerton, R. J. Ursano // Annual Review of Public Health. – 2007. – № 28. – P. 55–68.
4. The enduring mental health impact of the September 11th terrorist attacks: challenges and lessons learned / F. Ozbay, T. Auf der Heyde, D. Reissman, V. Sharma // Psychiatric Clinics of North America. – 2013. – № 36. – P. 417–429.
5. Project VALOR: design and methods of a longitudinal registry of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat-exposed veterans in the Afghanistan and Iraqi military theaters of operations / R. C. Rosen, B. P. Marx, N. N. Masarejian [et al.] // International Journal of Methods in Psychiatric Research. – 2012. – № 21. – P. 5–16.

6. Wilkins K. C. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian and specific versions / K. C. Wilkins, A. Lang, S. B. Norman // *Depression and Anxiety*. – 2011. – № 28. – P. 569–606.

References

- Bohomolets, O. V., Pinchuk, I. Ya., & Ladyk-Bryzghalova, A. K. (2016). *Poshyrenist ta struktura posttravmatychnykh psykichnykh porushen v uchasnykh boiovykh dii* [Prevalence and structure of post-traumatic mental disorders of combatants]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, no. 2 (85), pp. 11–15.
- Alexander, D. A., & Klein, S. (2009). *First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors*. *Prehospital and Disaster Medicine*, vol. 24, pp. 87–94.
- Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). *First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers*. *Annual Review of Public Health*, vol. 28, pp. 55–68.
- Ozbay, F., Auf der Heyde, T., Reissman, D., & Sharma, V. (2013). *The enduring mental health impact of the September 11th terrorist attacks: challenges and lessons learned*. *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 36, pp. 417–429.
- Rosen, R. C., Marx, B. P., Masarejian, N. N., Holowka, D. W., Gates, M. A., Sleeper, L. A., ... Keane, T. M. (2012). *Project VALOR: design and methods of a longitudinal registry of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat-exposed veterans in the Afghanistan and Iraqi military theaters of operations*. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 21, pp. 5–16.
- Wilkins, K. C., Lang, A., & Norman, S. B. (2011). *Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian and specific versions*. *Depression and Anxiety*, vol. 28, pp. 569–606.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТІ І РАСПРОСТРАНЕННОСТІ РЕАКЦІЙ НА ТЯЖЕЛІЙ СТРЕСІ І НАРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ В УКРАЇНІ В ПЕРВОМУ ПОЛУГОДІ 2016 РОКУ І. Я. Пінчук, О. А. Петриченко, А. В. Колодежний, І. Ф. Здорик, О. О. Древицька

Актуальність. Сьогодні населення України масово знаходиться під впливом потенційно травматических ситуацій. В зв'язі з цим показателі захворюваності та поширеності нозологій із рубрики F 43 «реакція на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (ПТСН) потребують моніторингу та оцінки їх динаміки.

Цель – оцінити структуру захворюваності та поширеності реакцій на тяжелый стресс и нарушения адаптации в Україні в першому півгоду 2016 року.

Матеріал і методи. С допомогою аналітичного та статистичного методів проаналізована структура і поширеність ПТСН у населення України в першому півгоду 2016 року, по даним державних та галузевих статистических звітів закладів охорони здоров'я України.

Результати. Захворюваність ПТСН (F 43) в I півгоду 2016 року становила 3,2 на 100 тис. населення (1 367 осіб). Вперше в житті діагноз гострої реакції на стресс (ОРС; F 43.0) був встановлений 239 пацієнтам, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР; F 43.1) – 361 особі, короткочасна депресивна реакція (КДР; F 43.2) – 760 пацієнтам. Відповідні діагнози були вперше встановлені військовослужбовцям-учасникам АТО: F 43.0 – 25 особам; F 43.1 – 208 особам; F 43.2 – 85 особам. Поширеність F 43 за звітний період становила 27,6 на 100 тис. населення (11 793 осіб). По нозологіям діагнози розподілились наступним чином (на 100 тис. населення): F 43.0 – 5,0; F 43.1 – 5,8; F 43.2 – 15,6. Поширеність ПТСН серед військовослужбовців – учасників АТО становила: F 43.0 – 77 осіб; F 43.1 – 686 осіб; F 43.2 – 299 осіб.

В першому півгоду 2016 року в психіатрических стаціонарах був пролечен 1 851 учасник АТО. Середній термін перебування одного пацієнта в лікарні – 34 дні, в загальному 64 218 койко-днів.

Висновки. За звітний період в Україні близько 12 000 осіб мали офіційно зареєстровані діагнози із рубрики ПТСН (F 43). Аналіз статистических даних показав зростання захворюваності F 43; із них частка учасників АТО становила 20,8 %. Серед учасників АТО особливо часто зустрічались ПТСР (F 43.1) – 57,6 % і КДР (F 43.2) – 29,8 %.

Ключові слова: реакція на тяжелый стресс, нарушения адаптации, психические расстройства, захворюваність, поширеність, медическа статистика.

STRUCTURE OF MORBIDITY AND PREVALENCE OF REACTION TO SEVERE STRESS AND ADJUSTMENT DISORDERS IN UKRAINE IN THE FIRST SIX MONTHS 2016

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

Background. Today the population of Ukraine is influenced by potentially traumatic situations. In this regard, the morbidity and prevalence of diseases of the rubrics F 43 "Reaction to severe stress and adjustment disorders" (RSSAD) require monitoring and evaluation of their dynamics.

Objective – to evaluate the structure of the morbidity and prevalence of the reactions to severe stress and adjustment disorders in Ukraine in the first six months of 2016.

Materials and methods. Using analytical and statistical methods analyzed the structure and the prevalence of RSSAD of the population of Ukraine in the first six months of 2016, according to the data of government and industry statistical reports Ukraine's health facilities.

Results. Morbidity of RSSAD (F 43) in the first half of 2016 was 3.2 per 100 thousand people (1 367 persons). First time in life the diagnosis of acute stress reactions (ASR; F 43.0) was established to 239 patient, post-traumatic stress disorder (PTSD; F 43.1) – 361 person, adjustment disorders (AD; F 43.2) – 760 patients. Relevant diagnoses were established for the first time in life to soldiers participating of ATO: F 43.0 – 25 persons; F 43.1 – 208 persons; F 43.2 – 85 persons. Prevalence of F 43 for the reporting period amounted to 27.6 per 100 thousand people (11 793 people). Diagnoses were divided in the following way (per 100 thousand people): F 43.0 – 5.0; F 43.1 – 5.8; F 43.2 – 15.6. Prevalence of RSSAD among soldiers participating of ATO was: F 43.0 – 77 people; F 43.1 – 686 people; F 43.2 – 299 people.

In the first six months of 2016, 1 851 participants of ATO have been treated in psychiatric hospitals. They carried out 64 218 patient days, the average length of stay of one patient in a hospital – 34 days.

Conclusions. During the reporting period, about 12 000 people had the officially registered diagnoses of rubrics RSSAD (F 43) in Ukraine. The statistical analysis showed growth of morbidity of F 43; of which the share of participants of ATO was – 20.8%. Among the participants of ATO most frequently observed PTSD (F 43.1) – 57.6%, and the AD (F 43.2) – 29.8%.

Key words: reaction to severe stress, adjustment disorders, psychiatric disorders, morbidity, prevalence, medical statistics.

Стаття надійшла до редакції 03.08.2016 р.

ПІНЧУК Ірина Яківна, д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ; e-mail: undisspn@ukr.net

ПЕТРИЧЕНКО Ольга Олександрівна, лікар-статистик Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ
КОЛОДЕЖНИЙ Олександр Вікторович, завідувач наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: kolodezhny@ukr.net

ЗДОРИК Ірина Федорівна, к.мед.н., старший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

ДРЕВИЦЬКА Оксана Остапівна, д.мед.н., доцент, провідний науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: drevitska@ukr.net

ПІНЧУК Ірина Яковлевна, д.мед.н., с.н.с., директор Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (УНИИ ССПН МЗ Украины), г. Киев; e-mail: undisspn@ukr.net

ПЕТРИЧЕНКО Ольга Александровна, врач-статистик Государственного учреждения «Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины», г. Киев

КОЛОДЕЖНИЙ Алексей Викторович, заведующий научным организационно-методическим и информационно-аналитическим отделом УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев; e-mail: kolodezhny@ukr.net

ЗДОРИК Ирина Федоровна, к.мед.н., старший научный сотрудник отдела УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

ДРЕВИЦКА Оксана Остапівна, д.мед.н., доцент, ведущий научный сотрудник отдела УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев; e-mail: drevitska@ukr.net

PINCHUK Iryna Yakivna, MD, PhD, Director of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv; e-mail: undisspn@ukr.net

PETRYCHENKO Olha Oleksandrivna, doctor-statistics of the State institution «Department of Health Center for Health Statistics of Ukraine», Kiev

KOLODEZHNYI Olesii Viktorovich, Head of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: kolodezhny@ukr.net

ZDORYK Iryna Fedorivna, MD, PhD, Senior research officer of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

DREVITSKA Oksana Ostapivna, MD, PhD, docent, Leading researcher of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: drevitska@ukr.net

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.454-055.5/7:159.9

К. В. Аймедов, Д. А. Волощук

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ З СУДИННОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

psyhopty@gmail.com

Актуальність. Деменція на сьогоднішній день є однією з найактуальніших медичних та соціально-економічних проблем сучасного суспільства.

Мета – дослідити клініко-психопатологічні та соціальні особливості пацієнтів з судинною деменцією (СД), закономірності формування дезадаптації у їх родичів та оцінити впровадження комплексного медико-соціального супроводу хворих та їх родин.

Матеріали та методи дослідження. За допомогою соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного методів дослідження обстежено 163 пацієнти з СД. Досліджуваних поділено на дві групи: Г1 (n=76) – пацієнти з легким ступенем порушень (20–24 бали) за шкалою Mini-Mental State Examination (MMSE), Г2 (n=76) – з помірним ступенем порушень (11–19 балів за MMSE). Відповідно до терапевтичної тактики, кожна з груп додатково була поділена на основну (ОГ1 та ОГ2) та групу порівняння (ГП1 та ГП2). У ОГ1 (n=42) та ОГ2 (n=48) на тлі стандартної фармакотерапії проводили заходи авторського медико-соціального супроводу. У ГП1 (n=34) та ГП2 (n=39) – суто фармакотерапевтичні втручання. Обробку отриманих результатів проводили статистичним методом.

Результати. Для пацієнтів з судинною деменцією характерним було уповільнення, ригідність всіх психічних процесів та їх лабільність, звуження кола інтересів. Переважна більшість осіб обох груп мала очевидну серйозну або дуже серйозну дисфункцію за всіма показниками загальної поведінкової дисфункції та виконанням соціальних ролей. У результаті застосованого медико-соціального супроводу в ОГ1 кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенем адаптації збільшилась на 54,76 %, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (23,51 %). Схожа тенденція спостерігалась і в ОГ2 та ГП2, де підвищення рівня адаптації в основній групі було втричі більшим, порівняно з групою порівняння: в ОГ2 кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %, в ГП2 – 15,38 %.

Висновки. Доцільність використання біопсихосоціальної моделі при складанні комплексних міждисциплінарних програм допомоги хворим на СД з урахуванням сімейноцентрованого підходу обумовлена різноманітністю та індивідуальністю клінічних проявів СД, обмеженням соціального функціонування пацієнтів з цією патологією та більшою ефективністю, порівняно з суто фармакотерапевтичними інтервенціями.

Ключові слова:
судинна деменція,
медико-соціальний
супровід, комплексна
терапія, оцінка
ефективності наданих
інтервенцій.

Актуальність. В Україні кількість осіб старше 60 років складає 18,9 % населення [2, 4]. Невпинне зростання чисельності осіб похилого віку, які мають найвищий ризик розвитку певних видів соматопсихічної патології, характерних для даної вікової групи, зокрема судинної деменції (СД), що є однією з найчастіших форм когнітивного зниження в багатьох країнах світу, визначає необхідність докладного вивчення клінічних аспектів даної патології [7, 8].

Для лікування судинної деменції головним чином використовують препарати, спрямовані на уповільнення дегенеративного процесу і реанімацію свідомості пацієнта [5]. З огляду на різноманітність та індивідуальність клінічних проявів СД, обмеження соціального функціонування пацієнтів, доцільним є використання біопсихосоціальної моделі при складанні комплексних міждисциплінарних програм допомоги хворим на СД, з урахуванням сімейноцентрованого підходу [3, 4].

Метою роботи було дослідження клініко-психопатологічних та соціальних особливостей пацієнтів з судинною деменцією, а також закономірностей формування дезадаптації у їх родичів, та оцінка впровадження комплексного медико-соціального супроводу хворих та їх родин.

Матеріали та методи дослідження

Впродовж 2014–2016 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» було обстежено 179 пацієнтів з судинною деменцією (СД). Враховуючи критерії включення та виключення до дослідження увійшло 163 хворих. Дослідження проводили з дотриманням принципів медичної етики та деонтології.

Діагноз судинної деменції (F01) встановлювали за критеріями МКХ-10 [1]. Усіх пацієнтів з СД на етапі первинної діагностики було поділено на дві групи – Г1 та Г2 – за ступенем виразності когнітивних та емоційних порушень у структурі СД. До першої групи увійшли пацієнти з легким, до другої – з помірним ступенем порушень за шкалою «Коротка шкала оцінки психічного статусу» (Mini-Mental State Examination). У результаті розподілу до Г1 було включено 76 пацієнтів, до Г2 – 87 пацієнтів з СД. До дослідження було включено осіб, які набрали від 11 до 24 балів за вищезгаданою шкалою (11–19 балів – помірний, 20–24 бали – легкий ступінь деменції). Особи з окремими когнітивними порушеннями за допомогою не звертались. Пацієнти з тяжкою деменцією не були включені до дослідження, оскільки вони потребували іншого підходу до надання допомоги та окремого комплексу специфічної терапії.

Вивчення соціального функціонування (СФ) досліджених здійснювали із використанням психіатричної шкали обмеження життєдіяльності Всесвітньої організації охорони здоров'я – Psychiatric Disability Assessment Schedule (DAS) [6]. Дані, необхідні для аналізу в рамках даної тестової методики, було отримано від медичного персоналу, який працював з хворими на судинну деменцію, включеними до дослідження.

Відповідно до мети і завдань дослідження використовували оцінку СФ на момент госпіталізації за всіма чотирма розділами шкали.

Розділ 1 – «Загальна поведінкова дисфункція» – включав оцінку наступних параметрів.

1. Самообслуговування. Розглядали як активну функцію пацієнта щодо догляду за собою відповідно до соціальних норм і правил поведінки. За відхиленнями від загальноприйнятих норм особистої гігієни та фізичного стану робили висновок про загальний соціальний стан пацієнта.

2. Інтереси і зайнятість. Оцінювали інтерес до щоденних дій, захоплення читанням книг, переглядом телепередач, наявністю хобі, участю у спортивних змаганнях, іншими формами громадського життя. Визначені інтереси оцінювали за їх змістовністю, спонтанністю, захопленістю, доречністю (правильністю).

3. Діяльність у родині та побуті. Розглядали як здатність з необхідною швидкістю виконувати завдання і реагувати на соціальні (суспільні) стимули (оцінка повільності як чинника, що перешкоджає повноцінній

самостійній діяльності чи негативно віддзеркалюється на соціальному (сімейному) оточенні).

4. Спілкування та ізоляція. Вивчали сферу соціальних контактів, комунікативних навичок, ступінь готовності до спілкування, наявність реальних контактів і спілкування, ступінь самотності на момент обстеження.

Розділ 2 – «Виконання соціальних ролей» – включав дослідження:

1. Учасі в домашніх справах: ступінь участі пацієнта в прийнятті спільних сімейних рішень, відвідування родичів, спільне приготування їжі, прибирання квартири тощо.

2. Сімейної ролі: емоційних стосунків, спілкування, взаєморозуміння, підтримки тощо.

3. Шлюбної ролі (статева роль у шлюбі): ступеня втрати зацікавленості й ініціативи у статевому житті (оцінювали пацієнтів, які перебувають у шлюбі).

4. Статевої ролі поза шлюбом: ступінь втрати зацікавленості й ініціативи в статевому житті пацієнтів, які не перебувають у шлюбі.

5. Батьківської ролі: зацікавленості стосовно дитини, турботи, догляду за дитиною, спільне проведення часу, знання інтересів і проблем дитини (оцінювали пацієнтів, які мають дітей).

6. Соціальних контактів: труднощі у спілкуванні та конфліктність у стосунках із сусідами, друзями, колегами.

7. Професійної ролі 1: здатності впоратися з професійними обов'язками, своєчасно виконувати необхідний обсяг роботи, дотримуватися правил поведінки (оцінювали пацієнтів які працюють).

8. Професійної ролі 2: зацікавленості і реальних дій пацієнта для одержання чи відновлення роботи.

9. Зацікавленості і поінформованості: орієнтація у подіях, що відбуваються в суспільному житті.

10. Поведінки в нестандартних і складних ситуаціях: реакція пацієнта на хворобу родича, домашні труднощі, інші ситуації, що вимагають активних дій.

Розділ 3 – «Внутрішньолікарняне функціонування» – включав оцінку таких характеристик:

1. Поведінка пацієнта в палаті;

2. Думка медсестер та родичів;

3. Заняття пацієнта;

4. Контакт з зовнішнім світом.

Розділ 4 – «Модифікуючі чинники» – включав аналіз:

1. Особливих позитивних якостей;

2. Особливих завад;

3. Домашньої атмосфери;

4. Підтримки ззовні;

5. Загальної оцінки.

Вищезгадані діагностичні методики було використано двічі: на початку дослідження для констатації рівня збереженості когнітивних процесів та рівня соціального функціонування і через рік після проведених терапевтичних інтервенцій з метою оцінки їх ефективності. Перед проведенням комплексної терапії групи пацієнтів з СД було поділено на основні групи та групи порівняння: Г1 поділили на ОГ1 (n=42) та ГП1 (n=34), Г2 – на ОГ2 (n=48) та ГП2 (n=39). В основних групах проводили заходи авторського медико-соціального супроводу, в групах порівняння – суто фармакотерапевтичні втручання.

Важливим компонентом допомоги пацієнтам з СД, разом з фармакотерапевтичними втручаннями, є заходи психосоціального супроводу, що ми враховували при побудові авторської комплексної програми (рис. 1).

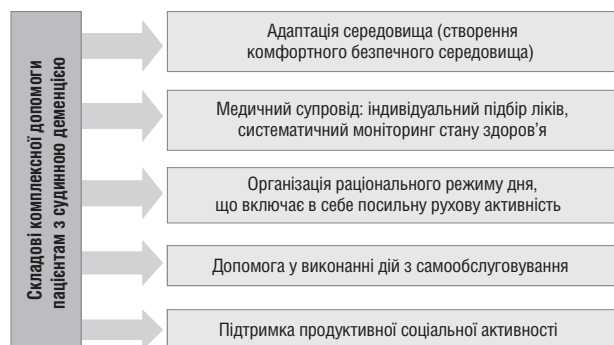


Рис. 1. Складові авторської комплексної допомоги хворим на судинну деменцію

При побудові терапії для пацієнтів з СД особливу увагу приділяли створенню безпечного середовища, організації індивідуального медичного та психосоціального супроводу, відновленню навичок самообслуговування, що стало невід'ємними етапами надання допомоги пацієнту з СД (рис. 1).

Лікування хворих було комплексним та етапним. При побудові схеми фармакотерапії ми опирались на накази МОЗ України: № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» та № 59 від 05.02.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги».

Також важливими елементами програми комплексного медико-соціального супроводу пацієнтів з СД були наступні: адаптація середовища (створення комфортного безпечного середовища), організація раціонального режиму дня (з включенням посиленої рухової активності), організація щоденних рутинних справ (сон, одягання, вживання їжі, гігієнічні процедури), підтримка продуктивної соціальної активності.

У рамках нашої роботи було розроблено методику проведення тренінгу соціальних навичок для осіб з СД і її апробація для подальшого практичного застосування. Складовими програми тренінгу були наступні:

1. Набуття навичок спілкування. В ході тренінгу учасників навчали долати труднощі спілкування з іншими людьми у найрізноманітніших ситуаціях (на вулиці, в транспорті, магазині, вдома); конструктивно вирішувати складні конфліктні ситуації, самостійно приймати рішення і впевнено втілювати їх у життя в рамках соціально прийнятної поведінки;

2. Вироблення соціально-побутових навичок – приготування їжі, миття посуду, прання, прибирання тощо;

3. Набуття навичок самостійного життя. Пацієнтів навчали заповнювати квитанції для оплати комунальних послуг, користуватися послугами різних служб, розповідали про реалізацію пільг, поведінку в екстремальних ситуаціях тощо.

Тренінг проходив на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». Програма складалася з 12 занять (одне заняття на тиждень) тривалістю 90

хвилин. Час і місце проведення не мінялися від заняття до заняття. Така стабільність сприяла зниженню тривожності і формуванню довірчої, доброзичливої атмосфери в групі. З тією ж метою заняття проводили в закритій групі, після початку циклу (одного – двох занять) нових учасників не приймали. Група складалася з 6–8 осіб.

Етапи покрокового навчання певній навичці були наступні: визначення рівня розвитку навички; визначення найближчих кроків; відпрацювання окремої операції всередині навички; об'єднання окремих операцій в ланцюжок дії; ефективне застосування системи заохочень для управління корекційним процесом.

Паралельно з супроводом пацієнтів проводили інтервенції щодо родичів хворих на судинну деменцію, а саме застосовували психоосвітній підхід, проводили роботу в групах ГЕД (групах екзистенційного досвіду), а також використовували Інтернет-ресурс та відкрили тематичну сторінку у соціальній мережі Facebook, де було розміщено інформацію про координати лікувального закладу, загальні відомості про СД, основні види допомоги особам з СД, труднощі, з якими найчастіше зіштовхуються дані пацієнти та їх родичі, наші поради.

Статистичну обробку отриманих даних та побудову діаграм виконували за допомогою програм Excel та статистичного пакета «Statistica 7.0. for Windows» з використанням t-критерію Ст'юдента, U-критерію Манна-Уїтні, ф-критерію Фішера та χ^2 -критерію Пірсона. В усіх випадках порівнянь визначали ймовірність розходжень «р». Розходження вважали статистично значимими при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Для визначення ефективності проведеного в групах пацієнтів з СД терапевтичного комплексу було здійснено повторну оцінку змін, які відбулися в основних групах пацієнтів після терапії відносно груп порівняння та терміну до терапії. Кількісні дані аналізу ефективності терапії наведено в таблицях 1–4.

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

З метою аналізу ефективності проведеного терапевтичного комплексу була проведена оцінка рівня соціального функціонування пацієнтів з СД, які увійшли до груп ОГ1, ОГ2, ГП1 та ГП2 для порівняння показників, отриманих у основних групах та групах порівняння, а також результатів до та після терапії (дані наведено в табл. 2–4).

У результаті застосованого терапевтичного комплексу в групі ОГ1 відмічалась значна позитивна динаміка змін рівня соціального функціонування за всіма показниками. Кількість осіб з мінімальною дисфункцією за показником «самообслуговування» після терапії збільшилась

на 38,09 %, за показником «інтереси та зайнятість» – на 42,86 %, за фактором «діяльність в родині та побуті» – на 47,62 %, «спілкування та ізоляція» – на 47,62 %. Аналіз групи показників «виконання соціальних ролей» також виявив збільшення кількості осіб з мінімальною дисфункцією (МД). Так, за фактором «участь в домашніх справах» різниця між кількістю осіб з МД в ОГ1 до та після терапії склала 52,39 %, за показником «сімейна роль» – 47,61 %, «шлюбна роль» – 47,61 %, «батьківська роль» – 47,62 %, «соціальні контакти» – 50,00 %, «зацікавленість» – 50,00 % (різниця між показниками до та після терапії в ОГ1 є достовірною, $p \leq 0,05$). Деякі позитивні зміни відбулися також в ГП1, проте вони були незначними (в середньому до 20,00 %) та не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$).

Схожі тенденції спостерігались у групах ОГ2 і ГП2 (табл. 3).

Як свідчать дані, наведені в таблиці, кількість осіб в ОГ2, які мали очевидну, серйозну або дуже серйозну дисфункцію за показником «самообслуговування», до початку терапії складала 79,17 %, після терапії – 41,67 %; за фактором «інтереси та зайнятість», відповідно, до – 89,58 %, після – 47,92 %; «діяльність в родині та побуті» до – 87,50 %, після – 45,83 %; «спілкування та ізоляція» до – 89,55 %, після – 47,91 %; «участь в домашніх справах» до – 95,83 %, після – 54,17 %; «сімейна роль» до – 95,84 %, після – 54,17 %; «шлюбна роль» до – 97,92 %, після – 70,83 %; «батьківська роль» до – 95,83 %, після – 66,67 %; «соціальні контакти» до – 93,75 %, після – 56,25 %; «зацікавленість» до – 100,00 %, після – 54,17 %. Найменших змін зазнав фактор «поведінка в нестандартних ситуаціях», який в ОГ2 до терапії був притаманний 100,00 % пацієнтів, після – 95,83 %, проте у порівнянні з ГП2, в якій змін за даним фактором не відбулося зовсім, ця позитивна динаміка в ОГ2 є достовірною ($p \leq 0,05$).

Порівняльну оцінку динаміки змін у сфері соціального функціонування пацієнтів з СД основних груп та груп порівняння в умовах стаціонару до та після терапії наведено в таблиці 4.

Наведені в таблиці 4 дані свідчать, що показники соціального функціонування пацієнтів з СД в умовах стаціонару покращились за всіма критеріями. При цьому різниця за бальними показниками після терапії між ОГ1 та ГП1 була достовірною за всіма критеріями шкали; різниця між ОГ2 та ГП2 була достовірною за критеріями «думка медсестер та родичів», «особливі завади», «заняття пацієнта» та «контакт з зовнішнім світом» ($p \leq 0,05$). Все вищесказане свідчить про вищу ефективність авторської комплексної терапії та медико-соціального супроводу, порівняно з стандартним лікуванням.

До початку застосування терапевтичного комплексу переважна більшість пацієнтів ОГ1 та ОГ2 мали низький рівень адаптації: ОГ1 – 80,95 %; ОГ2 – 91,67 %. У результаті використання комплексу терапевтичних заходів в ОГ1 кількість осіб з добрим та задовільним ступенями адаптації збільшилась з 19,05 % до 73,81 %; в ОГ2 – з 8,33 % до 64,58 %. В ГП1 добрий та задовільний рівні адаптації спостерігали до початку терапії у 20,59 % досліджених, а

після терапії ця кількість збільшилась на 23,51 % і склала 44,10 %; в ГП2 задовільний рівень адаптації мали 5,13 % пацієнтів, наприкінці терапії – 20,51 %.

Результати дослідження свідчать про ефективність впроваджених інтервенцій медико-соціального супроводу пацієнтів з СД.

Висновки

Для пацієнтів з судинною деменцією характерним є уповільнення, ригідність всіх психічних процесів та їх лабільність, звуження кола інтересів. У хворих наявні зниження когнітивних функцій (пам'яті, уваги, мислення, орієнтування тощо) і труднощі при виконанні функцій у повсякденному житті та побуті (обслуговування себе, приготування їжі, покупки, заповнення фінансових документів, орієнтування в новій обстановці тощо), втрата соціальних навичок, адекватної оцінки свого захворювання.

Переважна більшість осіб обох груп мали очевидну серйозну або дуже серйозну дисфункцію за всіма по-

Таблиця 1. Дані, отримані в групах досліджених пацієнтів з СД за «Короткою шкалою оцінки психічного статусу» (Mini-Mental State Examination) (Me)

Критерії	Термін до або після терапії	Г1 (n=76)		Г2 (n=87)	
		ОГ1 (n=42)	ГП1 (n=34)	ОГ2 (n=48)	ГП2 (n=39)
Орієнтування в часі	до	3,4	3,1	2,2	2,0
	після	3,6	3,8	2,8*	2,1
Орієнтування в місці	до	3,8	3,9	2,1	2,4
	після	4,2	4,0	2,8	2,5
Сприйняття	до	2,9	2,6	1,6	1,5
	після	3,0*	2,6	2,1*	1,7
Концентрація уваги	до	2,3	2,5	1,5	1,4
	після	2,5	2,4	1,9	1,6
Пам'ять	до	2,4	2,0	1,4	1,2
	після	2,4	2,1	1,8	1,4
Мовленнєві функції					
Називання предметів	до	1,8	1,8	1,0	1,1
	після	2,0	1,8	1,8*	1,4
Повторення речень	до	0,7	0,7	0,4	0,6
	після	0,9	0,9	0,9	0,7
3-етапна команда	до	1,8	1,7	1,2	1,1
	після	2,1	2,0	1,8*	1,4
Читання і виконання	до	0,7	0,9	0,6	0,6
	після	1,0	1,0	0,9	0,7
Написання речення	до	0,8	0,8	0,8	0,6
	після	1,0	0,9	0,9	0,8
Копіювання малюнку	до	0,7	0,7	0,4	0,6
	після	0,9	0,7	0,7	0,6

Примітка: * – різниця достовірна ($p \leq 0,05$) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1/ ОГ2 з ГП2).

казниками загальної поведінкової дисфункції та виконанням соціальних ролей, при цьому рівень соціального функціонування в Г1 був достовірно вищим, ніж у Г2, за показниками «самообслуговування», «інтереси та зайнятість», «діяльність у родині та в побуті», «спілкування та

ізоляція», «участь в домашніх справах», «сімейна роль», «шлюбна роль», «батьківська роль», «соціальні контакти», «зацікавленість і поінформованість», «поведінка в нестандартних і складних ситуаціях» (різниця між групами достовірна ($p \leq 0,05$)).

Таблиця 2. Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів ОГ1 та ГП1 до та після терапії (%)

Шкали	Термін до або після терапії	Рівень виразності дисфункції в групах ОГ1 (n=42)/ГП1 (n=34)					
		1	2	3	4	5	6
Загальна поведінкова дисфункція							
Самообслуговування	до	0,00/ 0,00	38,10±7,49/ 38,24±8,33	42,86±7,64**/ 44,12±8,51	19,04±6,06 **/ 17,64±6,56		0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	76,19±6,57 **/ 47,06±8,56*	19,05±6,06/ 38,24±8,33	4,76±3,29/ 14,70±6,07		0,00/ 0,00
Інтереси та зайнятість	до	0,00/ 0,00	30,95±7,13/ 29,41±7,81	40,48±7,57**/ 44,12±8,51	19,04±6,06 **/ 20,59±6,93	9,53±4,53 **/ 5,88±2,82	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	73,81±6,78 **/ 47,06±8,56*	16,67±5,75/ 35,29±8,20*	7,14±3,97/ 14,71±6,07	2,38±2,35/ 2,94±2,90	0,00/ 0,00
Діяльність в родині та у побуті	до	0,00/ 0,00	28,57±6,97/ 26,47±7,57	38,10±7,49**/ 38,24±8,33	21,43±6,33 **/ 23,53±7,27	11,90±5,00**/ 11,76±5,52	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	76,19±6,57 **/ 44,12±8,51*	14,29±5,40/ 29,41±7,81	7,14±3,97/ 17,64±6,56	2,38±2,35/ 8,83±4,87	0,00/ 0,00
Спілкування та ізоляція	до	0,00/ 0,00	23,81±6,57/ 26,47±7,57	38,10±7,49**/ 41,18±8,44	26,19±6,78 **/ 23,53±7,27	11,90±5,00**/ 8,82±4,87	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	71,43±6,97 **/ 44,12±8,51*	16,67±5,75/ 29,41±7,81	9,52±4,53/ 20,59±6,93	2,38±2,35/ 5,88±2,82	0,00/ 0,00
Виконання соціальних ролей							
Участь в домашніх справах	до	0,00/ 0,00	11,90±5,00/ 14,71±6,07	42,87±7,64**/ 41,18±8,44	33,33±7,27 **/ 32,35±8,02	11,90±5,00**/ 11,76±5,52	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	64,29±7,39 **/ 32,35±8,02*	19,05±6,06/ 32,35±8,02	11,90±5,00/ 26,48±7,57	4,76±3,29/ 8,82±4,87	0,00/ 0,00
Сімейна роль	до	0,00/ 0,00	9,53±4,53/ 8,82±4,87	45,24±7,68**/ 44,12±8,47	26,19±6,78 **/ 26,47±7,57	19,04±6,06**/ 20,59±6,93	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	57,14±7,64 **/ 26,47±7,57*	21,43±6,33/ 35,29±8,20	11,90±5,00/ 20,59±6,93	9,53±4,53/ 17,65±6,56	0,00/ 0,00
Шлюбна роль	до	0,00/ 0,00	7,14±3,97/ 5,88±2,82	45,24±7,68**/ 47,06±8,56	30,95±7,13**/ 32,35±8,02	16,67±5,75/ 14,71±6,07	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	54,76±7,68 **/ 20,59±6,93*	26,19±6,78/ 41,18±8,44*	14,29±5,40/ 26,47±7,57	4,76±3,29/ 11,76±5,52	0,00/ 0,00
Батьківська роль	до	0,00/ 0,00	11,90±5,00/ 8,82±4,87	38,10±7,49**/ 41,18±8,44	33,33±7,27 **/ 35,29±8,20	16,67±5,75/ 14,71±6,07	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	59,52±7,57 **/ 20,59±6,93*	16,67±5,75/ 35,29±8,20*	16,67±5,75/ 32,35±8,02	7,14±3,97/ 11,77±5,52	0,00/ 0,00
Соціальні контакти	до	0,00/ 0,00	7,14±3,97/ 8,82±4,87	40,48±7,57**/ 41,18±8,44	35,71±7,39 **/ 38,24±8,33	16,67±5,75**/ 11,76±5,52	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	57,14±7,64 **/ 26,47±7,57*	21,43±6,33/ 32,35±8,02	14,29±5,40/ 32,35±8,02*	7,14±3,97/ 8,83±4,87	0,00/ 0,00
Професійна роль		Фактор не оцінювався у зв'язку з тим, що пацієнти не працюють					
Зацікавленість і поінформованість	до	0,00/ 0,00	2,38±2,35/ 2,94±2,20	16,67±5,75/ 17,65±6,56	52,38±7,71 **/ 50,00±8,57	28,57±6,97**/ 29,41±7,81	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	52,38±7,71 **/ 26,47±7,57*	11,90±5,00/ 14,71±6,07	21,43±6,33/ 38,24±8,33	14,29±5,40/ 20,58±6,93	0,00/ 0,00
Поведінка в складних ситуаціях	до	0,00/ 0,00	0,00/ 0,00	7,14±3,97/ 8,82±4,87	57,15±7,64 **/ 55,89±8,52	35,71±7,39**/ 35,29±8,20	0,00/ 0,00
	після	0,00/ 0,00	7,14±3,97 **/ 0,00	42,86±7,64**/ 14,71±6,07*	30,95±7,13/ 52,94±8,56*	19,05±6,06/ 32,35±8,02	0,00/ 0,00

Примітки: 1 – відсутність дисфункції (немає порушень); 2 – мінімальна дисфункція; 3 – очевидна дисфункція; 4 – серйозна дисфункція; 5 – дуже серйозна дисфункція; 6 – максимальна дисфункція; * – різниця достовірна між ОГ1 та ГП1 ($p \leq 0,05$); ** – різниця достовірна між результатами в групі до та після терапії ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3. Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів ОГ2 та ГП2 до та після терапії (%)

Чинники соціального функціонування	Термін до або після терапії	Рівень виразності дисфункцій в групах ОГ2 (n=48) / ГП2 (n=39)					
		1	2	3	4	5	6
Загальна поведінкова дисфункція							
Самообслуговування	до	0,00 / 0,00	20,83±5,86 / 17,95±6,15	43,75±7,16** / 43,59±7,94	35,42±6,90 ** / 38,46±7,79		0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	58,33±7,61** / 28,21±7,21*	25,00±6,25 / 38,46±7,79	16,67±5,38 / 33,33±7,55*		0,00 / 0,00
Інтереси та зайнятість	до	0,00 / 0,00	10,42±4,41 / 10,26±4,86	27,08±6,41** / 28,21±7,21	39,58±7,06 ** / 43,59±7,94	22,92±6,07** / 17,94±6,14	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	52,08±7,21** / 25,65±6,99*	12,50±4,77 / 23,07±6,75	25,00±6,25 / 38,47±7,79	10,42±4,41 / 12,81±5,35	0,00 / 0,00
Діяльність в родині та у побуті	до	0,00 / 0,00	12,50±4,77 / 10,26±4,86	29,17±6,56** / 30,77±7,39	39,58±7,06** / 41,03±7,88	18,75±5,63** / 17,94±6,15	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	54,17±7,19** / 23,08±6,75*	14,58±5,09 / 25,64±6,99	22,92±6,07 / 35,90±7,68	8,33±3,99 / 15,38±5,78	0,00 / 0,00
Спілкування та ізоляція	до	0,00 / 0,00	10,42±4,41 / 7,69±4,27	29,17±6,56** / 28,21±7,21	41,66±7,11** / 43,59±7,94	18,75±5,63** / 20,51±6,47	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	52,09±7,21** / 17,95±6,15*	18,75±5,63 / 28,21±7,21	20,83±5,86 / 38,46±7,79	8,33±3,99 / 15,38±5,78	0,00 / 0,00
Виконання соціальних ролей							
Участь в домашніх справах	до	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 5,13±3,53	25,00±6,25 / 25,64±6,99	47,91±7,21** / 46,15±7,98	22,92±6,07** / 23,08±6,75	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	45,83±7,03** / 20,51±6,47*	25,00±6,25 / 23,08±6,75	18,75±5,63 / 35,90±7,68*	10,42±4,41 / 20,51±6,47	0,00 / 0,00
Сімейна роль	до	0,00 / 0,00	4,16±2,89 / 2,56±2,53	22,92±6,07 / 20,51±6,47	50,00±7,21** / 53,85±7,98	22,92±6,07** / 23,08±6,75	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	45,83±7,03** / 12,83±5,35*	14,58±5,09 / 20,51±6,47	27,08±6,41 / 46,15±7,98*	12,51±4,77 / 20,51±6,47	0,00 / 0,00
Шлюбна роль	до	0,00 / 0,00	2,08±2,06 / 2,56±2,53	25,00±6,25 / 23,08±6,75	54,17±7,19** / 56,41±7,94	18,75±5,63 / 17,95±6,15	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	29,17±6,56** / 7,69±4,27*	18,75±5,63 / 23,08±6,75	39,58±7,06 / 53,85±7,98*	12,50±4,77 / 15,39±5,78	0,00 / 0,00
Батьківська роль	до	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 5,13±3,53	20,83±5,86 / 20,51±6,47	58,33±7,61 / 58,97±7,88	16,67±5,38 / 15,39±5,78	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	33,33±7,55** / 10,26±4,86	14,58±5,09 / 20,51±6,47	41,67±7,11 / 56,41±7,94	10,42±4,41 / 12,82±5,35	0,00 / 0,00
Соціальні контакти	до	0,00 / 0,00	6,25±3,49 / 5,13±3,53	22,92±6,07 / 23,08±6,75	56,25±7,16** / 58,97±7,88	14,58±5,09** / 12,82±5,35	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	43,75±7,16** / 12,82±5,35*	16,67±5,38 / 23,08±6,75	33,33±7,55 / 53,85±7,98	6,25±3,49 / 10,25±4,86	0,00 / 0,00
Професійна роль	Фактор не оцінювався у зв'язку з тим, що пацієнти не працюють						
Зацікавленість і поінформованість	до	0,00 / 0,00	0,00 / 0,00	10,42±4,41 / 7,69±4,27	52,08±7,21** / 56,41±7,94	37,50±6,99** / 35,90±7,68	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	45,83±7,03 / 5,13±3,53*	12,50±4,77 / 15,38±5,78	25,00±6,25 / 48,72±8,00*	16,67±5,38 / 30,77±7,39	0,00 / 0,00
Поведінка в складних ситуаціях	до	0,00 / 0,00	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 2,56±2,53	41,67±7,11** / 41,03±7,88	54,16±7,19** / 56,41±7,94	0,00 / 0,00
	після	0,00 / 0,00	4,17±2,89 / 0,00	27,08±6,41** / 7,69±4,27*	29,17±6,56 / 38,46±7,79	39,58±7,06 / 53,85±7,98*	0,00 / 0,00

Примітки: 1 – відсутність дисфункції (немає порушень); 2 – мінімальна дисфункція; 3 – очевидна дисфункція; 4 – серйозна дисфункція; 5 – дуже серйозна дисфункція; 6 – максимальна дисфункція; * – різниця достовірна ($p \leq 0,05$); ** – різниця достовірна між результатами в групі до та після терапії ($p \leq 0,05$).

Таблиця 4. Дані дослідження соціального функціонування пацієнтів з СД до та після терапії (Ме)

Показник	Термін до або після терапії	Г1 (n=76)		Г2 (n=87)	
		ОГ1 (n=42)	ГП1 (n=34)	ОГ2 (n=48)	ГП2 (n=39)
Поведінка пацієнта в палаті	до	7,5*	7,1	5,2	5,6
	після	8,2*	7,4	7,0*	5,8
Думка медсестер та родичів	до	6,3	6,1	4,9	4,5
	після	7,8*/**	6,4	6,5*/**	4,8
Заняття пацієнта	до	3,1	3,3*	2,1	2,0
	після	4,7*/**	3,4	3,2*/**	2,2
Контакт з зовнішнім світом	до	5,5	5,3	3,0	3,2
	після	7,1*/**	5,6	4,9*/**	3,3
Модифікуючі чинники					
Особливі позитивні якості	до	0,5	0,5	0,3	0,4
	після	1,4*	0,6	1,1*	0,5
Особливі завади	до	2,0	2,2	1,5	1,6
	після	1,4**	2,1*	1,2	1,5
Домашня атмосфера	до	3,9*	3,7	2,3	2,5
	після	5,2*/**	4,0	3,5*	2,6
Підтримка ззовні	до	4,1	4,3	2,8	2,6
	після	6,1*/**	4,5	4,2*	2,7

Примітки: * – різниця достовірна ($p \leq 0,05$) при порівнянні груп між собою (ОГ1 з ГП1 / ОГ2 з ГП2); ** – різниця достовірна ($p \leq 0,05$) при порівнянні результатів до / після лікування.

У результаті застосованого медико-соціального супроводу в ОГ1 кількість пацієнтів з добрим та задовільним ступенями адаптації збільшилась на 54,76 %, що було вдвічі більше, ніж в ГП1 (23,51 %). Схожа тенденція спостерігалась в ОГ2 та ГП2, де підвищення рівня адаптації в основній групі було втричі більшим, ніж у групі порівняння: в ОГ2 кількість задовільно адаптованих осіб збільшилась на 56,25 %, в ГП2 – 15,38 %.

Враховуючи різноманітність та індивідуальність клінічних проявів СД, обмеження соціального функціонування пацієнтів, доцільним є використання біопсихосоціальної моделі при складанні комплексних міждисциплінарних програм допомоги хворим на цю патологію з урахуванням сімейноцентрованого підходу.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

К. В. Аймедов, Д. А. Волощук

Актуальность. Деменция на сегодняшний день является одной из наиболее значимых медицинских и социально-экономических проблем.

Цель – исследовать клинко-психопатологические и социальные особенности пациентов с сосудистой деменцией (СД), закономерности формирования дезадаптации у их родственников и оценить внедрение комплексного медико-социального сопровождения больных и их семей.

Материалы и методы исследования. С помощью социально-демографического, клинко-анамнестического, психодиагностического методов исследования обследовано 163 пациента с СД. Исследуемые были разделены на две группы: Г1 (n=76) – пациенты с легкой степенью нарушений (20–24 балла) по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE), Г2 (n=76) – с умеренной степенью нарушений (11–19 баллов). В соответствии с терапевтической тактикой каждая из групп дополнительно была разделена на основную (ОГ1 и ОГ2) и группу сравнения (ГП1 и ГП2). В ОГ1 (n=42) и ОГ2 (n=48) на фоне стандартной фармакотерапии проводили мероприятия авторского медико-социального сопровождения. В ГП1 (n=34) и ГП2 (n=39) – только фармакотерапевтические вмешательства. Обработку полученных результатов проводили статистическим методом.

Результаты. Для пациентов с сосудистой деменцией характерно замедление, ригидность всех психических процессов и их лабильность, сужение круга интересов. Подавляющее большинство лиц обеих групп имело очевидную серьезную или очень серьезную дисфункцию по всем показателям общей поведенческой дисфункции и выполнения социальных ролей. В результате проведенного медико-социального сопровождения, в ОГ1 количество пациентов с хорошей и удовлетворительно степенью адаптации увеличилось на 54,76 %, что было вдвое больше, чем в ГП1 (23,51 %). Похожая тенденция наблюдалась в ОГ2 и ГП2, где повышение уровня адаптации в основной группе было втрое больше, относительно группы сравнения: в ОГ2 количество удовлетворительно адаптированных лиц увеличилось на 56,25 %, в ГП2 – 15,38 %.

Выводы. Целесообразность использования биопсихосоциальной модели при составлении комплексных междисциплинарных программ помощи больным СД с учетом семейноцентрированного подхода обусловлена разнообразием и индивидуальностью клинических проявлений СД, ограничением социального функционирования пациентов с этой патологией и большей эффективностью, по сравнению с изолированными фармакотерапевтическими интервенциями.

Ключевые слова: сосудистая деменция, медико-социальное сопровождение, комплексная терапия, оценка эффективности предоставленных интервенций.

Список використаної літератури

1. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [под ред. Дж. Э. Купера] / Пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
2. Костюченко С. Сосудистая деменция: подходы и перспективы фармакологического лечения / С. Костюченко // *НейроNews*. – 2015. – № 5. – С. 27–32.
3. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан – Вінниця, 2010. – 135 с.
4. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України (збірка типових положень та інструкцій) / за ред. Маруту Н. О., Демченко В. А., Домбровської В. В. – Київ; Харків, 2012. – 136 с.
5. Приб Г. А. Медико-соціальна експертиза обмежень життєдіяльності у психічно хворих (діагностика, клініка, реабілітація) / Г. А. Приб. – К.: ІПК ДСЗУ, 2012. – 380 с.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 672 с.
7. Stenholm S. Comorbidity and Functional Trajectories From Midlife to Old Age: The Health and Retirement Study / S. Stenholm, H. Westerlund, J. Head // *Jour. Gerontol. Med. Scien.* – 2014. – № 3. – P. 7–11.
8. Ye S. Long-term Outcomes of Enhanced Depression Treatment in Patients with Acute Coronary Syndromes / S. Ye, J. A. Shaffer, N. Rieckmann // *Amer. Jour. Med.* – 2014. – Vol. 14. – P. 90–98.

References

1. Cooper, J. E. (1994). Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders With Glossary and Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, 448 p. (Russ. ed.: Poltavec D. (2000). Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriterijami (IDK): karmannoe rukovodstvo k MKB-10. Kyiv, Sfera, 464 p.).
2. Kostiuhenko, S. I. (2015). Sosudistaja demenciya: podhody i perspektivy farmakologicheskogo lecheniya [Vascular dementia: approaches and perspectives of pharmacological treatment]. *NeiroNews* – *NeuroNews*, no. 5 (69), pp. 27–32.
3. Pshuk, N. H., Markova, M. V., Kondratiuk, A. I., & Stukan, L. V. (2010). Medychna psykholohiia [Medical Psychology]. Vinnytsia, 135 p.
4. Maruta, N. O., Demchenko, V. A., & Dombrovska, V. V. (2012). Orhanizatsiia suspilno orientovanoi psykhiatrychnoi dopomohy doroslomu naselenniu Ukrainy (zbirka typovykh polozhen ta instruktсий) [The organization of socially oriented mental health care for adults of Ukraine (a collection of standard regulations and instructions)]. Kyiv, Kharkiv, 136 p.
5. Prib, H. A. (2012). Medyko-sotsialna ekspertyza obmezhen zhyttiedialnosti u psykhichno khvorykh (diahnostyka, klinika, reabilitatsiia) [Medical and social examination of life in psychiatric patients (diagnostic, clinical, rehabilitation)]. Kyiv, PK DSZU, 380 p.
6. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). Prakticheskaja psichodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara, Bahrah–M, 672 p.
7. Stenholm, S., Westerlund, H., & Head, J. (2014). Comorbidity and Functional Trajectories From Midlife to Old Age: The Health and Retirement Study. *Jour. Gerontol. Med. Scien.*, issue. 3, pp. 7–11.
8. Ye, S., Shaffer, J. A., & Rieckmann, N. (2014). Long-term Outcomes of Enhanced Depression Treatment in Patients with Acute Coronary Syndromes. *The American Journal of Medicine*, vol. 14, pp. 90–98.

COMPREHENSIVE EVALUATION OF MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA

C. V. Aymedov, D. A. Voloshchuk

Background. Today dementia is one of the most significant health and socio-economic problems.**Objective** – explore the clinical and psychiatric and social characteristics of patients with vascular dementia (VD), patterns of formation maladjustment among their relatives and to evaluate the implementation of an integrated health and social support for patients and their families.**Materials and methods.** We surveyed 163 patients with VD by socio-demographic, clinical and anamnestic, psycho-diagnostic methods. All patients were divided into two groups: G1 (n=76) – patients with mild disorders (20-24 points) on the scale Mini-Mental State Examination (MMSE), G2 (n=76) – with moderate disorders (11-19 points). According to the therapeutic tactics, each group was further divided into basic (BG1 and BG2) and control group (CG1 and CG2). In OG1 (n=42) and OG2 (n=48) on the background of standard pharmacotherapy conducted unique activities of medical and social support. Patients in CG1 (n=34) and GP2 (n=39) had only pharmacological intervention. The processing of the results was performed by the statistical method.**Results.** Patients with vascular dementia characterized by a slowdown, rigidity of the mental processes and their lability, narrowing of the range of interests. The vast majority of people in both groups had obvious serious or very serious dysfunction of all indicators of behavioral dysfunction and general performance of social roles. As a result of medical and social support, in BG1 number of patients with good and satisfactory degree of adaptation increased for 54,76 %, which was twice that in the CG1 (23,51 %). A similar tendency was observed in BG2 and CG2, where increase the level of adaptation in the main group was three times more compared with control groups: BG2 amount satisfactorily adapted individuals increased by 56,25 %, in CG2 – 15,38 %.**Conclusions.** Usefulness of the biopsychosocial model in the preparation of complex interdisciplinary assistance programs patients with VD based on family-centered approach is due to the diversity and individuality of the clinical manifestations of VD, restriction of social functioning of patients with this disease, and greater efficiency in comparison with isolated pharmacotherapeutic interventions.**Key words:** vascular dementia, medical and social support, complex therapy, evaluating the effectiveness of interventions provided.*Стаття надійшла до редакції 22.06.2016 р.***АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович**, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету МОЗ України (ОНМУ МОЗ України), м. Одеса; e-mail: psyhoptyr@gmail.com**ВОЛОЩУК Діана Анатоліївна**, асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги ОНМУ МОЗ України, м. Одеса; e-mail: voloshchuk.diana@mail.ru**АЙМЕДОВ Константин Владимирович**, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи Одесского национального медицинского университета МЗ Украины (ОНМУ МЗ Украины), г. Одесса; e-mail: psyhoptyr@gmail.com**ВОЛОЩУК Диана Анатольевна**, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи ОНМУ МЗ Украины, г. Одесса; e-mail: voloshchuk.diana@mail.ru**AYMEDOV Constantin Volodymyrovych**, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of Odessa National Medical University (ONMU), Odessa; e-mail: psyhoptyr@gmail.com**VOLOSHCHUK Diana Anatoliivna**, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of ONMU, Odessa; e-mail: voloshchuk.diana@mail.ru

П. В. Будьонний

ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ М. ЛИСИЧАНСЬКА (2006–2013 РР.)

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне,

Лисичанська обласна психіатрична лікарня, м. Лисичанськ

lisoblpsihiatria@gmail.com

Актуальність. Потреба у вивченні всього спектра суїцидальної активності лежить у тому, що часто суїцидальній спробі з летальним результатом передують задуми, наміри, аутоагресивні акти без значної загрози для життя і здоров'я пацієнта, які можуть потрапляти у поле зору лікаря-психіатра, лікаря суміжної спеціальності або соціального працівника.

Мета дослідження – вивчення соціально-демографічних та гендерних характеристик скоєних суїцидальних спроб мешканцями м. Лисичанська та прилеглих територій у період 2006–2013 років з метою подальшої оцінки прогнозування наслідків суїцидальної активності.

Матеріали і методи. У ході роботи з 15 тис. медичних карт стаціонарних хворих, які проходили лікування в стаціонарних відділеннях ЛОПЛ, були відібрані та проаналізовані 409 випадків суїцидальної та аутоагресивної поведінки пацієнтів. Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (квадратичне відхилення) на комп'ютері з використанням обчислювальних таблиць Excel Microsoft Office 2014.

Результати. У результаті дослідження 409 випадків суїцидальної поведінки пацієнтів встановлені значні гендерні відмінності за формою, причинами суїцидальної поведінки, віком та діагнозом.

Висновки. Найчастішою формою суїцидальної поведінки чоловіків є суїцидальна спроба (парасуїцид); провідною формою суїцидальної поведінки жінок є суїцидальний намір, який, поряд з суїцидом, зустрічається частіше, ніж у чоловіків. Суїцидальна активність у чоловіків у першій половині життя зростає і її пік припадає на вік 30 – 39 років, тоді як суїцидальна активність жінок має два практично рівнозначних піки активності: в 20 – 29 і 50 – 59 років. Провідним мотивом суїцидальної поведінки у чоловіків є уникнення нестерпної життєвої ситуації, тоді як у жінок – уникнення страждань. Найбільш схильні до суїцидальної поведінки, як свідчать дані нашого дослідження, психічно здорові чоловіки, на другому місці – пацієнти із залежністю від психоактивних речовин, на третьому – чоловіки з розладом особистості. У жінок перше місце за суїцидальною активністю займають пацієнтки з афективними розладами, друге – хворі на шизофренію, шизотипові і маячні розлади, третє – пацієнтки з залежністю від психоактивних речовин.

Ключові слова:
суїцид, суїцидальна поведінка, мотиви суїциду, форма суїциду.

Актуальність. Соціально-економічна ситуація, що склалася в Україні впродовж останніх десятиліть, призвела до змін у суспільній свідомості та розвитку соціально-стресових розладів у значної кількості громадян [10].

Аналіз епідеміологічної ситуації стосовно поширеності суїцидальної поведінки в Україні [1, 4, 7] показує, що протягом останнього десятиліття (з 2006 року) її рівень має тенденцію до зниження, внаслідок чого Україна перемістилася з групи країн із високим, або «критичним», рівнем суїцидів (більше 20 на 100 тис. населення) у групу країн із середнім рівнем поширеності самогубств (15–20 на 100 тис. населення). Проте у промисловому регіоні Донбасу цей рівень залишався високим.

Потреба у вивченні всього спектра суїцидальної поведінки населення, на наш погляд, лежить у тому, що дуже часто суїцидальним спробам з летальним результатом передують суїцидальні задуми, наміри, аутоагресивні дії без значної загрози для життя і здоров'я пацієнтів, які можуть потрапляти у поле зору лікарів-психіатрів, лікарів суміжних спеціальностей або соціальних працівників. Ізольоване вивчення суїцидальних актів тільки з летальним результатом, на наш погляд, порівнянне з вивченням тільки тих випадків соматичних захворювань, які закінчилися смертю пацієнта.

Мета – визначити епідеміологічні, гендерні, клініко-психопатологічні особливості суїцидальної поведінки

населення, яке проживає в депресивному промисловому районі Донбасу.

Завдання дослідження

Проаналізувати динаміку поширеності суїцидальної поведінки.

Вивчити гендерні, вікові, сімейні та освітні характеристики осіб з суїцидальною поведінкою.

Встановити взаємозв'язок між характером психічних розладів та мотивами суїцидальної поведінки.

Матеріали та методи дослідження

Нами були відібрані та проаналізовані 409 медичних карт стаціонарних хворих (ф №003/о) з випадками суїцидальної і аутоагресивної поведінки, які проходили лікування в стаціонарних відділеннях Лисичанської обласної психіатричної лікарні в період 2006–2013 років.

При використанні анамнестичного та клініко-психопатологічного методу критерієм оцінки стану пацієнта була міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

У ході роботи аналізували весь спектр суїцидальної поведінки (СП), який включає в себе суїцидальні думки, задуми, наміри і дії, спрямовані на самоушкодження або самознищення, тобто всі внутрішні і зовнішні форми суїцидальної активності [5, 8, 11].

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (квадратичне відхилення) на комп'ютері з використанням обчислювальних таблиць Excel Microsoft Office 2010 [9].

З огляду на те, що частина даних щодо пацієнтів – жінок за період з 2006 по 2008 рік загублена, у розрахунку динаміки по роках враховували тільки дані за 2009–2013 рр. (322 пацієнти). Всі інші показники обчислювали для 409 пацієнтів.

Результати та їх обговорення

Встановлено, що за період з 2009 по 2013 рік у відділення Лисичанської обласної психіатричної лікарні госпіталізовано 322 пацієнти з СП, в тому числі 143 жінки – 44,4 % і 176 чоловіків – 55,6 %, що співвідноситься як 1÷1,23 (рис. 1).

При аналізі форм суїцидальної поведінки [5] враховували пасивні суїцидальні думки (фантазії на тему своєї смерті, але не позбавлення себе життя), суїцидальні задуми (розробка плану суїциду), наміри (рішення до виконання плану), суїцид (навмисне, усвідомлене і швидке позбавлення себе життя) і суїцидальні спроби (самоушкодження, які не закінчилися смертю, і які націлені на реалізацію бажаних суб'єктом змін за рахунок фізичних наслідків), (табл. 1, рис. 2).

Правильність віднесення суїцидальних спроб (дій, які свідомо не

Таблиця 1. Розподіл суїцидальної поведінки за формами урахуванням статі (2006–2013 рр.)

Форма СП	Чоловіки		Жінки	
	Кількість	%	Кількість	%
Суїцидальні думки	29	11,4±0,26	18	11,7±0,20
Суїцидальні задуми	21	8,2±0,22	14	9,1±0,17
Суїцидальні наміри	63	24,7±0,38	48	31,2±0,33
Суїцид	56	22±0,36	41	26,6±0,30
Суїцидальні спроби (парасуїциди)	86	33,7±0,45	33	21,4±0,27
Всього	255	100 %	154	100 %

несуть загрози життю) до суїцидальної поведінки дискусабельна, тому що метою суїцидальної спроби є досягнення своїх цілей без позбавлення себе життя.

Однак ми вважаємо, що суїцидальні спроби є одним із видів суїцидальної поведінки. Суїцидальна спроба в процесі здійснення може закінчитися нещасним випадком з летальним результатом, може привести до певного стереотипу поведінки або стати пусковим механізмом у формуванні істинної суїцидальної поведінки. Це підтверджують наші спостереження двох випадків суїцидів у чоловіків, один з яких закінчився летальним результатом. В анамнезі у цих пацієнтів був ряд суїцидальних спроб.

Аналіз розподілу суїцидальної поведінки пацієнтів за формами показав, що суїцидальні наміри (31,2±0,33 %) і суїцид (26,6±0,3 %) достовірно частіше спостерігалися у жінок, ніж у чоловіків – (24,7±0,38 %) і (22±0,36 %) відповідно, а суїцидальні спроби – частіше у чоловіків (33,7±0,45 %), ніж у жінок (21,4±0,27 %).

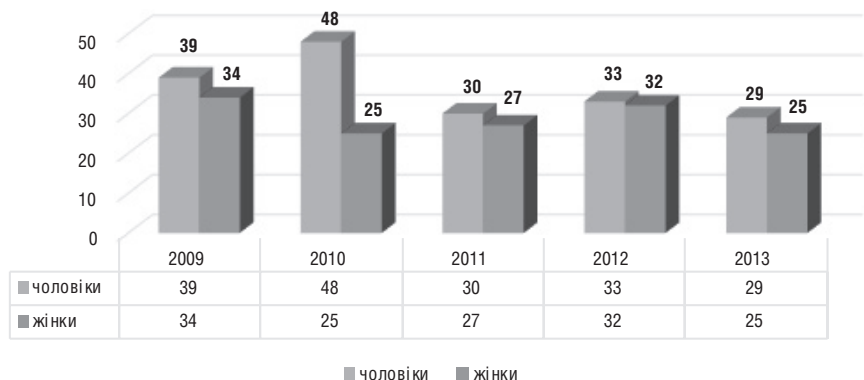


Рис. 1. Розподіл суїцидальної поведінки по роках

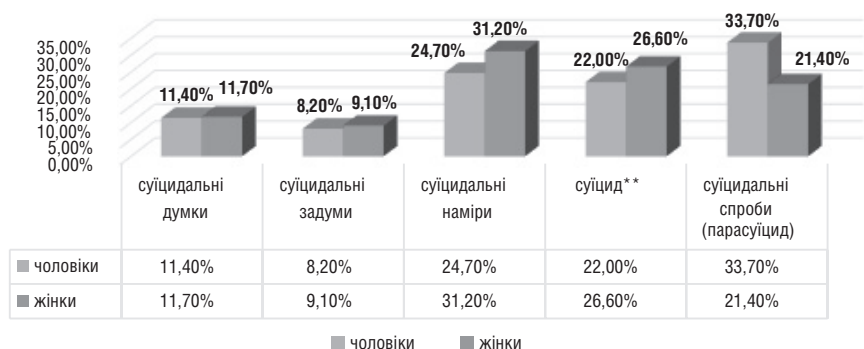


Рис. 2. Розподіл суїцидальної поведінки за формами з урахуванням статі

* До парасуїцидів віднесені всі випадки самопорізів, окрім випадків, коли самопорізи були глибокими, були нанесені на самоті з докладанням зусиль для вільного витікання крові;

** До суїцидів віднесені всі випадки отруєння, окрім отруєння свідомо незначною кількістю або не призначеними для цього речовинами.

Таблиця 2. Розподіл суїцидальної поведінки за віком з урахуванням статі

Вік, роки	Чоловіки		Жінки		Всього
	Кількість	%	Кількість	%	
18-19	12	4,7±0,63	6	3,9±0,41	18
20-29	66	25,9±0,62	36	23,4±0,35	102
30-39	87	34,1±0,68	27	17,5±0,28	114
40-49	38	14,9±0,63	20	13±0,34	58
50-59	31	12,1±0,52	37	24±0,43	68
60-69	14	5,5±0,59	10	6,5±0,38	24
70-79	5	1,9±0,4	14	9,1±0,50	19
80+	1	0,4±0,44	2	1,3±0,48	3
Всього	255		154		409

При аналізі розподілу суїцидальної поведінки за віком встановлено (табл. 2, рис. 3), що в чоловіків у віковий період 18 – 39 років спостерігається зростання суїцидальної активності з піком у 30 – 39 років (31,1±0,68 %), після чого суїцидальна активність поступово знижується. У жінок пік суїцидальної активності припадає на 20 – 29 років (23,4±0,28 %) і 50 – 59 років (24±0,43 %).

Аналіз характеру пускових механізмів, що призводили до суїцидальної поведінки, показав, що мотиви були поділені наступним чином: запит допомоги, протест-помста (провокована почуттям образи спроба, яка спрямована на індукцію відчуття вини у значущої людини), уникнення нестерпної життєвої ситуації (як засіб маніпуляції іншими), уникнення страждань, покарання себе (провокується гіпертрофованим почуттям провини), жертвопринесення (потреба «спокутувати провину») і возз'єднання зі значимою людиною після смерті.

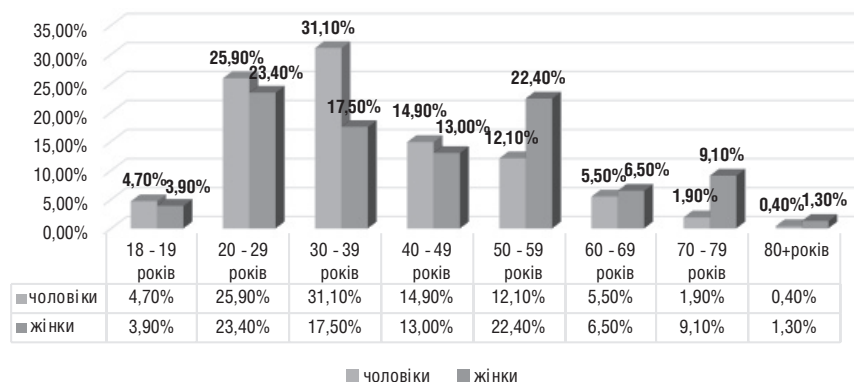


Рис. 3. Розподіл суїцидальної поведінки за віком з урахуванням статі



Рис. 4. Розподіл суїцидальної поведінки за мотивами з урахуванням статі

Таблиця 3. Розподіл суїцидальної поведінки за мотивами з урахуванням статі

Мотив	Чоловіки		Жінки		Всього
	Кількість	%	Кількість	%	
«Крик про допомогу», заклики	44	17,2±0,32	21	13,6±0,21	76
Протест, помста	48	18,8±0,33	28	18,2±0,25	76
Уникнення нестерпної життєвої ситуації	84	32,4±0,44	18	11,7±0,20	102
Уникнення страждань	40	15,7±0,30	53	34,4±0,34	93
Самопокарання	28	11±0,25	26	16,9±0,24	54
Жертвопринесення	10	3,9±0,15	6	3,9±0,11	16
Возз'єднання	1	0,4±0,04	2	1,3±0,06	3
Всього	255		154		409

Три випадки суїцидальної поведінки, мотивом яких стала спроба позбавити родичів від себе як «тягаря», були віднесені нами до жертви.

Проведений аналіз (табл. 3, рис. 4) виявив найбільші гендерні відмінності в значущості таких мотивів як уникнення нестерпної життєвої ситуації, які стали причинами суїцидальної поведінки у чоловіків (32,4±0,44 %) і у жінок (11,7±0,2 %). Зворотна ситуація спостерігалася в мотивах уникнення страждань і покарання себе, відповідно у жінок (34,4±0,34 % і 16,9±0,24 %) і у чоловіків (15,7±0,3 % і 11±0,25 %).

Аналіз суїцидальної поведінки при різних психічних захворюваннях показав вкрай неоднорідну картину розподілу між чоловіками і жінками.

Найбільший показник суїцидальної активності чоловіків припав на здорових осіб – 23,9±0,38 %, хворих на алкогольну залежність – 18,4±0,33 % і пацієнтів з розладами особистості – 18,4±0,33 %.

Провідними захворюваннями, при яких була найбільшою суїцидальною активністю у жінок, стали шизофренія, шизотипові і маячні розлади – 26±0,3 %, афективні розлади – 27,9±0,31 % (табл. 4, рис. 5).

Вивчення рівня освіти пацієнтів з суїцидальною поведінкою показало, що і у чоловіків і у жінок найбільшу питому вагу складали особи, що мали середню спеціальну освіту – у чоловіків (79,2±0,69 %) і у жінок (42,8±0,38 %), що, ймовірно, відображає загальний освітній рівень населення. При цьому жінки з вищою освітою становили 24±0,29 %, а чоловіки – 4,7±0,16 % (рис. 6).

Аналіз сімейного стану пацієнтів (рис. 7) показав, що неодружені чоловіки більш схильні до суїцидальної поведінки (50,2±0,55 %), ніж незаміжні жінки (29,2±0,32 %), і відзначається зворотна залежність, коли заміжні жінки склали (35,1±0,35 %) в порівнянні з одруженими чоловіками (29,8±0,42 %).

Висновки

Проведене дослідження встановило певні особливості суїцидальної поведінки населення, яке мешкає у депресивному промисловому районі Донбасу.

1. Найчастішою формою суїцидальної поведінки у чоловіків була суїцидальна спроба (парасуїцид) – $33,7 \pm 0,45$ %, метою якого служить реалізація бажаних суб'єктом змін за рахунок фізичних наслідків. Дана форма поведінки значно перевищує аналогічний показник серед жінок ($21,4 \pm 0,27$ %).

2. Провідною формою суїцидальної поведінки у жінок був суїцидальний намір ($31,2 \pm 0,33$ %), який, поряд з суїцидом, зустрічався частіше, ніж у чоловіків ($24,7 \pm 0,38$ %).

3. Суїцидальна активність у чоловіків в першій половині життя наростає, її пік припадає на вік 30 – 39 років, а далі неухильно знижується, тоді як суїцидальна активність жінок має два практично рівнозначних піки активності – в 20 – 29 і 50 – 59 років.

4. Провідним мотивом суїцидальної поведінки у чоловіків є уникнення нестерпної життєвої ситуації ($32,4 \pm 0,44$ %), тоді як у жінок – уникнення страждань ($34,4 \pm 0,34$ %).

5. Найбільш схильні до суїцидальної поведінки психічно здорові чоловіки – F 00 ($23,9 \pm 0,38$ %), пацієнти з залежністю від алкоголю – F 10 ($18,4 \pm 0,33$ %) та чоловіки з розладом особистості – F 60-69 ($18,4 \pm 0,33$ %).

6. У жінок найвагомішими чинниками суїцидальної активності є афективні розлади – F 30-39 ($27,9 \pm 0,31$ %), шизофренія, шизо-типові та маячні розлади F 20-29 ($26 \pm 0,3$ %) та залежність від алкоголю – F 10-19 ($12,3 \pm 0,2$ %).

На наступному етапі нашого дослідження планується більш детальне вивчення різних форм і мотивів суїцидальної поведінки населення з урахуванням особливої соціально-політичної ситуації в регіоні проведення АТО.

Список використаної літератури

- Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология / Газета «Новости медицины и фармации». – 2015. – 540. – С. 30–34.
- Юрьева Л. Н. Социокультуральная динамика осознанного суицидального поведения / Газета «Новости медицины и фармации». – 2015. – 540. – С. 53–55.
- Ришковська Н. О. Аналіз динаміки суїцидальних спроб / Н. О. Ришковська, В. О. Ришковський // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, № 1 (80) – С. 52–56.
- Динаміка стану психічного здоров'я населення та організації психіатричної і наркологічної допомоги в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2009–2013 роки у графіках і таблицях) / Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, Центр медичної статистики МОЗ України; укладачі: О. О. Суховій, О. О. Петриченко, Н. М. Степанова [та ін.]; відповідальні редактори: І. Я. Пінчук, М. В. Голубчиков.

Таблиця 4. Розподіл суїцидальної поведінки за діагнозом з урахуванням статі

Шифр захворювання	Чоловіки		Жінки		Всього
	Кількість	%	Кількість	%	
00-02	1	0,4±0,04	2	1,3±0,06	3
06	9	3,5±0,14	11	7,1±0,15	20
07	12	4,7±0,16	2	1,3±0,06	14
10	47	18,4±0,33	19	12,3±0,20	66
11-19	9	3,5±0,14	2	1,3±0,06	11
20-29	30	11,8±0,26	40	26±0,30	70
30-39	29	11,4±0,26	43	27,9±0,31	72
40-48	4	1,6±0,09	9	5,8±0,14	13
60-69	47	18,4±0,33	7	4,5±0,12	54
70-79	6	2,3±0,12	3	1,9±0,08	9
00	61	23,9±0,38	16	10,4±0,19	77
Всього	255		154		409

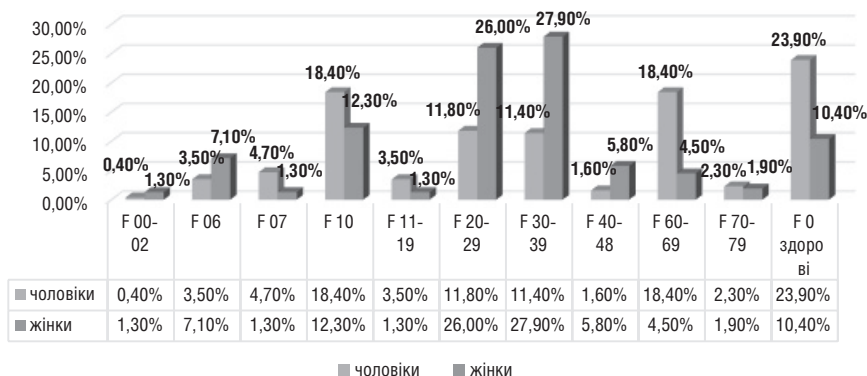


Рис. 5. Розподіл суїцидальної поведінки за діагнозом з урахуванням статі



Рис. 6. Розподіл суїцидальної поведінки за рівнем освіти з урахуванням статі

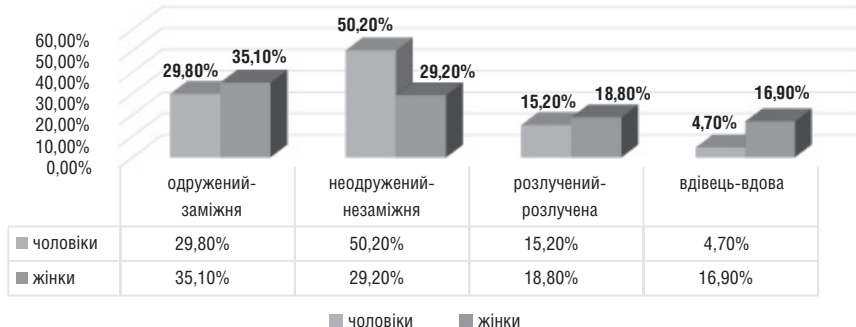


Рис. 7. Розподіл суїцидальних спроб залежно від сімейного стану з урахуванням статі

- Київ: Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології; Центр медичної статистики МОЗ України, 2014. – 665 с.
5. Ласый Е. В. Выявление пациентов с суицидальным риском в общемедицинской практике: учебно-методическое пособие / Е. В. Ласый, О. И. Паровая. – Мн.: БелМАПО, 2012. – 34 с.
 6. Фактори ризику здійснення завершених суїцидальних спроб у психічно хворих (Літературний огляд) / А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна, Р. В. Лакінський // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17, вип. 1 (58) – С. 33–36.
 7. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50) – С. 34–36.
 8. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография / Л. Н. Юрьева – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
 9. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабиш. – К.: Моріон, 2000. – 320 с.
 10. Александровский Ю. А. Социально-стрессовые расстройства / Ю. А. Александровский // «РМЖ». – 1996. – № 11. – С. 2.
 11. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980. – 48 с.

References

1. Yur'eva, L. M. (2015). Suicidologicheskaja situacija v Ukraine: statistika i jepidemiologija [A suicide situation in Ukraine: statistics and epidemiology]. *Gazeta «Novosti mediciny i farmacii» – The newspaper «News of Medicine and Pharmacy»*, no. 540, pp. 30–34.
2. Yur'eva, L. M. (2015). Sociokul'tural'naja dinamika osoznannogo suicidal'nogo povedenija [Socio-cultural dynamics of conscious suicidal behavior]. *Gazeta «Novosti mediciny i farmacii» – The newspaper «News of Medicine and Pharmacy»*, no. 540, pp. 53–55.
3. Ryshkovska, N. O., & Ryshkovskiy, V. O. (2015). Analiz dynamiky suitsydalnykh sprob [The analysis of suicide attempts]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 21, no. 1 (80), pp. 52–56.
4. Pinchuk, I. Ya., Holubchikov, M. V., Sukhovii, O. O., Petrychenko, O. O., Stepanova, N. M., Shum, S. S., & Chaika, A. V. (2014). Dynamika stanu psykichnoho zdorovia naselennia ta orhanizatsii psykhiatrychnoi i narkolohichnoi dopomohy v Ukraini (analytychno-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)]. Kyiv, 665 p.
5. Lasyj, E. V. & Parovaja, O. I. (2012). Vyjavenie pacientov s suicidal'nym riskom v obshhemedicinskoj praktike [Identification of patients with suicidal risk in general practice]. Minsk, BelMAPO, 34 p.
6. Bacherykov, A. M., Matuzok, E. H., Kharina, K. V., & Lakynskiy, R. V. (2009). Faktory ryzyku zdiisnennia zavershenykh suitsydalnykh sprob u psykichnokhvorykh (Literaturnyi ohliad) [Risk factors for the implementation of completed suicide attempts in psychiatric patients (Literary Review)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi* – *Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 17, issue 1 (58), pp. 33–36.
7. Yur'eva, L. M. (2007). Suicidologicheskaja situacija v Ukraine: realii i perspektivy [A suicide situation in Ukraine: realities and prospects]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi* – *Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 15, issue 1 (50), pp. 34–36.
8. Yur'eva, L. M. (2006). Klinicheskaja suicidologija [Clinical suicidology]. Dnepropetrovsk, Porogi, 472 p.
9. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., & Babych, P. N. (2000). Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv, Morion, 320 p.
10. Aleksandrovskij, Ju. A. (1996). Social'no-stressovye rasstrojstva [Socio-stressful disorders]. *RMZh*, no. 11, p. 2.
11. Ambrumova, A. G., & Tihonenko, V. A. (1980). Diagnostika suicial'nogo povedenija [Diagnosis of suicidal behavior]. Moscow, 48 p.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕПРЕССИВНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ Г. ЛИСИЧАНСКА (2006-2013 ГГ.)

П. В. Будённый

Актуальность. Потребность в изучении всего спектра суицидальной активности состоит в том, что часто суицидальной попытке с летальным исходом предшествуют замыслы, намерения, аутоагрессивные акты без значительной угрозы для жизни и здоровья пациента, которые могут попадать в поле зрения врача-психиатра, врача смежной специальности или социального работника.

Цель исследования. Изучение социально-демографических и гендерных характеристик совершенных суицидальных попыток у населения г. Лисичанска и прилегающих территорий в период 2006–2013 годов для дальнейшей оценки прогнозирования последствий суицидальной активности.

Материалы и методы. В ходе работы из 15 тыс. медицинских карт стационарных больных, проходивших лечение в стационарных отделениях ЛОПБ, были проанализированы 409 случаев суицидального и аутоагрессивного поведения пациентов. Обработка полученных данных осуществлялась методами математической статистики (квадратичное отклонение) на компьютере с использованием вычислительных таблиц Excel Microsoft Office 2014.

Результаты. В результате исследования 409 случаев суицидального поведения пациентов установлены значительные гендерные различия по форме, причинам суицидального поведения, возрасту и диагнозу.

Выводы. Наиболее часто встречаемой формой суицидального поведения мужчин является суицидальная попытка (парасуицид). Ведущей формой суицидального поведения женщин является суицидальное намерение, которое, наряду с суицидом, встречается чаще, чем у мужчин. Суицидальная активность у мужчин в первой половине жизни нарастает и ее пик приходится на 30 – 39 лет, тогда как суицидальная активность женщин имеет два практически равнозначных пика активности – в 20 – 29 и 50 – 59 лет. Ведущим мотивом суицидального поведения у мужчин является избегание непереносимой жизненной ситуации, в то время как у женщин – избегание страданий. Наиболее склонны к суицидальному поведению, согласно нашему исследованию, психически здоровые мужчины, на втором месте – пациенты с зависимостью от психоактивных веществ, на третьем – мужчины с расстройством личности. У женщин первое место по суицидальной активности занимают пациентки с аффективными расстройствами, второе – с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, третье – пациентки с зависимостью от психоактивных веществ.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, мотивы суицида, форма суицида.

FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS LIVING IN A DEPRESSED INDUSTRIAL REGION LISICHANSK (2006–2013)

P. V. Budonnyi

Background. The need to study the entire spectrum of suicidal activity lies in the fact that often a suicide attempt with a fatal outcome is preceded by, intentions, autoaggressive acts without substantial risk to the life and health of the patient, which can get into the field of view of a psychiatrist, doctor related field or a social worker.

Objective. The study of the socio-demographic and gender characteristics of suicide attempts made by the population of Lisichansk and surrounding areas between 2006–2013 for further study of suicidal activity.

Methods and materials. During the work, out of 15 thousand medical records of inpatients, who were treated in hospital departments LRPH, were analyzed 409 cases of suicidal behavior and autoaggressive behavior of patients. Processing of the data was carried out by methods of mathematical statistics (standard deviation) on a computer using computational tables Excel Microsoft Office 2014.

Results. The study 409 cases of suicidal behavior patients showed significant gender differences in the shape, the causes of suicidal behavior, age and diagnosis.

Conclusions. The most common form of suicidal behavior of men is a suicide attempt (parasuicide). The leading form of suicidal behavior of women is suicidal intent, which along with suicide, are more common than among men. Men's suicidal activity increases during the first half of life with its peak in 30 – 39 years, whereas suicidal activity of women has two nearly equivalent activity peaks in 20 – 29 and 50 – 59 years. The men's leading suicide behavior motive is avoiding intolerable situations, while women's is avoiding suffering. Most prone to suicidal behavior, according to our study, are mentally healthy men, in the second place – patients with psychoactive substances addiction, in the third place – men with personality disorders. Among women, the first place in suicidal activity take patients with affective disorders, the second – with schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, the third – patients with psychoactive substances addiction.

Key words: suicide, suicidal behavior, suicidal motives, form of suicide.

Стаття надійшла до редакції 10.08.2016 р.

БУДЬОННИЙ Павло Валерійович, головний лікар Лисичанської обласної психіатричної лікарні, м. Лисичанськ, асистент кафедри психіатрії та наркології ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com

БУДЁННЫЙ Павел Валерьевич, главный врач Лисичанской областной психиатрической больницы, г. Лисичанск, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com

BUDONNYI Pavlo Valeriiovych, Head of Lysichansk Regional Mental Hospital, Lysichansk, Assistant of the Department of Psychiatry and Narcology of State Institution "Lugansk State Medical University", Rubizhne; e-mail: lisoblpsihiatria@gmail.com

О. Г. Буздиган

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ЯК ОСНОВА ОПТИМІЗАЦІЇ ПІДХОДІВ ДО ЇХ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З УРАХУВАННЯМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА

Вінницька обласна клінічна психоневрологічна лікарня імені О. І. Ющенка, м. Вінниця
lenab2016@gmail.com

Мета роботи – розробка й обґрунтування підходів до функціональної діагностики пацієнтів з шизофренією та визначення клініко-функціональних особливостей чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), для більшої персоніфікації комплексного лікування та оптимізації їх психосоціальної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження. На базі Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні імені О. І. Ющенка з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2007 – 2016 рр. було комплексно обстежено 420 хворих на ПШ, поділених на дві групи: 210 чоловіків та 210 жінок. Використовували клініко-психопатологічний, психометричний та психодіагностичний методи. Критерієм включення пацієнтів у дослідження було встановлення діагнозу «ПШ» відповідно до критеріїв МКХ-10. Середній вік обстежених хворих склав $44,3 \pm 11,6$ років, чоловіків – $43,9 \pm 9,6$ років, жінок – $44,7 \pm 13,2$ років.

Результати. Поєднання медичних та соціальних чинників дезадаптації висуває особливі вимоги, яким має відповідати клініко-функціональний діагноз та реабілітаційний висновок, а саме: 1. обов'язковість встановлення не лише нозологічного та анатомічного, але й функціонального діагнозу на основі комплексного обстеження психічного стану хворого; 2. урахування не лише уражених, а й збережених функцій, визначення можливостей компенсації клінічного, соціального та трудового дефектів, урахування збережених (здорових) якостей та індивідуальних особливостей хворого, його інтересів, установок тощо; 3. зіставлення клінічного стану пацієнта із соціальними вимогами та вимогами виробничої діяльності людини, а саме, оцінюванням вагомості симптомів та їхнього впливу на здатність займатися звичайною діяльністю; 4. урахування того, що на тлі психопатологічної симптоматики реагування особистості на позитивні або негативні зовнішні впливи (стимули) проявляється у формі дезорганізуючого емоційного стану; 5. урахування впливу психопатологічної симптоматики, який обмежує застосування інтелектуальних здібностей (розуму, волі тощо), які практично виключаються з процесу оцінювання зовнішніх впливів та внутрішніх переживань, аналізу їх значущості для особистості.

Висновок. Отримані дані були покладені нами в основу при розробці підходів до оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на ПШ з урахуванням гендерного чинника.

Ключові слова:
параноїдна шизофренія,
чоловіки, жінки,
функціональний діагноз,
клініко-функціональні
особливості.

Актуальність. Шизофренія є однією з центральних проблем сучасної психіатрії. Поширеність її складає від 0,3 до 2,0 %, первинна захворюваність – від 0,3 до 1,2 %. Шизофренія вражає найпродуктивнішу вікову категорію населення: 90 % хворих – особи у віці від 15 до 55 років. Хворі на шизофренію займають близько 50 % ліжок у психіатричних стаціонарах; вони також є основним контингентом при наданні амбулаторної психіатричної допомоги. Шизофренія входить до десятки захворювань з найбільшою інвалідизацією, понад 90 % хворих на цю патологію є інвалідами I та II груп. Шизофренія є тягарем для суспільства: у загальному списку економічних втрат

від хвороб ВООЗ, розрахованому з використанням індексу DALYs (Disability-Adjusted Life Year), у віковій групі від 15 до 44 років шизофренія посідає 8 місце (2,6 %), випереджаючи ішемічну хворобу серця, цереброваскулярну хворобу та війни. Прямі економічні витрати, пов'язані з нею, складають 0,2–0,25 % ВВП, непрямі оцінюються щонайменше втричі вище [1–4].

Ефективність лікувально-реабілітаційних заходів при шизофренії залишається недостатньою, значна частина хворих є соціально неадаптованими [5]. Сучасні концепції надання психіатричної допомоги наголошують на важливій ролі соціальної адаптації та соціальної реабілі-

тації у комплексі лікувально-профілактичних заходів при шизофренії. Однак попри активізацію наукових пошуків у цьому напрямку, яка спостерігається останніми роками, питання соціальної реабілітації та адаптації хворих на шизофренію залишаються одним з найуразливіших місць системи надання психіатричної допомоги. Система реабілітації хворих на шизофренію, яка існує сьогодні, значною мірою формалізована, знеособлена, не враховує ступеня соціальної дезадаптації хворого та особливостей його соціального функціонування (СФ), а відтак має низьку ефективність [6]. У цих умовах особливої актуальності набувають питання розробки комплексної програми індивідуально орієнтованих лікувально-реабілітаційних заходів, які б забезпечували не лише усунення продуктивної та негативної симптоматики захворювання, а й якісну соціальну адаптацію та соціалізацію хворих [7]. Розробка таких програм повинна ґрунтуватися на репрезентативному дослідженні значущих чинників ризику та антиризиків виникнення шизофренії, валідній оцінці стану СФ та якості життя (ЯЖ) пацієнта.

Основою забезпечення повної та адекватної оцінки психічного стану і психосоціальної адаптації пацієнтів є технологія визначення функціонального діагнозу, який відображає клініко-функціональні особливості хворого. Дослідження стану індивідуальної системної інтеграції біопсихосоціальних особливостей хворого за допомогою функціонального діагнозу дає можливість якісно оцінити особливості шизофренічного процесу в контексті патодинамічного, психологічного і соціального компонентів, що дозволяє визначити повноту пристосування хворого до навколишнього середовища.

Загальні засади функціонального психіатричного діагнозу були закладені В. А. Абрамовим, С. А. Пуцаєм, І. І. Кутько [8], які вважали, що функціональний діагноз – це оцінка результату усвідомлення та інтелектуальної обробки хворим патологічного процесу, сформованої внаслідок нього соціальної ситуації, індивідуальної пристосованості та взаємодії хворого із соціальним оточенням. Однак, на жаль, ця технологія не була широко впроваджена в реальній клінічній практиці психіатрії, залишаючись додатковим механізмом, який лікарі-психіатри використовували за власним бажанням та на власний розсуд.

Мета роботи – розробка й обґрунтування підходів до функціональної діагностики хворих на шизофренію; визначення клініко-функціональних особливостей чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), для більшої персоніфікації комплексного лікування та оптимізації їх психосоціальної реабілітації з урахуванням гендерного чинника.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було комплексно обстежено 420 хворих на параноїдну шизофренію (ПШ). Дослідження проводили з дотриманням принципів біоетики і деонтології впродовж 2007–2016 рр. на базі Вінницької обласної клінічної психоневрологічної лікарні імені О. І. Ющенка. Використовували клініко-психопатологічний, психометричний та психодіагностичний методи. Хворих було поділено на дві групи: 210 чоловіків та 210 жінок. Критерієм включення пацієнтів

у дослідження було встановлення діагнозу «ПШ» відповідно до критеріїв МКХ-10. Середній вік обстежених хворих склав $44,3 \pm 11,6$ років: чоловіків – $43,9 \pm 9,6$ років, жінок – $44,7 \pm 13,2$ років.

Результати та їх обговорення

На нашу думку, клініко-функціональний діагноз містить наступні складові:

- основні синдроми, їх стійкість і ступінь вираженості;
- клінічну (нозологічну) форму основного захворювання;
- клінічну (нозологічну) форму ускладнень;
- патопластичне тло;
- стадію патологічного процесу;
- тип перебігу захворювання;
- клінічний прогноз.

Вищезгадані клініко-функціональні показники призводять до медико-соціальних наслідків. Для визначення наслідків захворювання лікар повинен оперувати усіма складовими категоріями клініко-функціональної діагностики. У світовій практиці клініко-функціональна оцінка хвороби та її наслідків базується на принципах Концепції наслідків хвороби [9], яка викладена у «Міжнародній номенклатурі порушень, обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності» [10] та адаптована до МКХ-10 [11].

Першою категорією, згідно з концепцією наслідків хвороби, є порушення (П) здоров'я, яке розглядається як фізичне, психічне і соціальне неблагополуччя, пов'язане з втратою, аномалією, розладом психологічної, фізіологічної, анатомічної структури і (або) функції організму людини. У міжнародній класифікації порушень усі аспекти людського життя, які містять фізичну, психічну і соціальну складові, займають певне інформаційне поле, яке, в свою чергу, розшироване на окремі елементи, у яких відображено функціонування людини на органному, індивідуальному і соціальному рівнях.

Визначення лікарем порушень на органному, індивідуальному і соціальному рівнях при формуванні діагностичного рішення є обов'язковим. Також у випадку загального встановлення основних медико-соціальних категорій обов'язковим є визначення «глибини» порушення.

Наступним у клініко-функціональній діагностиці є оцінювання параметрів життєдіяльності (ПЖ), тобто відхилень від норми діяльності людини внаслідок порушення здоров'я. Параметри життєдіяльності внаслідок шизофренії різноманітні й залежать від багатьох чинників. На них впливають особливості провідного синдрому та особистісні риси, компенсаторні можливості, соціальні та біологічні чинники. Вказані чинники впливають як окремо, так і в сукупності, що призводить до специфічних розладів адаптації.

Остання складова – це сукупна діагностика соціального функціонування та якості життя (СФ та ЯЖ). Тобто оцінка того, може чи ні людина виконувати звичайну для неї роль у житті.

Даний підхід у оцінюванні пацієнтів відповідає загальним підходам щодо визначення групи інвалідності відповідно до Інструкції про встановлення груп інва-

лідності № 183 від 07.04.2004 р. та ґрунтується на оцінці комплексу клініко-функціональних, соціально-педагогічних, соціально-побутових та професійних факторів [12].

Враховують характер захворювання, ступінь порушень функцій організму, в тому числі тих, які істотно впливають на ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів, стан компенсаторно-адаптаційних можливостей організму, клінічний та трудовий прогноз, здатність до соціальної адаптації, потребу в різних видах реабілітації та соціальної допомоги, особистісні установки, конкретні умови і зміст праці, освіту та професійну підготовку, необхідність і можливість працевлаштування [12]. Такий підхід цілком відповідає міжнародним принципам [13] та чинному законодавству України [14]. Діагностичним інструментом у клініко-функціональній діагностиці є МКХ-10.

Складові показники клініко-функціональної діагностики хворих на шизофренію чоловіків та жінок за результатами нашого дослідження можна представити у наступному вигляді (табл. 1).

У клініко-діагностичній практиці оцінка П, ПЖ та діагностика СФ і ЯЖ базується на принципах Концепції наслідків хвороби [10]. Порушення, у контексті оцінки здоров'я, – це втрата або аномалія психологічної, фізіологічної або анатомічної структури чи функції. Необхідно підкреслити, що термін «порушення» є більш ємним, ніж «розлад», оскільки до нього включаються також втрати. У поняття «порушення» включають наявність або появу аномалії, дефекту або втрати кінцівки, органа, тканини або інших частин тіла, дефект у функціонуванні системи або механізму тіла, включаючи систему розумової діяльності [15].

До відхилень ПЖ відносять відхилення від нормальної діяльності людини внаслідок порушень здоров'я, які характеризуються неможливістю здійснювати самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, контроль за поведінкою, навчання, трудову діяльність. Поняття ПЖ є поєднувальною ланкою між порушенням і поняттям СФ та ЯЖ. У характеристиках здоров'я під СФ та ЯЖ розуміють такий недолік, який витікає з порушення та відхилень ПЖ, призводить до обмеження або повної втрати людиною здатності виконувати звичайну для неї роль у житті (залежно від віку, статі, соціального та культурного рівня).

Окремою важливою складовою у клініко-функціональній діагностиці є зміна клінічної картини та проблем у функціонуванні в динаміці перебігу захворювання. Тобто, з одного боку – клініко-функціональна нестабільність,

з іншого – зміни під впливом медикаментозної терапії (позитивні або негативні) призводять до необхідності повторного клініко-діагностичного обстеження. Безумовно, особливістю шизофренії у більшості досліджених чоловіків та жінок є зміна перебігу захворювання, поява нових симптомів та синдромів, що впливало на здатність виконувати соціальні ролі у суспільстві та рівень життєдіяльності пацієнтів. Повторна діагностика дозволяє своєчасно фіксувати можливі зміни, проводити корекцію лікування та реабілітаційної програми. Крім того, повторна діагностика запобігає формуванню діагностичного «кліше» пацієнта, коли нюанси соціально-побутового та професійного функціонування хворого вилучаються з поля зору лікаря. Не ставлячи під сумнів професійність лікарів слід зазначити, що чинник «шаблонності за діагнозом» має місце при обстеженні, особливо так званих «старих» хворих з хронічним перебігом захворювання.

Для досягнення поставленої у дослідженні мети ми проаналізували структуру клініко-психопатологічних симптомів і синдромів, а також параметри самооцінки пацієнтів. Їх вивчення та урахування на етапі формування клініко-функціонального рішення дає можливість розробити у реабілітаційній програмі або відкоригувати заходи психосоціальної реабілітації. Причиною складності (прогнозу стану на етапі реабілітації) детального аналізу симптомів іноді є гостра симптоматика. Проте, оскільки клініко-психопатологічна симптоматика є однією із складових медичних показників, поряд з іншими важливими категоріями, такими як перебіг захворювання та тип дефекту, то при клініко-функціональній діагностиці вона має бути детально відображена у висновку.

Загальна структура психопатологічних синдромів за впливовістю на загальне СФ та ЯЖ у чоловіків та жінок відображена у таблицях 2 і 3.

За сукупним аналізом структури, частоти та ступеня вираженості позитивних, негативних та загальних психопатологічних синдромів як складових медичного показника при формулюванні клініко-функціонального діагнозу у жінок та чоловіків з ПШ, можна узагальнити наступне:

1. Диференційна діагностика позитивних та негативних синдромів, яка характеризує індивідуальність клінічної картини шизофренії у чоловіків та жінок, ускладнена, проте діагностика класичних синдромів не викликає особливих труднощів.

2. Загальні психопатологічні синдроми є синдромами різного ступеня вираженості, з якими пацієнт живе постійно, як у період загострення, так і у період ремісії

Таблиця 1. Складові показники клініко-функціональної діагностики

Медичні показники							
форма розладу	провідний синдром	тип перебігу	тяжкість розладу	ступінь вираженості	провідне ускладнення	ефективність лікування	психологічна установка
Соціальні показники							
джерела прибутку	матеріальна забезпеченість	наявність та комфортність житла	відомості про осіб, що проживають з хворим	комунальна інфраструктура	транспортні комунікації		
Трудові (професійні) показники							
рівень кваліфікації праці	здатність виконувати трудові функції	здатність виконувати трудові обов'язки	обсяг трудової діяльності	тяжкість та напруженість праці	ступінь небезпеки праці		

Таблиця 2. Загальна структура психопатологічних синдромів за впливовістю на СФ та ЯЖ й потребу в корекції реабілітаційних заходів у чоловіків з ПШ

Симптом або синдром	Наявність або відсутність впливу	Потреба у корекції програми реабілітації
Позитивні		
Галюцинаторний синдром	+++	***
Ілюзії	—	—
Психічні автоматизми	+++	***
Формальні розлади мислення	+++	***
Маячні думки	+++	***
Нав'язливі думки та обсерсії	+++	***
Ейфорія	++	—
Дисфорія	+++	***
Пароксизмальні розлади	—	—
Порушення свідомості	—	—
Негативні синдроми		
Амнезія	+++	***
Парамнезії	+++	***
Апатія	+++	***
Загальні психопатологічні синдроми		
Фобії	++	—
Тривога	++	—
Депресія	++	—
Неврастенічні реакції	++	—
Іпохондрія	++	—

Примітки: 1. «+++» – значний вплив; «++» – незначний вплив; «—» – відсутність впливу;
2. «***» – обов'язкова потреба у корекції реабілітаційних заходів, «—» – відсутність обов'язкової потреби у корекції реабілітаційних заходів.

захворювання, на відміну від позитивних та негативних синдромів, які є більш тяжкими та стабільними, проте знаходяться під впливом фармакотерапії, що зменшує їх актуальність для пацієнта.

Таким чином, лише при застосуванні схеми: «клінічна картина (де обов'язково враховується перебіг захворювання та тип дефекту) – визначення ПЖ – реабілітаційні заходи» можна стверджувати, що медичні показники реабілітації будуть дійсно враховані у індивідуальній програмі психосоціальної реабілітації з урахуванням гендерного аспекта.

Під врахуванням гендерного аспекта ми розуміємо відмінності руйнування параметрів життєдіяльності у сферах функціонування, які представлено у таблиці 4.

Самообслуговування. Враховують догляд пацієнтом за майном: прибирання, прання, миття посуду, уміння купувати продукти, користуватися грошима, проводити господарський ремонт. Оцінюють дотримання особистої гігієни (прийняття ванни, гоління, догляд за одягом, волоссям, чистота нігтів) у прийнятих соціальних нормах. Враховують уміння чистити зуби, голитися, мити руки

Таблиця 3. Загальна структура психопатологічних синдромів за впливовістю на СФ та ЯЖ й потреба у корекції реабілітаційних заходів у жінок з ПШ

Симптом або синдром	Наявність або відсутність впливу	Потреба у корекції програми реабілітації
Позитивні		
Галюцинаторний синдром	++	**
Ілюзії	—	—
Психічні автоматизми	++	**
Формальні розлади мислення	+++	***
Маячні думки	++	**
Нав'язливі думки та обсерсії	++	**
Ейфорія	+	—
Дисфорія	++	**
Пароксизмальні розлади	—	—
Порушення свідомості	—	—
Негативні синдроми		
Амнезія	++	**
Парамнезії	++	**
Апатія	++	**
Загальні психопатологічні синдроми		
Фобії	+++	**
Тривога	+++	**
Депресія	++	—
Неврастенічні реакції	++	—
Іпохондрія	++	—

Примітки: 1. «+++» – значний вплив; «++» – незначний вплив; «—» – відсутність впливу;
2. «***» – обов'язкова потреба у корекції реабілітаційних заходів, «—» – відсутність обов'язкової потреби у корекції реабілітаційних заходів.

Таблиця 4. Відмінності руйнування параметрів життєдіяльності у сферах функціонування у жінок та чоловіків, хворих на шизофренію

Сфера функціонування	Чоловіки	Жінки
Самообслуговування	«+»	«++»
Пересування	«++»	«++»
Орієнтація	«+++»	«+++»
Спілкування	«++»	«++»
Контроль за поведінкою	«+»	«+»
Трудова діяльність	«++»	«+»
Навчання	«+»	«+»
Професійне навчання	«++»	«+»
Здобуття освіти	«+»	«+»

Примітка. «+++» – повна збереженість; «++» – часткова збереженість; «+» – низький рівень збереженості.

тощо. Оцінюють уміння готувати необхідні справи, користуватися кухонним приладдям, газом, водою, електрикою, здатність приймати їжу, навички користування столовими приладами, охайність при вживанні їжі.

Пересування. Враховують здатність пацієнта самостійно пересуватися, користуватися громадським транспортом, дотримуватися правил дорожнього руху. Оцінюють потребу пацієнта у наданні відповідної допомоги.

Орієнтація. Враховують стан систем орієнтування, комунікації, орієнтації у власній особистості, місці, часі і просторі, здатність аналізувати й адекватно реагувати на інформацію. Оцінюють можливість компенсації дисфункції мови і поведінки медикаментозними засобами. Встановлюють наявність у пацієнта в анамнезі наступних ситуацій: стояв близько 30 хвилин, не знаючи, де знаходиться; вставав, а потім сідав; відчував труднощі при орієнтації у власному будинку; відчував труднощі при пересуванні не в будинку; відчував труднощі при пересуванні на 1–1,5 кілометра.

Спілкування. Враховують готовність спілкуватися, а також існуючі реальні контакти, їх якість за останні 30 днів. Враховують здатність до створення нових контактів: кількість словесних контактів з родиною, друзями, випадковими знайомими. Враховують навички та ініціативу в спілкуванні, здатність підтримати, завершити бесіду, звернення з питаннями, прояви зацікавленості в інших людях тощо.

Контроль за поведінкою. Враховують здатність пацієнта самостійно контролювати поведінку в рамках прийнятних суспільних норм. Оцінюють здатність усвідомлювати особисту безпеку, вільно ідентифікувати предмети і людей, поведінку у різних ситуаціях, дотримання громадського порядку, необхідність у наданні відповідної допомоги. Оцінюють схильність до суперечок, дратівливості, конфліктності, антисоціальної поведінки, злості, зневажання особистою охайністю, самопредставництва.

Трудова діяльність. Враховують час приходу на роботу, своєчасне виконання необхідного її обсягу, якість та інтенсивність виконання роботи, дотримання правил поведінки. Не враховують роботу на власній присадибній ділянці. Такими, що працюють, вважають пацієнтів, які документально або зі слів родичів або інших значимих осіб підтвердили наявність роботи.

Навчання. Враховують час приходу на навчання, своєчасне виконання необхідного обсягу завдань, якість та інтенсивність навчання, дотримання правил поведінки тощо. Враховують соматичні захворювання, які не дозволяють пацієнту навчатися. Такими, що навчаються, вважають осіб, які здатні підтвердити (документально або зі слів родичів чи інших значимих осіб) факт свого навчання.

Професійне навчання. Враховують зацікавленість і реальні дії (а не плани) для одержання професії або повернення до роботи, продовження професійного навчання, перенавчання. Враховують участь у професійній підготовці / перепідготовці.

Здобуття освіти. Враховують зацікавленість і реальні дії (а не плани) щодо здобуття освіти [цит. за 16].

Самостійне, незалежне та якісне життя чоловіків та жінок, хворих на шизофренію, базується на багатьох чинниках, серед яких провідну роль відіграють рівні самооцінки та критики. Вказані категорії є базовими складовими при розробці програм психосоціальної реабілітації. Рівні самооцінки і критики впливають

на самообслуговування, виконання домашніх справ, навчання або перенавчання новій професії, що в цілому свідчить про можливість адаптації. Отже, врахування вираженості або наявності даних показників є підставою для корекції індивідуальних рекомендацій з медичної, соціально-побутової та професійної реабілітації.

Зв'язок рівня самооцінки, критики та можливості корекції програми психосоціальної реабілітації відображено у таблиці 5.

Таблиця 5. Зв'язок рівня самооцінки, критики та можливості корекції програми психосоціальної реабілітації

Рівень	Наявність або відсутність впливу	Можливість корекції програми реабілітації
Самооцінка		
Відсутня	+++	***
Знижена	++	***
Адекватна	—	—
Завищена	+++	***
Критика		
Відсутня	+++	***
Знижена	++	***
Адекватна	—	—
Завищена	+++	***

Примітки: 1. «+++» – значний вплив; «++» – незначний вплив; «—» – відсутність впливу.

2. «***» – обов'язкова потреба у корекції реабілітаційних заходів; «—» – відсутність обов'язкової потреби у корекції реабілітаційних заходів.

Як бачимо, визначені показники є вагомими чинниками, що призводять до необхідності корекції програм психосоціальної реабілітації.

Також проаналізовано блок даних, які стосуються змісту рекомендацій з психосоціальної реабілітації у рамках формулювання клініко-функціонального діагнозу. Після виявлення впливу захворювання на ПЖ важливим є визначення «мішеней» реабілітації.

У рамках клініко-функціональної діагностики, якщо лікар встановив знижену здатність за якоюсь зі здібностей, повинні бути складені додаткові рекомендації. Наприклад, структура рекомендацій з соціально-трудової реабілітації повинна враховувати, до чого у категорії трудової діяльності є знижена здатність (виконання трудових обов'язків, об'єм або термін виконання праці, зниження кваліфікації тощо). Крім того, має бути вказано, що саме обумовлює дані параметри (клініко-психопатологічна симптоматика, втрата трудових навичок, психопатологічний дефект особистості тощо). Обов'язковим є врахування гендерного аспекту, оскільки у жінок та у чоловіків втрата тих чи інших функцій відбувається по-різному.

Аналіз результатів дослідження щодо практики обґрунтування та формування клініко-функціонального рішення і розробки заходів з психосоціальної реабілітації дозволив встановити чинники, які призводять до виникнення помилок при формуванні рішення, та зробити ряд узагальнень:

- при проведенні клініко-функціональної діагностики соціальні критерії (соціально-демографічні показ-

ники), які відображають рівень адаптації, СФ та ЯЖ, повинні бути повними на обов'язково враховувати відмінності у руйнуванні сфер функціонування у чоловіків та жінок;

- аналіз медичного показника ПЖ показав, що при описі психічного стану перевагу слід надавати діагностиці позитивних синдромів – формальних розладів мислення та маячних думок; негативних синдромів – амнезії та апатії; загальних психопатологічних синдромів – невротичних та депресії;
- дослідження рівня самооцінки та критики з метою наступної корекції програми психосоціальної реабілітації повинно проводитися обов'язково.

Засадами встановлення й оцінювання клініко-функціональних показників у чоловіків та жінок, хворих на шизофренію, є підходи, викладені у Міжнародній класифікації функціонування ВООЗ (МКФ) [17–20]. У МКФ всі аспекти людського життя, що містять фізичну, психічну і соціальну його сторони, займають певне інформаційне поле. Це інформаційне поле, в свою чергу, розбите на окремі елементи, які називаються доменами здоров'я і доменами, пов'язаними зі здоров'ям. У МКФ деталізовані домени функцій і структур організму, а також активності та участі, що описують різні сфери життя людини. Інформація, отримана при використанні підходів МКФ, дозволяє надавати хворим адресну допомогу. У МКФ детально класифіковані чинники навколишнього середовища щодо конкретного індивіда, які розглядаються як полегшувальні або бар'єрні. Ступінь вираженості полегшувального або бар'єрного чинника оцінюють також за допомогою єдиного універсального показника.

Теоретичним підґрунтям клініко-функціонального діагнозу є підходи МКФ, а саме – оцінка морфологічних й функціональних змін, які позначаються як «порушення» або «дефект» і розглядаються як стан окремого органа чи системи на функціональному рівні. У Міжнародній номенклатурі нині пропонується використовувати 9 основних розділів для їх оцінювання: 1) розумові порушення; 2) інші психологічні порушення; 3) мовні порушення; 4) слухові та вестибулярні порушення; 5) зорові порушення; 6) вісцеральні та метаболічні порушення, розлади харчування; 7) рухові порушення; 8) каліцтво; 9) порушення, пов'язані з причинами загального характеру (загальні порушення).

Оцінка впливу вищезазначених параметрів проводиться обов'язково з виявленням їх впливу на здатність незалежного існування у наступних сферах: самообслуговування (спроможність підтримувати ефективне, незалежне від інших осіб, існування, зокрема функції особистого догляду та іншу повсякденну діяльність, навички особистої гігієни); самостійного пересування (спроможність самостійно переміщуватись у просторі, долати перешкоди, зберігати рівновагу тіла в межах побутової, громадської, професійної діяльності); навчання (здатність до сприйняття та засвоєння знань (загально-освітніх, професійних тощо); володіння навичками та вміннями (соціальними, культурними і побутовими); трудової діяльності (спроможність здійснювати діяльність відповідно до вимог щодо змісту, обсягу та умов виконання роботи); орієнтації (ідентифікація свого місця

знаходження у культурно прийнятному відповідному просторі та часі); спілкування (спроможність встановлювати контакти з людьми, підтримувати звичні суспільні стосунки шляхом сприйняття, переробки та передачі інформації); контролю над своєю поведінкою (спроможність бути свідомим та коректно поводитися у повсякденному житті та у стосунках з оточуючими, адекватно реагувати з урахуванням соціально-правових норм).

Головним наслідком клінічного впливу шизофренії на особистість є розвиток соціальної дезадаптації й формування певної картини адаптації хворого в соціальній ситуації при розвитку хвороби. При цьому у психіку людини з навколишнього середовища проникає й переживається нею лише те, що є найбільш значущим у руслі актуальної установки та переживань. Пацієнти визнають лише власне розуміння навколишнього світу, свого стану й ставлення до нього оточуючих.

Іншою важливою складовою є вивчення особистісних властивостей: темпераменту, характеру, інтелекту, мотивації. Дані параметри формують ті або інші риси особистості, можуть призводити до певного зниження ЯЖ у суспільстві з формуванням рентної та установчої поведінки у хворих на ПШ (рис. 1) [адаптовано з 21].



Рис. 1. Загальна схема формування рентної та установчої поведінки у хворих на шизофренію

Можна зазначити, що поєднання медичних та соціальних чинників дезадаптації висуває особливі вимоги, яким має відповідати клініко-функціональний діагноз та реабілітаційний висновок, а саме:

1. Обов'язковість встановлення не лише нозологічного та анатомічного, але й клініко-функціонального діагнозу на основі комплексного обстеження психічного стану хворого;

2. Урахування не лише уражених, але й збережених функцій, визначення можливостей компенсації клінічного, соціального та трудового дефектів, урахування збережених (здорових) якостей та індивідуальних особливостей хворого, його інтересів, установок тощо;

3. Зіставлення клінічного стану пацієнта із соціальними вимогами та вимогами виробничої діяльності людини, а саме – з оцінюванням вагомості симптомів та їхнього впливу на здатність займатися звичайною діяльністю;

4. Урахування того, що на тлі психопатологічної симптоматики реагування особистості на позитивні або негативні зовнішні впливи (стимули) проявляється у формі дезорганізуючого емоційного стану;

5. Урахування впливу психопатологічної симптоматики, що обмежує застосування інтелектуальних здібностей (розуму, волі тощо), які практично виключаються з процесу оцінювання зовнішніх впливів та внутрішніх переживань, аналізу їх значущості для особистості. Це проявляється порушенням обробки дезорганізуючих емоційних станів.

Висновки та перспективи подальших досліджень

За результатами проведених досліджень можна зазначити, що поєднання медичних та соціальних чинників дезадаптації висуває особливі вимоги, яким має відповідати клініко-функціональний діагноз та реабілітаційний висновок. У діагностиці обов'язковим є встановлення не лише нозологічного та анатомічного, але й клініко-функціонального діагнозу на основі комплексного вивчення психічного стану хворого. Повинні враховуватися не лише уражені, а й збережені функції, визначитися можливості компенсації клінічного, соціального та трудового дефектів, врахування збережених (здорових) якостей та індивідуальних особливостей хворого, його інтересів, установок. Встановлено, що зіставлення клінічного стану пацієнта із соціальними вимогами та вимогами виробничої діяльності людини має проводитися з оцінюванням вагомості симптомів та їхнього впливу на здатність займатися звичайною діяльністю.

Виявлено, що фон психопатологічної симптоматики реагування особистості на позитивні або негативні зовнішні впливи (стимули) проявляється у формі дезорганізуючого емоційного стану. Встановлено, що вплив психопатологічної симптоматики, яка обмежує застосування інтелектуальних здібностей (розуму, волі тощо), практично виключає їх з процесу оцінювання зовнішніх впливів та внутрішніх переживань, аналізу значущості для особистості, що проявляється порушенням обробки дезорганізуючих емоційних станів.

Отримані дані були покладені нами в основу при розробці підходів до оптимізації психосоціальної реабілітації хворих на ПШ з урахуванням гендерного чинника.

Список використаної літератури

1. Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами: Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2010. – № 220. – 12 с.
2. Юрьева Л. Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей / Л. Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2010. – 24 с.
3. Tandon R. Schizophrenia: Just the Facts What we know / Rajiv Tandon, Matcheri S. Keshavan, Henry A. Nasrallah // Schizophrenia Research. – 2008. – № 102. – Р. 1–18.
4. Гнатишин М. С. Шизофрения: сучасний погляд / М. С. Гнатишин, О. О. Белов. – Вінниця: Консоль, 2012. – С. 199–205.
5. Дьяченко Л. И. Организация психиатрической помощи больным шизофренией / Л. И. Дьяченко // Шизофрения: новые подходы к терапии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи); под общ. ред. И. И. Кутыко, П. Т. Петрюка. – Харьков, 1995. – Т. 2. – С. 33–34.
6. Social functioning and quality of life in schizophrenia patients: relationship with symptomatic remission and duration of illness / K. Górna, K. Jaracz, J. Jaracz [et al.] // Psychiatria Polska. – 2014. – № 48 (2). – P. 277–288.
7. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.] // Сб. науч. трудов; под общ. ред. Н. А. Маруты. – Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. – 240 с.
8. Абрамов В. А. Функциональная диагностика психических заболеваний (методические рекомендации) / В. А. Абрамов, С. А. Пуцай, И. И. Кутыко. – Донецк: Донецкий госмединститут, 1990. – 16 с.
9. Овчаров В. К. Международная классификация последствий болезней в современном здравоохранении / В. К. Овчаров, И. В. Лебедь, А. Е. Лысенко // Здоровье и общество. – 1997. – № 2. – С. 3–9.

10. Овчаров В. К. Международная номенклатура нарушений, ограниченный жизнедеятельности и социальной недостаточности: руководство по классификации последствий болезней и причин инвалидности / Рос. АМН, НИИ социал. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко / В. К. Овчаров – М.: НИИСПЭИУЗ, 1994. – 100 с.
11. Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК): карманное руководство к МКБ-10 / ВОЗ; сост. и ред. Дж. Э. Купер; пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 441 с.
12. Інструкція про встановлення груп інвалідності, затверджена Наказом МОЗ України № 183 від 07.04.2004 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: <http://www.dcp.org.ua/publications/zakon/6080.html>. – Заголовок з екрана
13. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения; пер. с англ. // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 1 (40). – С. 7–16.
14. Про реабілітацію інвалідів в Україні: закон України № 2961-IV від 06.10.2005 р. [Електронний документ]. – Шлях доступу: URL: <http://nauu.org.ua/index.php?option=content&task=view&id=84>. – Заголовок з екрана
15. Терміни та поняття у медико-соціальній експертизі / А. В. Інатова, О. В. Сєргієні, Т. Г. Войтчук [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2001. – Вип. 1. – 91 с.
16. Приб Г. А. Медико-соціальна експертиза життєдіяльності у психічно хворих: монографія / Г. А. Приб. – Київ, 2012. – 380 с.
17. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья: МКФ / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
18. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья / М. В. Коробов, Г. Д. Шостка, В. Ю. Ряснянский [и др.] // Человек и его здоровье: материалы 6 Рос. нац. конгресса. – СПб, 2001. – 216 с.
19. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health / T. B. Ustun, S. Chatterji, J. Bickenbach [et al.] // Disabil. Rehabil. – 2003. – Vol. 25, N 11/12. – P. 565–571.
20. Wirtz M. A. The international classification of functioning, disability and health-orientated Occupational Therapy Assessment: a Rasch analysis of its domains / M. A. Wirtz, S. Voigt-Radloff // Int. J. Rehabil. Res. – 2008. – Vol. 31, N 1. – P. 23–32.
21. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. М. В. Коробова, В. Г. Помникова. – СПб.: Фунпокрам, 2003. – 798 с.

References

1. World Health Organization. (2010). Psihicheskoe zdorov'e: usilenie bor'by s psihicheskimi rasstrojstvami: Informacionnyj bjulleten' Vsemirnoj organizacii zdorovoohranenija. [Mental health: strengthening the fight against mental disorders: Newsletter of the World Health Organization]. No. 220, 12 p.
2. Yur'eva, L. M. (2010). Shizofrenija [Schizophrenia]. Kyiv, Sfera, 24 p.
3. Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia: Just the Facts What we know. Schizophrenia Research, no. 102, pp. 1-18.
4. Hnatyshyn, M. S., & Belov, O. O. (2012). Shyzofrenia: suchasnyi pohliad [Schizophrenia: a modern view]. (pp. 199-205). Vinnytsia, Konsol.
5. Diachenko, L. I. (1995). Organizacija psihiatricheskoy pomoshhi bol'nym shizofrenij [Organization of mental health care to patients with schizophrenia]. Shizofrenija: novye podhody k terapii. Sbornik nauchnykh rabot Ukrainykh NII klinicheskoy i jeksperimental'noj nevrologii i psihiatrii i Har'kovskoj gorodskoj klinicheskoy psihiatricheskoy bol'nicy № 15 (Saburovoj dachi) [Schizophrenia: new approaches to therapy. the collection of scientific works of Ukrainian Research Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry and the Kharkiv City Clinical Psychiatric Hospital № 15 (Saburova villas)]. Kharkiv, vol. 2, pp. 33-34.
6. Górna, K., Jaracz, K., Jaracz, J., Kiejda, J., Grabowska-Fudala, B., & Rybakowski, J. (2014). Social functioning and quality of life in schizophrenia patients: relationship with symptomatic remission and duration of illness. Psychiatria Polska, no. 48 (2), pp. 277-288.
7. Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semikina, O. Ye., Koliadko, S. P., & Kalenska, H. Yu. (2004). Kriterij kachestva zhizni v psihiatricheskoy praktike [The criterion of the quality of life in psychiatric practice]. Kharkiv, RIF Arsis, LTD, 240 p.
8. Abramov, V. A., Putsai, S. A., & Kutko, I. I. (1990). Funkcional'naja diagnostika psihicheskikh zaboolevanij [Functional diagnosis of mental disorders]. Donetsk, 16 p.
9. Ovcharov, V. K., Lebed', I. V., & Lysenko, A. E. (1997). Mezhdunarodnaja klassifikacija posledstvij boleznej v sovremennom zdorovoohranenii [International Classification of Diseases consequences in the modern health care]. Zdorov'e i obshchestvo – Health and Society, no. 2, pp. 3-9.
10. Ovcharov, V. K. (1994). Mezhdunarodnaja nomenklatura narushenij, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i social'noj nedostatochnosti: rukovodstvo po klassifikacii posledstvij boleznej i prichin invalidnosti [International nomenclature violations Disabilities and Handicaps: A Guide to the classification of the consequences of diseases and causes of disability]. Moscow, NIISGJelUZ, 100 p.
11. Cooper, J. E. (1994). Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders With Glossary and Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, 448 p. (Russ. ed.: Poltavec D. (2000). Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriterijami (IDK): karmannoe rukovodstvo k MKB-10. Kyiv, Sfera, 441 p.).
12. Instruktii pro vstanovlennia hrup invalidnosti, zatverdzhena Nakazom MOZ Ukrainy № 183 vid 07.04.2004 r. [Instructions for a disability group, approved by the Ministry of Health of Ukraine of 07.04.2004 № 183]. Retrieved from: <http://www.dcp.org.ua/publications/zakon/6080.html> (accessed 25 June 2016).

13. *Evropskij plan dejstvij po ohrane psihicheskogo zdorov'ja. Problemy i puti ih reshenija. EUR/04/5047810/7 [European Action Plan on Mental Health. Problems and solutions. EUR/04/5047810/7]. Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry, 2005, vol. 11, no. 1 (40), pp. 7-16.*
14. *Pro reabilitatsiiu invalidiv v Ukraini: zakon Ukrainy № 2961-IV vid 06.10.2005 [Rehabilitation of the Disabled in Ukraine: the law of Ukraine № 2961-IV from 06.10.2005]. Retrieved from: <http://nau.org.ua/index.php?option=content&task=view&id=84> (accessed 28 June 2016).*
15. *Ipatov, A. V., Serhijeni, O. V., & Voitchak, T. H. (2001). Terminy ta poniattia u medyko-sotsialnij ekspertizi [Terms and definitions of medical and social examination]. Dnipropetrovsk, issue 1, 91 p.*
16. *Prib, H. A. (2012). Medyko-sotsialna ekspertiza zhyttiedialnosti u psykhično khvorykh [Medical and social examination of life in psychiatric patients]. Kyiv, 380 p.*
17. *Mezhdunarodnaja klassifikacija funkcionirovanija, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja [International Classification of Functioning, Disability and Health]. WHO, 2001, 342 p.*
18. *Korobov, M. V., Shostka, G. D., & Riasnianskij, V. Iu. (2001). Mezhdunarodnaia klassifikacija narushenij, ogranichenij zhiznedejatel'nosti i zdorov'ja [International Classification of Disability and Health]. Chelovek i ego zdorov'e [Man and his health], Sankt Petersburg, pp. 216.*
19. *Üstün T. B., Chatterij, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. Disability and Rehabilitation Journal, vol. 25, issue 11-12, pp. 565-571.*
20. *Wirtz, M. A., & Voigt-Radloff, S. (2008). The international classification of functioning, disability and health-orientated Occupational Therapy Assessment: a Rasch analysis of its domains. International Journal of Rehabilitation Research, vol. 31, no 1, pp. 23–32.*
21. *Korobov, M. V., & Pomnikov, V. G. (2003). Spravochnik po mediko-social'noj jekspertize i reabilitacii [Handbook of Medical and Social Expertise and Rehabilitation]. Sankt Petersburg, Gippokrat, 798 p.*

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ОСНОВА ОПТИМИЗАЦИИ ПОДХОДОВ К ИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА

Е. Г. Буздыган

Цель работы – разработка и обоснование подходов к функциональной диагностике пациентов с шизофренией и определение клинико-функциональных особенностей параноидной шизофрении (ПШ) у мужчин и женщин, для большей персонализации комплексного лечения и оптимизации их психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы исследования. На базе Винницкой областной клинической психоневрологической больницы имени А.И. Ющенко с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2007–2016 гг. было комплексно обследовано 420 больных ПШ, разделенных на две группы: 210 мужчин и 210 женщин. Использовали клинико-психопатологический, психометрический и психодиагностический методы. Критерием включения пациентов в исследование было установление диагноза «ПШ» в соответствии с критериями МКБ-10. Средний возраст обследованных больных составил 44,3±11,6 лет, мужчин – 43,9±9,6 лет, женщин – 44,7±13,2 лет.

Результаты. Сочетание медицинских и социальных факторов дезадаптации пациентов с шизофренией выдвигает особые требования, которым должен отвечать клинико-функциональный диагноз, а именно: 1. обязательность установления не только нозологического, но и функционального диагноза на основе комплексного обследования психического состояния больного; 2. учет не только пораженных, но и сохранных функций, определение возможностей компенсации клинического, социального и трудового дефектов, учет сохранных (здоровых) качеств и индивидуальных особенностей больного, его интересов и установок; 3. сопоставление клинического состояния пациента с социальными требованиями и требованиями производственной деятельности человека, а именно, оценкой значимости симптомов и их влияния на способность заниматься обычной деятельностью; 4. учет того, что на фоне психопатологической симптоматики реагирование личности на положительные или отрицательные внешние воздействия (стимулы) проявляется в форме дезорганизующего эмоционального состояния; 5. учет влияния психопатологической симптоматики, ограничивающей интеллектуальные способности (интеллект, воля и т.д.), которые практически исключаются из процесса оценки внешних воздействий и внутренних переживаний, анализа их значимости для личности.

Вывод. Полученные данные были положены нами в основу при разработке подходов к оптимизации психосоциальной реабилитации больных ПШ с учетом гендерного фактора.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, мужчины, женщины, функциональный диагноз, клинико-функциональные особенности.

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS THE BASIS OF OPTIMIZATION APPROACHES TO THEIR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION FROM A GENDER PERSPECTIVE

O. H. Buzdyhan

Objective – development and substantiation approach to the functional diagnosis of patients with schizophrenia and identification of clinical and functional characteristics of paranoid schizophrenia (PSch) in men and women for better personalization and optimization of complex treatment of psycho-social rehabilitation.

Materials and methods. During 2007-2016 with the principles of bioethics and deontology were comprehensively examined 420 patients with PSch on the basis of CI «Vinnytsya Regional Psychoneurological Hospital named academician O.I. Yushchenko». All patients were divided into two groups: 210 men and 210 women. We used clinical, psychopathological, psychometric and psychodiagnostic methods. The criterion for inclusion of patients in the study was establishment of diagnosis of “PSch” according to ICD-10 criteria. The average age of surveyed patients was 44,3±11,6 years, men – 43,9±9,6 years, women – 44,7±13,2 years.

Results. The combination of medical and social factors maladjustment of patients with schizophrenia puts special demands to the clinical and functional diagnosis, namely: 1. mandatory establishing not only nosological but functional diagnosis based on a comprehensive survey of the mental condition of the patient; 2. account not only the affected, but intact functions, determining the compensation possibilities of clinical, social and labor defects, keeping intact (healthy) qualities and the individual characteristics of the patient, his interests and attitudes; 3. comparison of the clinical condition of the patient with the social requirements and the requirements of the working activity, namely the assessment of the significance of the symptoms and their effect on the ability to engage in normal activities; 4. considering that the fact, that against the background of personality psychopathology response to positive or negative external influences (stimuli) is manifested in the form of disruptive emotional state; 5. consideration of the effect of psychiatric symptoms, limiting intellectual abilities (intelligence, will, etc.), which are practically excluded from the process of evaluation of external influences and internal experiences, analyze their significance for the individual.

Conclusions. From the data obtained, we developed approaches to optimization of psycho-social rehabilitation of patients with PSch from a gender perspective.

Key words: paranoid schizophrenia, men, women, functional diagnosis, clinical and functional features.

Стаття надійшла до редакції 01.08.2016 р.

БУЗДИГАН Олена Григорівна, лікар-психіатр КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка», м. Вінниця; e-mail: lenab2016@gmail.com

БУЗДЫГАН Елена Григорьевна, врач-психиатр КУ «Винницкая областная психоневрологическая больница им. акад. А. И. Ющенко», г. Винница; e-mail: lenab2016@gmail.com

BUZDYHAN Olena Hryhorivna, psychiatrist in CI «Vinnytsya Regional Psychoneurological Hospital named academician O.I. Yushchenko», Vinnytsia; e-mail: lenab2016@gmail.com

О. Ю. Резуненко

СУЧАСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Харківський медичний центр «Альтернатива»

ol84eg@ukr.net

Актуальність. Проблема біполярного афективного розладу (БАР) є однією з пріоритетних у психіатрії.

Мета – оцінити ефективність психоосвітніх програм у комплексній психосоціалізації хворих на БАР та розробити оптимальні методи їх застосування.

Матеріали та методи. Обстежено 158 хворих обох статей у віці 30–60 років з встановленим діагнозом БАР (F 31). Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію відповідно до стандартів МОЗ України. Пацієнти основної групи (ОГ, n=94) брали участь у психоосвітній програмі, розробленій за результатами власних досліджень. Пацієнти контрольної групи (КГ, n=64) отримували лише фармакотерапію. У дослідженні використано клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний методи дослідження.

Результати. У 13,6 % хворих спостерігався маніакальний епізод, у 45,1 % – депресивний, у 41,3 % – змішаний. Розроблено інтегративну модель психоосвітньої роботи, яка включала в себе використання інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийому когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованої дискусії. Ефективність психоосвітньої роботи була доведена достовірною позитивною динамікою результатів психодіагностичного дослідження до та після проведення комплексу психоосвітніх заходів. В ОГ стабільну інтермісію реєстрували у 74,5 %, покращення психічного стану – у 10,9 %, відсутність позитивної динаміки психічного стану – у 9,1 %, погіршення психічного стану – у 5,5 %. У КГ – 53,1 %, 12,2 %, 28,6 %, 6,1 % відповідно; відзначено достовірне переважання кількості осіб з відсутністю динаміки й меншу кількість осіб, які досягли стабільної інтермісії.

Висновки. Використання психоосвіти у комплексній терапії сприяє активації адаптивних копінг-стратегій, переходу від дезадаптивних типів ставлення до хвороби до адаптивних, покращенню якості життя та соціального функціонування, що приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих.

Ключові слова:
біполярний афективний
розлад, психоосвіта,
психосоціальна
реабілітація.

Актуальність. На сьогодні проблема біполярних афективних розладів (БАР) є однією з найпріоритетніших для психіатрії. Згідно з сучасними уявленнями, біполярний афективний розлад є психічним захворюванням, що характеризується зміною полярності афекту, хронічним рецидивуючим перебігом, високим коефіцієнтом коморбідності, супроводжується суїцидальною поведінкою, скороченням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування та якості життя пацієнтів та їх оточення [1, 2].

Сучасні дослідження свідчать про те, що БАР I та II типів впродовж життя спостерігається у 3,9 % населення, а впродовж року – у 2,6 %. Враховуючи хронічний характер БАР з формуванням різних психопатологічних

утворень у різні періоди хвороби можна стверджувати, що тільки комплексна терапія з гнучким динамічним підходом до вибору терапевтичної тактики залежно від існуючої на тому чи іншому етапі хвороби клінічної картини може забезпечити стабілізацію стану та збереження соціальної адаптації цього контингенту хворих [3].

Сучасний етап розвитку психіатрії характеризується широким використанням сучасних психотропних засобів, які доволі швидко купірують психопатологічну симптоматику, компенсують когнітивний дефіцит і мають мінімальні побічні ефекти. Надзвичайно важливим фактором також є можливість швидкого відновлення якості життя та соціального функціонування хворих на БАР [4].

Реабілітація психічно хворих не обмежується усуненням психопатологічної симптоматики і має бути націлена на створення для них оптимальних умов соціального функціонування, підвищення якості життя, здатності до самостійної активної діяльності – в сучасних умовах ця проблема набуває особливої важливості [5].

У зв'язку з цим гостро відчувається необхідність розробки комплексних реабілітаційних програм та їх впровадження в практику роботи психіатричних установ. Відомо, що важливу роль у реабілітаційному процесі відіграє психоосвітнє втручання. Метою психоосвіти є залучення пацієнта в процес активної зміни власної поведінки. Ця мета конкретизується у вигляді профілактики рецидивів, підвищення комплаєнсу [6].

Для швидкої та успішної реінтеграції хворого в суспільство, підвищення його психофізичної активності, розширення контактів з оточуючими необхідне використання комплексного підходу до терапії БАР, що включає поєднання психофармакотерапії, психотерапії та психоосвітніх тренінгів [7].

Вищевикладене свідчить про актуальність дослідження, **мета** якого – оцінка ефективності психоосвітніх програм у комплексній психосоціалній реабілітації хворих на біполярний афективний розлад і розробка оптимальних методів їх застосування.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 158 хворих обох статей у віці 30–60 років з встановленим діагнозом біполярного афективного розладу (F 31).

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію відповідно до стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу, пацієнти якої брали участь у психоосвітній програмі, розробленій за результатами наших досліджень, склали 94 особи. У контрольну групу увійшли 64 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний.

Результати та їх обговорення

Відповідно до полярності афекту хворі були поділені на наступні підгрупи: з маніакальним епізодом (13,6 % хворих), з депресивним епізодом (45,1 %), зі змішаним епізодом (41,3 %).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей клінічної картини БАР у обстежених хворих показав, що для клінічної картини маніакального епізоду характерні переважання гнівливої манії (68,9 %), прискорення темпу мислення (47,6 %), гіпермнезії (46,7 %), логореї (59,8 %), посилення інстинктів (66,4 %), наявність ідей самосхвалення (53,4 %).

Центральне місце в клінічній картині депресивної фази займає вітальний афект туги, печалі, скорботи (72,8 %), загальмованість (68,9 %), зниження інтересів (84,4 %), пригнічення інстинктів (71,1 %), ідеї малоцінності (69,1 %).

При змішаному епізоді БАР клінічна картина характеризується поєднанням варіантів гнівливої манії (34,2 %) та тривожної депресії (39,2 %), які супроводжувалися руховим збудженням (41,2 %), втратою інтересів (45,7 %), ригідністю мислення (42,1 %), лабільністю емоцій (49,8 %).

Усі обстежені хворі отримували комбіновану терапію з використанням фармакотерапії (вальпроати та сертралін при депресивному епізоді, вальпроати та оланзапін при маніакальному, літію карбонат та вальпроати або рисперидон при змішаному епізоді) та психотерапії (раціональна (П. Дюбуа, 1912), когнітивно-поведінкова Д. Мак-Каллоу (2002), індивідуально-орієнтована психодинамічна (Карвасарський Б. Д., 1999) та сімейна (Ейдмиллер Э. Г., 2003)). У хворих основної групи до терапевтичного комплексу була включена психоосвітня програма.

Розроблена нами програма психоосвітньої роботи є комплексною біфокальною (орієнтованою як на пацієнта, так і на членів його сім'ї), поетапно здійснюваною системою інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, метою яких є надання хворим та членам їх сімей знань про БАР та залучення їх до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах.

В основу психоосвітньої стратегії покладено власне «освіту» шляхом формування у хворих і членів їх родин адекватного уявлення про захворювання; зниження рівня стигматизації та самостигматизації; корекцію спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Психоосвітні заняття проводили в закритих групах (після початку циклу нових учасників не приймали) для 10–15 осіб. Кожен цикл психоосвіти складався з 10–12 занять тривалістю 1,5–2,0 години з періодичністю 1–2 рази на тиждень.

Для вирішення поставлених завдань ми застосовували інтегративну модель психоосвітньої роботи, яка включала в себе використання інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії (Марута Н. О. зі співавт., 2010), тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийоми когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтовані дискусії.

Система заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на БАР включає диференційовані психоосвітні програми для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

При наданні первинної медичної допомоги основну роль у проведенні психоосвіти відіграє лікар загальної практики – сімейної медицини; при наданні вторинної та третинної медичної допомоги – мультидисциплінарна бригада, склад якої визначається станом хворого.

Ефективність психоосвітньої роботи була доведена достовірною позитивною динамікою результатів психодіагностичного дослідження до та після проведення комплексу психоосвітніх заходів.

Аналіз клінічних результатів використання розробленої системи показав, що в основній групі стабільна інтермісія реєструвалася у 74,5 %, покращення психіч-

ного стану – у 10,9 %, відсутність позитивної динаміки психічного стану – у 9,1 %, погіршення психічного стану – у 5,5 %. У контрольній групі ці показники дорівнювали відповідно 53,1 %, 12,2 %, 28,6 %, 6,1 % та відрізнялися достовірним переважанням осіб з відсутністю динаміки й меншою кількістю осіб, які досягли стабільної інтермісії.

Як показали результати вивчення соціального функціонування хворих на БАР, на першому етапі дослідження у обстежених хворих відмічалися порушення загальної поведінкової дисфункції у суспільстві: очевидна – 24,2 %, серйозна – 26,5 %, та дуже серйозна – 28,1 % дисфункція; порушення при виконанні соціальних ролей у суспільстві: очевидна – 24,8 %, серйозна – 27,4 %, дуже серйозна – 28,6 % дисфункція; порушення функціонування пацієнтів у лікарні: без дисфункції – 2,4 %, мінімальна дисфункція – 10,9 %, очевидна – 27,1 %, серйозна – 33,5 %, дуже серйозна – 25,9 %; дисфункція модифікуючих чинників у хворих (позитивні якості пацієнта, особливі завади, домашня атмосфера, підтримка ззовні): без дисфункції – 3,4 %, мінімальна дисфункція – 13,1 %, очевидна – 25,6 %, серйозна – 24,1 %, дуже серйозна – 34,2 % обстежених.

На другому етапі, після завершення психоосвітньої програми, встановлено, що рівень загальної поведінкової дисфункції у суспільстві в основній групі покращився на 87,4 %; у контрольній – на 66,2 %; дисфункція при виконанні соціальних ролей у суспільстві – на 75,1 % і 39,3 % відповідно; порушення функціонування пацієнтів у лікарні – в основній групі на 73,7 %; у контрольній – на 72,5 %; дисфункція модифікуючих чинників у хворих – на 82,5 % і 65,4 % відповідно.

Дослідження динаміки типів ставлення до хвороби у хворих основної групи продемонструвало зміни, що полягають у підвищенні показників гармонійного (58,2 %) і ергопатичного (33,4 %) типів, порівняно із 10,1 % та 8,6 % відповідно.

У ході роботи була проведена динамічна оцінка якості життя хворих на БАР під впливом психоосвіти (за методикою SF-36). Результати дослідження свідчать, що у хворих основної групи достовірно покращилися всі показники якості життя, порівняно з групою контролю.

Висновки

Результати дослідження показали, що комплексний підхід до терапії БАР, який включав психофармакотерапію та психотерапію у поєднанні з психоосвітніми тренінгами,

приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих. Тобто психоосвіта не тільки збільшує об'єм знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

Список використаної літератури

1. Марута Н. О. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія) [Текст] / Н. О. Марута, Г. М. Вербенко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24. – Вип. 3 (88). – С. 5–10.
2. Кожина А. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психичне здоров'я. – 2009. – Т. 3–4 (24–25). – С. 60–62.
3. Марута Н. А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики [Текст] / Н. А. Марута // *Heirop News*. – 2011. – № 2 (29). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://neuronews.com.ua/page/bipolyarnye-rasstrojstva-rasprostranennost-mediko-socialnye-posledstviya-problemy-dagnostiki> (дата обращения: 27.06.2016).
4. Maruta N. O. Features of clinical symptoms at different stages of the flow of bipolar affective disorder [Text] / N. O. Maruta, H. M. Verbenko // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 3 (80). – С. 77–82.
5. Хаустова Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии [Текст] / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романов // *HeiropNews*. – 2012. – № 1 (36). – С. 38–42.
6. Cognition and functioning in bipolar depression [Text] / N. S. Kapczinski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhães [et al.] // *Rev. Bras. Psiquiatr.* – 2016. – Vol. 38. – no. 3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000300201&lng=en&nrm=iso&tlng=en (дата звернення: 10.06.2016). doi: 10.1590/1516-4446-2014-1558
7. Чабан О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии [Текст] / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // *HeiropNews*. – 2011. – № 5 (32). – С. 18–22.

References

1. Maruta, N. O., & Verbenko, H. M. (2016). Kognityvni porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad (klinika, diagnostyka, terapiia) [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder (clinical features, diagnosis, therapy)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 3 (88), pp. 5–10.
2. Kozhyna, H. M., & Haichuk, L. M. (2009). Sovremennye strategii v terapii bipoliarnogo afektivnogo rasstrojstva [Current strategies in the treatment of bipolar affective disorder]. *Psikhichne zdorov'ia – Mental health. Issue*. 3–4 (24–25), pp. 60–62.
3. Maruta, N. O. (2011). Bipoliarnye rasstrojstva: rasprostranennost', mediko-social'nye posledstviia, problemy diagnostiki [Bipolar disorder: prevalence, medical and social consequences, problems of diagnosis]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 2 (29). Retrieved from: <http://neuronews.com.ua/page/bipolyarnye-rasstrojstva-rasprostranennost-mediko-socialnye-posledstviya-problemy-dagnostiki> (accessed 27.06.2016).
4. Maruta, N. O., & Verbenko, H. M. (2014). Features of clinical symptoms at different stages of the flow of bipolar affective disorder. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 77–82.
5. Khaustova, O. O., Bezsheiko, V. H., & Romaniv, O. P. (2012). Sovremennye aspekty diagnostiki i lechenia bipoliarnoi depressii [Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 1 (36), pp. 38–42.
6. Kapczinski, N. S., Narvaez, J. C., Magalhães, P. V., Bucker, J., Peuker, A. C., Lored, A. C., ... Gama, C. S. (13 Feb 2016). Cognition and functioning in bipolar depression. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 38, no. 3. Retrieved from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462016000300201&lng=en&nrm=iso&tlng=en (accessed 10.06.2016). doi: 10.1590/1516-4446-2014-1558
7. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2011). Bipoliarnaja depressija: problemy diagnostiki i terapii [Bipolar depression: problem diagnosis and therapy]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 5 (32), pp. 18–22.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

О. Ю. Резуненко

Актуальность. Проблема биполярного аффективного расстройства (БАР) является одной из приоритетных в психиатрии.

Цель – оценить эффективность психообразовательных программ в комплексной психосоциальной реабилитации больных БАР и разработать оптимальные методы их применения.

Материалы и методы. Обследовано 158 больных обоего пола в возрасте 30–60 лет с установленным диагнозом БАР (F 31). Все пациенты получали регламентированную психофармакотерапию в соответствии со стандартами Минздрава Украины. Пациенты основной группы (ОГ, n=94) принимали участие в психообразовательной программе, разработанной по результатам собственных исследований. Пациенты контрольной группы (КГ, n=64) получали только фармакотерапию. В исследовании использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностические и статистические методы исследования.

Результаты. У 13,6 % больных наблюдался маниакальный эпизод, у 45,1 % – депрессивный, у 41,3 % – смешанный. Разработана интегративная модель психообразовательной работы, которая включала в себя использование информационного тренинга, тренинга формирования приверженности к терапии и interpersonalного взаимодействия, тренинга улучшения compliance, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, проблемно-ориентированной дискуссии. Эффективность психообразовательной работы была доказана достоверной положительной динамикой результатов психодиагностического исследования до и после проведения комплекса психообразовательных мероприятий. В ОГ стабильную интермиссию регистрировали у 74,5 %, улучшение психического состояния – у 10,9 %, отсутствие положительной динамики психического состояния – у 9,1 %, ухудшение психического состояния – у 5,5 %. В КГ – 53,1 %, 12,2 %, 28,6 %, 6,1 % соответственно; отмечено достоверное преобладание количества лиц с отсутствием динамики и меньшее количество лиц, достигших стабильной интермиссии.

Выводы. Использование психообразования в комплексной терапии способствует активации адаптивных копинг-стратегий, переходу от дезадаптивных типов отношения к болезни к адаптивным, улучшению качества жизни и социального функционирования, приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, психообразование, психосоциальная реабилитация.

MODERN FEATURES OF PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

O. Yu. Rezunenko

Background. The problem of bipolar affective disorder (BAR) is one of the priorities in psychiatry.**Objective** – evaluate the effectiveness of psychoeducational programs in the complex psycho-social rehabilitation of patients with BAR and develop optimal methods their implementation.**Materials and methods.** We examined 158 patients of both sexes at age 30-60 years with diagnosed BAR (F 31). All patients received psychopharmacotherapy regulated in accordance with the standards of the Ministry of Health of Ukraine. The patients of the basic group (BG, n=94) participated in a psychoeducational program, which developed based on the results of our research. The patients of the control group (CG, n=64) received only pharmacotherapy. In the study used clinical-psychopathological, clinical and anamnestic, psychodiagnostic and statistical methods.**Results.** In 13,6 % of patients observed a manic episode, 45,1 % – a depressive episode, 41,3 % – mixed episode. We developed an integrative model of psychoeducational work. It included the training information, training of adherence to therapy and interpersonal interaction, training of improvement of compliance, methods of cognitive-behavioral therapy, problem-oriented discussion. The effectiveness of psychoeducational work has been proven reliable positive dynamics of psycho-diagnostic research results before and after the complex psychoeducational interventions. In the BG stable intermission registered in 74,5 %, improved mental state – in 10,9 %, the absence of positive dynamics of mental state – in 9,1 %, the deterioration of mental state – in 5,5 %. In the CG – 53,1 %, 12,2 %, 28,6 %, 6,1 %, respectively; there was a significant predominance of persons with the lack of dynamics, and a smaller number of persons who have attained stable intermission.**Conclusions.** Psychoeducation in complex therapy promotes activation of adaptive coping strategies, transition from maladaptive types of attitude to the disease to adaptive types, improving the quality of life and social functioning, leading to the recovery of social activity and successful re-socialization of patients.**Key words:** bipolar disorder, psychoeducation, psychosocial rehabilitation.*Стаття надійшла до редакції 18.08.2016 р.***РЕЗУНЕНКО Олексій Юрійович**, здобувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, лікар-нарколог Харківського медичного центру «Альтернатива», м. Харків; e-mail: ol84eg@ukr.net**РЕЗУНЕНКО Алексей Юрьевич**, соискатель кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, врач-нарколог Харьковского медицинского центра «Альтернатива», г. Харьков; e-mail: ol84eg@ukr.net**REZUNENKO Oleksii Yuriiovich**, competitor of PhD degree of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: ol84eg@ukr.net

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.454:616.831-005

О.А. Левада, Н.В. Чередніченко

КОГНІТИВНО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ФЕНОТИПИ ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ВАРІАНТІВ М'ЯКИХ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

olevada@zmapo.edu.ua

Актуальність. М'які нейрокогнітивні розлади (МНР), як діагностичний конструкт DSM-5, є конгруентними до раніше запропонованої категорії легких когнітивних розладів (ЛКР). МНР/ЛКР часто асоціюються з психопатологічними синдромами (ППС). Попередні дослідження вивчали поширеність ППС при клінічних субтипах ЛКР, проте дані про їх поширеність при етіологічних варіантах МНР відсутні.

Мета. Дослідити поширеність та специфіку ППС у пацієнтів з МНР внаслідок хвороби Альцгеймера (МНР-ХА) та субкортикальним судинним МНР (ССМНР); визначити, чи поєднуються специфічні ППС та патогномонічні когнітивні характеристики МНР у диференціально значущі клінічні фенотипи.

Матеріали та методи. Було проведено порівняльне дослідження випадок – контроль 70 пацієнтів з МНР-ХА, 70 хворих з ССМНР та 55 осіб похилого віку без когнітивних розладів (БКР). До всіх були застосовані нейропсихологічні, психопатологічні, неврологічні, функціональні та нейровізуалізаційні методи дослідження.

Результати. Поширеність ППС при МНР-ХА (97,1%) та ССМНР (100%) була достовірно вищою, ніж у осіб БКР (74,6%). Найпоширенішими ППС, що мали суттєве диференційно-діагностичне значення для розмежування МНР-ХА від ССМНР та осіб БКР, були тривога (81,43%), дратівливість (67,14%) та розлади сну (67,14%), тоді як депресія (81,43%) та апатія (47,14%) були патогномонічними для ССМНР. У обох групах осіб з МНР були зареєстровані достовірні ($P < 0,05$) кореляції між усіма диференційно важливими ППС та значущими когнітивними розладами: амнестичним синдромом в групі МНР-ХА та виконавчою дисфункцією у пацієнтів з ССМНР.

Висновки. Амнестично-тривожно-дратівливий синдромокомплекс є основним клінічним фенотипом при МНР-ХА, а виконавчо-депресивно-апатичний – переважаючою маніфестацією у пацієнтів з ССМНР. Отримані дані можуть бути використані для диференційної діагностики основних етіологічних типів МНР та оптимізації лікувальних і профілактичних стратегій.

Ключові слова:

м'який нейрокогнітивний розлад внаслідок хвороби Альцгеймера, субкортикальний судинний м'який нейрокогнітивний розлад, когнітивно-психопатологічні фенотипи.

Актуальність. Згідно з DSM-5, діагностичний конструкт м'яких нейрокогнітивних розладів (МНР) є конгруентним до раніше запропонованої нозологічної категорії легких когнітивних розладів (ЛКР) [1]. Вони є проміжною стадією між нормальним когнітивним старінням та деменцією [2]. Ризик виникнення деменції у пацієнтів з МНР складає 10–15% на рік, порівняно з 1–2% у загальній популяції [3]. Вивчення факторів ризику прогресування МНР у деменцію є одним з пріоритетів сучасної геронтопсихіатрії. Дослідження показують, що деякі клінічні ознаки МНР, окрім когнітивних порушень, дають важливу інформацію про фенотипи МНР. Протягом останнього десятиріччя особливу увагу дослідників привертають психопатологічні синдроми (ППС) МНР. Загальна поширеність ППС при МНР коливається в межах 35–85% [5]. Госпітальні дослідження демонструють більшу їх частоту, ніж популяційні [4–6]. За даними систематичного огляду [5], найпоширенішими ППС при МНР є депресія, тривога та дратівливість. Наявність ППС суттєво асоціюється зі збільшеним ризиком

подальшого когнітивного та функціонального зниження [7, 8]. Проспективні дослідження вказують на те, що ППС, особливо депресія, є фактором ризику конверсії МНР у хворобу Альцгеймера (ХА) [5] та судинну деменцію [9].

У більшості попередніх публікацій проаналізовано ППС при клінічних субтипах ЛКР (амнестичному однодомному, амнестичному мультидомному, неамнестичному однодомному та неамнестичному мультидомному) [6, 10]. В той же час, аналіз ППС при основних етіологічних типах МНР має суттєве теоретичне та практичне значення. Етіологічні критерії DSM-5 для МНР відкривають нові перспективи у цьому напрямку. Згідно з епідеміологічними даними, основними етіологічними типами МНР є МНР внаслідок хвороби Альцгеймера (МНР-ХА) та субкортикальні судинні МНР (ССМНР) [11]. У даному дослідженні ми мали на меті вивчити поширеність та специфіку ППС у пацієнтів з МНР-ХА та ССМНР, а також наявність специфічних когнітивно-психопатологічних фенотипів у вказаних когортах хворих.

Матеріали та методи дослідження

Дизайн. Ми провели порівняльне дослідження випадок–контроль (case-control study) 70 пацієнтів з МНКР-ХА, 70 хворих з ССМНКР та 55 осіб похилого віку без когнітивних розладів (БКР). Діагноз МНКР-ХА встановлювали за критеріями DSM-5 для можливого МНКР-ХА [1]. Пацієнти з ССМНКР відповідали DSM-5 критеріям вірогідного візуалізаційно підтвердженого судинного МНКР а також діагностичним критеріям ССМНКР Frisoni et al. [12]. Особи з МНКР мали показник 0,5 балів за шкалою CDR [13]. Всі учасники дослідження були пацієнтами неврологічного відділення центральної лікарні Комунарського району м. Запоріжжя. Дослідження було схвалене комісією з етики ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» та проводилося згідно з стандартами Гельсінської Декларації 1964 року. Перед залученням до дослідження всі учасники давали інформовану згоду на його проведення. Застосовували нейропсихологічні, психопатологічні, неврологічні та функціональні методики, а також МРТ або КТ головного мозку для виконання діагностичних критеріїв МНКР-ХА та ССМНКР.

Нейропсихологічне дослідження. Нейропсихологічне дослідження включало шкалу MMSE [14], тести Лурія [15], дослідження пам'яті (TIME-test) [16], тест малювання годинника [17], тест на вербальну швидкість [18]. Тяжкість порушень оцінювали за шкалою від 0 до 3 балів (де 0 – «відсутність порушень», 3 – «максимальна виразність порушень») або згідно з рекомендаціями авторів відповідних шкал та тестів.

Психопатологічне дослідження. Для психопатологічного дослідження була застосована шкала The Neuropsychiatric Inventory (NPI) [19]. Для оцінки ППС залучали добре інформовану особу, яка проживає разом з хворим. NPI збирає інформацію про ППС пацієнта протягом останнього місяця. За NPI ППС поділено на 12 доменів: ажитація, маячні ідеї, галюцинації, депресія, тривога, ейфорія, апатія, розгальмованість, дратівливість, порушення моторної поведінки, розлади сну та нічної поведінки, порушення апетиту і харчової поведінки. Оцінка ППС дається за 4-бальною шкалою частоти, 3-бальною шкалою виразності та 6-бальною шкалою дистресу доглядачів. ППС вважали клінічно значущими, якщо добуток частоти та виразності складав 4 бали або більше (згідно з рекомендаціями Schneider et al. [20]).

Неврологічне дослідження проводили згідно з традиційним протоколом із детальним вивченням ходьби за шкалою Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) [21].

Порушення активності у повсякденному житті оцінювали за допомогою the Bristol Activities of Daily Living Scale (BADL) [22].

Статистичний аналіз здійснювали із застосуванням «STATISTICA 6.0» for Windows (StatSoft Inc., USA) v.6.1. Результати представляли у вигляді відсотків, медіани та міжквартильного інтервалу або середньої та стандартного відхилення, залежно від типу даних та їх розподілу. Порівняння даних між групами проводили за допомогою параметричних та непараметричних критеріїв (хі-квадрат, Краскела–Уоліса з наступними множинними порівняннями, ANOVA, post-hoc Scheffe тест). Взаємовідношення між досліджуваними параметрами оцінювали з використанням коефіцієнта кореляції Спірмена. Достовірність відмінностей вважали значущою при $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення

У таблиці 1 представлені основні демографічні, когнітивні, неврологічні та функціональні параметри досліджуваних груп. Порівнювані когорт не відрізнялися за віком, статтю та рівнем освіти. Всі учасники були похилого та старечого віку. У всіх групах переважали жінки. Середній термін навчання у пацієнтів з МНКР та осіб БКР дорівнював 12 рокам. Тяжкість когнітивного дефіциту (загальний бал за MMSE) відповідала попередньо встановленому для ЛКР/МНКР. Вона була достовірно вищою при МНКР-ХА та ССМНКР, порівняно з групою контролю. Водночас не було встановлено суттєвої різниці за даним показником між групами МНКР-ХА та ССМНКР.

Встановлено, що низка клінічних показників мають диференційно-діагностичну значущість для відокремлення МНКР-ХА та ССМНКР. Найбільш характерною клінічною ознакою пацієнтів з МНКР-ХА був амнестичний синдром, який виявився достовірно тяжчим, порівняно з особами БКР. Виразність порушень активного відстроченого пригадування п'яти іменників (TIME-test) була однаковою в групах МНКР-ХА та ССМНКР. Однак пацієнти з МНКР-ХА не покращували свої результати після підказок. Особи з МНКР-ХА також мали мінімальну оптико-просторову апраксію за тестами Лурія. Цей симптом дозволяв диференціювати МНКР-ХА від осіб вікового контролю та хворих з ССМНКР, які зовсім не мали оптико-просторових порушень. Група МНКР-ХА також характеризувалася відсутністю неврологічних розладів. У пацієнтів з ССМНКР також виявлені суттєві порушення спонтанного пригадування, але, на відміну від хворих з МНКР-ХА, вони мали достовірно вищі показники впізнавання вербальної інформації після підказок. У групі ССМНКР, порівняно з особами БКР та МНКР-ХА, були виявлені значні прояви виконавчої дисфункції та неврологічні порушення. Виконавча дисфункція маніфестувала у тестах малювання годинника (1-а частина), вербальної швидкості та лурієвському дослідженні кінетичної апраксії. Крім того, пацієнти з ССМНКР мали легкі або помірні прояви псевдобульбарного синдрому та розлади ходьби лобного типу (зниження бала за шкалою POMA). Обидві групи МНКР мали мінімальні порушення повсякденного функціонування за шкалою BADL, достовірно вищі, ніж представники вікового контролю. Більше того, пацієнти з ССМНКР мали тяжчі функціональні розлади, ніж хворі з МНКР-ХА.

У таблиці 2 наведено дані щодо частоти ППС у групах БКР, МНКР-ХА та ССМНКР. Близько 74% осіб БКР, 97% пацієнтів з МНКР-ХА та 100% хворих з ССМНКР мали один або більше ППС. Поширеність ППС в обох групах МНКР була достовірно вищою, ніж у контрольній групі. Водночас, достовірної різниці між пацієнтами з МНКР-ХА та ССМНКР за даним показником не виявлено. Найпоширенішими ППС у пацієнтів з МНКР-ХА, які дозволяли диференціювати їх від осіб БКР та ССМНКР, були тривожні розлади (81,43%), дратівливість (67,14%) та розлади сну (67,14%). Частота депресії (28,57%) при МНКР-ХА виявилася суттєво нижчою, ніж при ССМНКР, та достовірно не відрізнялася від осіб БКР. До найпоказовіших ППС у групі ССМНКР належали депресія (81,43%) та апатія (47,14%). Вони зустрічалися достовірно частіше, ніж у групах БКР та МНКР-ХА. Розлади сну при ССМНКР виявляли від-

носно часто (31,43%), але їх частота була нижчою, ніж при МНКР-ХА, та не відрізнялася від осіб БКР. Рідкісним, але диференційно значущим розладом у хворих з ССМНКР була розгальмованість (12,87%). Ейфорію та порушення нічної поведінки рідко спостерігали в групах МНКР і зовсім не виявляли у осіб БКР. Ажитация, маячні ідеї та галюцинації у групах порівняння виявлені не були.

Далі ми дослідили можливі зв'язки між релевантними ППС у групах МНКР та асоціації диференційно значущих ППС з іншими патогномонічними проявами МНКР. Ми припустили, що наявність таких взаємин може вказувати на спільні патогенетичні механізми ППС, когнітивних та неврологічних синдромів МНКР. Для досягнення цієї мети застосовували кореляційний аналіз. У групі МНКР-ХА

Таблиця 1. Основні демографічні, когнітивні, неврологічні та функціональні характеристики груп порівняння

Характеристика	Групи порівняння			P		
	БКР (n = 55)	МНКР-ХА (n = 70)	ССМНКР (n = 70)	БКР vs МНКР-ХА	БКР vs ССМНКР	МНКР-ХА vs ССМНКР
Вік (роки)	74,36 ± 5,42	74,03 ± 5,95	74,09 ± 5,77	0,95 ^a	0,97 ^a	0,99 ^a
Стать, Ч/Ж	19/36	25/45	32/38	0,89 ^b	0,21 ^b	0,23 ^b
Освіта (роки)	12,72 ± 2,32	12,18 ± 3,10	12,35 ± 2,93	0,58 ^a	0,78 ^a	0,94 ^a
MMSE, загальний бал	29 (28–30)	26 (25–26)	25 (25–26)	<0,001	<0,001	0,09
Відстрочене пригадування, TIME test, кількість слів (0-5)	5 (4–5)	3 (2–3)	2 (2–3)	<0,001	<0,001	0,04
Відстрочене впізнавання, TIME test, кількість слів (0-10)	9 (8–10)	5 (5–7)	8 (7–9)	<0,001	<0,001	<0,001
Тест малювання годинника, частина I, бали (0-10)	10 (9–10)	9 (9–10)	8 (7–8)	<0,09	<0,001	<0,001
Вербальна швидкість, кількість слів за 3 хв	23 (22–26)	23 (16–24)	15 (13–17)	0,06	<0,001	<0,001
Кінетична апраксія, тести Лурія, бали (0-3)	0 (0–0)	0 (0–0)	2 (2–3)	1,0	<0,001	<0,001
Оптико-просторова апраксія, тести Лурія, бали (0-3)	0(0–0)	1 (0–1)	0 (0–0)	<0,001	0,75	<0,001
Тяжкість псевдобульбарного синдрому, бали (0-3)	0 (0–0)	0 (0–0)	1 (1–1)	1,0	<0,001	<0,001
РOMA, загальний бал (0-28)	28 (27–28)	27 (26–28)	19 (16–21)	0,06	<0,001	<0,001
BADL, загальний бал (0-60)	0 (0–0)	1 (0–1)	2 (1–2)	<0,001	<0,001	<0,001

Примітки: 1. Дані представлені у вигляді середньої ± стандартне відхилення / середньої (верхній – нижній квантиль) або у відсотках. 2. P за: ^a ANOVA, Post-hoc Scheffe тестом; ^b хі-квадрат тестом; без позначки – за непараметричним ANOVA для множинних порівнянь.

Таблиця 2. Частота ППС у групах спостереження

Показник NPI	Групи порівняння			P		
	БКР (n = 55)	МНКР-ХА (n = 70)	ССМНКР (n = 70)	БКР vs МНКР-ХА	БКР vs ССМНКР	МНКР-ХА vs ССМНКР
Загальний бал NPI (0-144)	6(3–9)	17 (12–21)	19 (14–23)	<0,001 ^a	<0,001 ^a	0,97 ^a
Загальна поширеність порушень (бал NPI ≥ 4) (n, %)	41 (74,55)	68 (97,1)	70 (100)	<0,001	<0,001	0,15
Ажитация (n, %)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Маячня (n, %)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Галюцинації (n, %)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Депресія (n, %)	8 (14,55)	20 (28,57)	57 (81,43)	0,062	<0,001	<0,001
Тривога (n, %)	27 (49,10)	57 (81,43)	21 (30,0)	<0,001	0,03	<0,001
Ейфорія (n, %)	0 (0)	0 (0)	1 (1,43)	–	0,37	0,32
Апатія (n, %)	0 (0)	0 (0)	33 (47,14)	–	<0,001	<0,001
Розгальмованість (n, %)	0 (0)	0 (0)	9 (12,87)	–	0,006	0,002
Дратівливість (n, %)	8 (14,55)	47 (67,14)	22 (31,43)	<0,001	0,03	<0,001
Порушення рухової поведінки (n, %)	0 (0)	0 (0)	4 (5,71)	–	0,07	0,04
Порушення сну та нічної поведінки (n, %)	12 (21,82)	47 (67,14)	22 (31,43)	<0,001	0,30	<0,001
Зміни харчової поведінки (n, %)	0 (0)	3 (4,29)	5 (7,14)	0,12	0,04	0,47

Примітки: 1. Дані представлені у вигляді медіани (верхній – нижній квантиль), або у відсотках. 2. P: ^a – за непараметричним ANOVA для множинних порівнянь, без позначки – за хі-квадрат тестом.

релевантними ППС були тривога, дратівливість та розлади сну а також параметри відстроченого пригадування вербальної інформації та тяжкість оптико-просторової апраксії. До патогномонічних ППС, когнітивних та неврологічних розладів ССМНРК відносилися депресія, апатія, зниження відстроченого пригадування, бал 1-ї частини тесту малювання годинника, показник вербальної швидкості, виразність кінетичної апраксії та загальний бал за РОМА (тяжкість розладів ходьби). Результати підсумовані у таблиці 3.

В обох групах МНРК були виявлені статистично достовірні ($P < 0,05$) позитивні помірні кореляції між патогномонічними ППС та сильні позитивні кореляції між ними і загальним балом за шкалою NPI. Це дозволило припустити наявність спільних патогенетичних механізмів формування ППС для кожної з досліджуваних груп МНРК.

Встановлено, що в групі МНРК-ХА мали місце достовірні помірні негативні кореляції між загальним балом за шкалою NPI а також всіма характерними ППС (тривога, дратівливість) та ступенем загального когнітивного зниження і ступенем порушення пам'яті. Достовірно слабкими були кореляційні зв'язки ППС з виразністю оптико-просторової апраксії. Отримані суттєві кореляції між тривожними розладами / дратівливістю та порушеннями пам'яті дозволили ідентифікувати амнестично-тривожно-дратівливий синдром як основний клінічний фенотип у пацієнтів з МНРК-ХА.

У групі ССМНРК достовірні сильні або помірні кореляції зареєстровані для всіх патогномонічних ППС (депресія, апатія, загальний бал NPI) та ступенем порушень когнітивного функціонування в цілому і тяжкістю більшості показників виконавчої дисфункції. Таким чином, високі

кореляції депресії / апатії та показників порушень виконавчих функцій вказують на те, що виконавчо-депресивно-апатичний синдром є найчастішою клінічною маніфестацією у пацієнтів з ССМНРК.

Всі значущі ППС та загальний бал за NPI в обох групах МНРК позитивно корелювали з розладами активності у повсякденному житті (загальний бал за BADL). Дані кореляції були слабкими в групі МНРК-ХА та сильними у групі ССМНРК.

В даному дослідженні вперше було вивчено поширеність ППС у пацієнтів похилого віку з МНРК-ХА та ССМНРК, а також встановлені їх закономірні поєднання з нейропсихологічними порушеннями у характерні когнітивно-психопатологічні фенотики. 74,6% осіб БКР, 97,1% – з МНРК-ХА та 100% – з ССМНРК мали один або більше ППС. Частота ППС в обох групах МНРК була достовірно вищою, ніж у осіб вікового контролю. Наші дослідження підтверджують дані про високу поширеність ППС серед пацієнтів з МНРК, отримані у попередніх популяційних та госпітальних дослідженнях. Зокрема у систематичному огляді Monastero et al. [5] вказано, що середня поширеність ППС при МНРК (ЛКР) становить від 35% до 85%. Широкий діапазон цього показника пояснюється специфікою когорти пацієнтів, яких вивчали. Встановлено, що дослідження у госпітальних вибірках пацієнтів з МНРК виявляють більшу частоту ППС [23, 24], ніж популяційні спостереження [4–6]. Доступні госпітальні дослідження [23, 24] проводилися на гетерогенних вибірках пацієнтів, тому ми не можемо провести прямі порівняння одержаних нами результатів про частоту ППС з цими даними. Крім того, зазвичай стаціонарні когорти мають систематичні зміщення, пов'язані зі специфікою направлених пацієнтів. З огляду на це наші

Таблиця 3. Коефіцієнт кореляції Спірмена для диференційно значущих ППС та патогномонічних когнітивних, неврологічних і функціональних параметрів в групах МНРК-ХА / ССМНРК

Клінічний параметр	Коефіцієнт кореляції Спірмена						
	Група МНРК-ХА				Група ССМНРК		
	Тривога, бал NPI	Дратівливість, бал NPI	Розлади сну, бал NPI	NPI, загальний бал	Депресія, бал NPI	Апатія, бал NPI	NPI, загальний бал
NPI, загальний бал	0,81 ^a	0,71 ^a	0,70 ^a	–	0,81 ^a	0,54 ^a	–
Тривога, бал NPI	–	0,51 ^a	0,51 ^a	0,81 ^a	–	–	–
Дратівливість, бал NPI	0,51 ^a	–	0,44 ^a	0,71 ^a	–	–	–
Розлади сну, бал NPI	0,51 ^a	0,44 ^a	–	0,70 ^a	–	–	–
Депресія, бал NPI	–	–	–	–	–	0,60 ^a	0,81 ^a
Апатія, бал NPI	–	–	–	–	0,60 ^a	–	0,54 ^a
MMSE, загальний бал	-0,53 ^a	-0,52 ^a	-0,49 ^a	-0,68 ^a	-0,71 ^a	-0,70 ^a	-0,73 ^a
Відстрочене пригадування, TIME test, кількість слів	-0,36 ^a	-0,33 ^a	-0,36 ^a	-0,52 ^a	-0,76 ^a	-0,66 ^a	-0,67 ^a
Тест малювання годинника, частина I, бали	–	–	–	–	-0,69 ^a	-0,65 ^a	-0,65 ^a
Вербальна швидкість, кількість слів	–	–	–	–	-0,56 ^a	-0,54 ^a	-0,52 ^a
Кінетична апраксія, тести Лурія, бали	–	–	–	–	0,75 ^a	0,69 ^a	0,72 ^a
Оптико-просторова апраксія, тести Лурія, бали	0,23 ^a	0,24 ^a	0,18 ^a	0,30 ^a	–	–	–
РОМА, загальний бал	–	–	–	–	-0,66 ^a	-0,71 ^a	-0,64 ^a
BADL, загальний бал	0,33 ^a	0,30 ^a	0,33 ^a	0,44 ^a	0,66 ^a	0,75 ^a	0,67 ^a

Примітка. ^a – $P < 0,05$

дані неможливо зіставити з результатами популяційних досліджень [4, 6, 25–27].

У нашому дослідженні ми виявили специфічні ППС, що мають достовірне диференційно-діагностичне значення для відокремлення пацієнтів з МНКР-ХА від ССМНКР, а також хворих з МНКР від осіб БКР. Найпоширенішими та найбільш діагностично значущими ППС у пацієнтів з МНКР-ХА були тривога (81,43%), дратівливість (67,14%) та розлади сну (67,14%). Патогномонічними ППС в групі ССМНКР були депресія (81,43%) та апатія (47,14%). У трьох попередніх популяційних дослідженнях [6, 10, 26], які в якості діагностичного інструмента використовували NPI, депресія, апатія, дратівливість та розлади апетиту виявилися найбільш значущими ППС для диференціювання осіб похилого віку БКР та пацієнтів з МНКР, незалежно від їх етіології. У дослідженні Mayo Clinic Study of Aging [6] було встановлено, що апатія, ажитація та дратівливість дещо частіше спостерігалися при амnestичних МНКР (ЛКР), тоді як депресія, тривога, маячні ідеї та розгальмованість були більш характерними для неамnestичних МНКР. На відміну від цих даних, у the Cache County Study автори не виявили різниці у поширеності різних ППС серед пацієнтів з амnestичними та іншими клінічними типами МНКР [10]. Наші результати вказують на те, що при МНКР-ХА (який за клінічними характеристиками найближчий до амnestичного ЛКР) переважають тривога, дратівливість та розлади сну. Водночас депресія та апатія найхарактерніші для хворих з ССМНКР. Беручи до уваги, що ССМНКР з клінічної точки зору може бути кваліфікований як багатодоменний амnestичний ЛКР, деякі розбіжності між нашим дослідженням та результатами попередніх можуть бути частково пояснені.

Ми також продемонстрували наявність достовірних взаємин між значущими ППС та іншими диференційними ознаками у пацієнтів з МНКР-ХА та ССМНКР. Отримані суттєві кореляції між тривогою / дратівливістю та розладами пам'яті дозволили ідентифікувати амnestично-тривожно-іритативний синдромокомплекс як основний клінічний фенотип хворих з МНКР-ХА. Високі кореляційні зв'язки депресії / апатії та виконавчої дисфункції свідчать про те, що виконавчо-депресивно-апатичний синдромокомплекс можна вважати переважною клінічною маніфестацією пацієнтів з ССМНКР. Різницю когнітивно-психопатологічних фенотипів у пацієнтів з МНКР-ХА та ССМНКР можна пояснити відмінностями нейробіологічних механізмів, що лежать у їх основі. При МНКР-ХА нейродегенеративні зміни структур гіпокампального кола можуть одночасно порушувати мnestичний та емоційний процесинг, призводячи до погіршення декларативної пам'яті, підвищення тривожності та дратівливості [28, 29]. Мікроеваскулярне ушкодження префронтально-підкоркових кіл при ССМНКР є критичним фактором для виконавчих порушень, депресії та апатії.

Загалом наші дані демонструють, що ППС при МНКР асоціюються з достовірним погіршенням функціонування, порівняно з особами вікового контролю. Схожі результати були отримані і у більш ранніх дослідженнях [8]. Крім того, нами встановлено, що пацієнти з ССМНКР мають тяжчі функціональні порушення, порівняно з хворими з МНКР-ХА. Ці результати відповідають результатам Hanfelt et al. [4] про те, що наявність цереброваскулярної хвороби призводить до більш виразних порушень повсякденного життя у пацієнтів з МНКР.

Трактуючи отримані результати слід зазначити низку потенційних обмежень. Отримані дані лімітуються відносно малою кількістю спостережень за госпітальною когортою пацієнтів та мають бути підтверджені у популяційних дослідженнях. На деякі обмеження стосовно самої діагностики ППС за допомогою NPI вказують Okura et al. (2010) [8]. Водночас валідність шкали NPI у даного контингенту пацієнтів наразі вважається доведеною [19].

Висновки

Поширеність ППС у пацієнтів з МНКР-ХА та ССМНКР є достовірно вищою, ніж у осіб БКР. Частота деяких ППС в групах МНКР-ХА та ССМНКР достовірно відрізняється, що можна застосовувати з метою диференційної діагностики. Для пацієнтів з МНКР-ХА патогномонічними є тривога, дратівливість та розлади сну і нічної поведінки, а для хворих з ССМНКР – депресія та апатія. Патогномонічні когнітивні та психопатологічні порушення у групах МНКР мають суттєві кореляційні зв'язки та формують характерні когнітивно-психопатологічні фенотипи: амnestично-тривожно-дратівливий у пацієнтів з МНКР-ХА та виконавчо-депресивно-апатичний у хворих з ССМНКР. Ці клінічні фенотипи можна застосовувати для диференційної діагностики МНКР-ХА та ССМНКР, а також для оптимізації лікувальних та превентивних стратегій у даного контингенту хворих.

Список використаної літератури / References

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *J Intern Med*. 2014;275(3):214–228. doi: 10.1111/joim.12190.
3. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56(9):1133–42.
4. Hanfelt JJ, Wu J, Sollinger AB, Greenaway MC, Lah JJ, Levey AI, Goldstein FC. An exploration of subgroups of mild cognitive impairment based on cognitive, neuropsychiatric and functional features: analysis of data from the National Alzheimer's Coordinating Center. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(11):940–50. doi: 10.1097/JGP.0b013e31820ee9d2.
5. Monastero R, Mangialasche F, Camarda C, Ercolani S, Camarda R. A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *J Alzheimers Dis*. 2009;18(1):1–30. doi: 10.3233/JAD-2009-1120.
6. Geda YE, Roberts RO, Knopman DS, Petersen RC, Christianson TJ, Pankratz VS, Smith GE, Boeve BF, Ivnik RJ, Tangalos EG, Rocca WA. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment and normal cognitive aging: population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(10):1193–1198. doi: 10.1001/archpsyc.65.10.1193.
7. Stella F, Radanovic M, Balthazar ML, Canineu PR, de Souza LC, Forlenza OV. Neuropsychiatric symptoms in the prodromal stages of dementia. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(3):230–235. doi: 10.1097/YCO.0000000000000050.
8. Okura T, Plassman BL, Steffens DC, Llewellyn DJ, Potter GG, Langa KM. Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms and Their Association with Functional Limitations in Older Adults in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(2):330–337. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02680.x
9. Richard E, Reitz C, Honig LH, Schupf N, Tang MX, Manly JJ, Mayeux R, Devanand D, Luchsinger JA. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia. *JAMA Neurol*. 2013;70(3):374–382.
10. Peters ME, Rosenberg P, Steinberg M, Tschanz J, Norton MC, Welsh-Bohmer KA, Hayden KM, Breitner JSC, Lyketsos CG, and The Cache County Investigators. Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in CIND and Its Subtypes: The Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(5):416–424. doi: 10.1097/JGP.0b013e318211057d
11. Knopman DS, Gottesman RF, Sharrett AR, Wruck LM, Windham BG, Coker L, Schneider AL, Hengrui S, Alonso A, Coresh J, Albert MS, Mosley TH Jr. Mild Cognitive Impairment and Dementia Prevalence: The Atherosclerosis Risk in Communities Neurocognitive Study (ARIC-NCS). *Mild Cognitive Impairment and Dementia Prevalence: The Atherosclerosis Risk in Communities Neurocognitive Study (ARIC-NCS)*. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2016;2:1–11.

12. Frisoni GB, Galluzzi S, Bresciani L, Zanetti O, Geroldi C. Mild cognitive impairment with subcortical vascular features: clinical characteristics and outcome. *J Neurol*. 2002;249(10):1423-1432.
13. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. 1993;43:2413-2414.
14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-198.
15. Luria AR. Higher cortical functions in man. New York, NY: Basic Books; 1966.
16. Schoenberg MR, Scott JG. The little black book of neuropsychology. New York, NY: Springer Science + Business Media, LLC; 2011.
17. Libon DJ, Swenson RA, Barnoski EJ, Sands LP. Clock drawing as an assessment tool for dementia. *Arc Clin Neuropsychol*. 1993;8(5):405-415.
18. Borkowski JG, Benton AL, Spreen O. Word fluency and brain damage. *Neuropsychologia*. 1967;5(2):135-140.
19. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gorbain J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-2314.
20. Schneider LS, Tariot PN, Lyketsos CG, Dagerman KS, Davis KL, Davis S, Hsiao JK, Jeste DV, Katz IR, Olin JT, Pollock BG, Rabins PV, Rosenheck RA, Small GW, Lebowitz B, Lieberman JA. National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE): Alzheimer disease trial methodology. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9(4):346-360.
21. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(2):119-126.
22. Bucks RS, Ashworth DL, Wilcock GK, Siegfried K. Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age Ageing*. 1996;25(2):113-120.
23. Geda YE, Smith GE, Knopman DS, Boeve BF, Tangalos EG, Ivnik RJ, Mrazek DA, Edland SD, Petersen RC. De novo genesis of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment (MCI). *Int Psychogeriatr*. 2004;16(1):51-60.
24. Hwang TJ, Masterman DL, Ortiz F, Fairbanks LA, Cummings JL. Mild cognitive impairment is associated with characteristic neuropsychiatric symptoms. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2004;18(1):17-21.
25. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*. 2000;157(5):708-714.
26. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA*. 2002;288(12):1475-1483.
27. Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, Ivnik RJ, Tangalos EG, Petersen RC, Rocca WA. The Mayo Clinic Study of Aging: design and sampling, participation, baseline measures and sample characteristics. *Neuroepidemiology*. 2008;30(1):58-69.
28. Bird CM, Burgess N. The hippocampus and memory: insights from spatial processing. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(3):182-94. doi: 10.1038/nrn2335.
29. Okon-Singer H, Hendler T, Pessoa L, Shackman AJ. The neurobiology of emotion-cognition interactions: fundamental questions and strategies for future research. *Front Hum Neurosci*. 2015;17:9:58. doi: 10.3389/fnhum.2015.00058. eCollection 2015.
30. Alosco ML, Spitznagel MB, Cohen R, Raz N, Sweet LH, Josephson R, Hughes J, Rosneck J, Gunstad J. Reduced cerebral perfusion predicts greater depressive symptoms and cognitive dysfunction at a 1-year follow-up in patients with heart failure. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(4):428-36. doi: 10.1002/gps.4023.
31. Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. *Mol Psychiatry*. 2013;18(9):963-74. doi: 10.1038/mp.2013.20.
32. Levy R, Dubois B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits. *Cereb Cortex*. 2006;16(7):916-28.

КОГНИТИВНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ ОСНОВНЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ МЯГКИХ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

О.А. Левада, Н.В. Чередниченко

Актуальность. Мягкие нейрокогнитивные расстройства (МНР), как диагностический конструкт DSM-5, являются конгруэнтными с ранее предложенной категорией легких когнитивных расстройств (ЛКР). МНР/ЛКР часто ассоциируются с психопатологическими синдромами (ППС). Предыдущие исследования изучали распространенность ППС при клинических субтипах ЛКР, однако данные об их частоте при этиологических вариантах МНР отсутствуют.

Цель. Изучить распространенность и специфику ППС у пациентов с МНР вследствие болезни Альцгеймера (МНР-БА) и субкортикальными сосудистыми МНР (ССМНР); выявить, объединяются ли специфические ППС и патогномоничные когнитивные характеристики МНР в дифференциально значимые фенотипы.

Материалы и методы. Провели сравнительное исследование 70 пациентов с МНР-БА, 70 больных с ССМНР и 55 лиц без когнитивных расстройств (БКР). Ко всем участникам были применены нейропсихологические, психопатологические, неврологические, функциональные и нейровизуализационные методы исследования.

Результаты. Распространенность ППС при МНР-БА (97,1%) и ССМНР (100%) была достоверно более высокой, в сравнении с лицами БКР (74,6%). Наиболее распространенными ППС, которые имели существенное дифференциально-диагностическое значение для разделения МНР-БА от ССМНР и лиц БКР, были тревога (81,43%), раздражительность (67,14%) и расстройства сна (67,14%), тогда как депрессия (81,43%) и апатия (47,14%) были патогномоничными для ССМНР. В обеих группах МНР были зарегистрированы достоверные ($P < 0,05$) корреляции между всеми дифференциально важными ППС и значимыми когнитивными расстройствами: амнестическим синдромом в группе МНР-БА и исполнительной дисфункцией у пациентов с ССМНР.

Выводы. Амнестическо-тревожно-раздражительный синдромокомплекс является основным клиническим фенотипом при МНР-БА, а исполнительно-депрессивно-тревожный – у пациентов с ССМНР. Полученные данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики основных этиологических типов МНР, а также для оптимизации лечебных и профилактических стратегий.

Ключевые слова: мягкое нейрокогнитивное расстройство вследствие болезни Альцгеймера, субкортикальное сосудистое мягкое нейрокогнитивное расстройство, когнитивно-психопатологические фенотипы.

COGNITIVE-PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOTYPES OF THE MAIN ETIOLOGICAL VARIANTS OF MILD NEUROCOGNITIVE DISORDERS

О.А. Левада, Н.В. Чередниченко

Importance. Mild neurocognitive disorders (MNCD) as a DSM-5 diagnostic construct is substantially congruent with mild cognitive impairment (MCI). MNCD / MCI are associated with psychopathological syndromes (PPS). Previous studies have examined the prevalence of PPS in clinical MCI subtypes, and none exists for etiological types of MNCD.

Objective. To estimate the prevalence and specifics of PPS in patients with MNCD due to Alzheimer's disease (MNCD-AD) and subcortical vascular MNCD (ScVMNCD); to determine whether PPS associate with cognitive MNCD characteristics into specific phenotypes.

Materials and methods. A case-control study of 70 patients with MNCD-AD, 70 patients with ScVMNCD, and 55 cognitively normal elderly persons (CNEP). All participants underwent neuropsychological, neuropsychiatric, neurological, functional and neuroimaging evaluations.

Results. The prevalence of PPS in MNCD-AD (97,1%) and ScVMNCD (100%) groups was significantly higher than that in CNEP (74,6 %). The most prevalent PPS that had significant differential diagnostic value in separating MNCD-AD from ScVMNCD and CNEP were anxiety (81,43%), irritability (67,14%), and sleep disturbances (67,14%) as well as depression (81,43%) and apathy (47,14%) in ScVMNCD. In both MNCD groups, we observed significant ($P < 0,05$) correlations between all distinguishing PPS and the differential cognitive disturbances: amnestic syndrome in MNCD-AD and executive dysfunction in ScVMNCD.

Conclusions and Relevance. Amnestic-anxiety-irritative syndrome can be the main phenotype in MNCD-AD, and executive-depressive-apatetic syndrome can be considered as the most prevalent clinical manifestation in ScVMNCD. Obtained data may be used for clinical differentiation of MNCD-AD and ScVMNCD patients.

Key words: mild neurocognitive disorder due to Alzheimer's disease, subcortical vascular mild neurocognitive disorder, cognitive-psychopathological phenotypes.

Стаття надійшла до редакції 03.06.2016 р.

ЛЕВАДА Олег Анатолійович, д.мед.н., доцент, професор кафедри загальної практики – сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії, зав. курсом психіатрії ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

ЧЕРЕДНИЧЕНКО Наталія Валеріївна, пошукач кафедри загальної практики – сімейної медицини з курсами дерматовенерології та психіатрії ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», завідувач відділенням неврології КЗ «Центральна лікарня Комунарського району» м. Запоріжжя; e-mail: cheredni-natalya@yandex.ua

ЛЕВАДА Олег Анатольевич, д.мед.н., доцент, профессор кафедры общей практики – семейной медицины с курсами дерматовенерологии и психиатрии, зав. курсом психиатрии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

ЧЕРЕДНИЧЕНКО Наталья Валериевна, соискатель кафедры общей практики – семейной медицины с курсами дерматовенерологии и психиатрии ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», заведующая отделением неврологии КУ «Центральная больница Комунарского района», г. Запорожье; e-mail: cheredni-natalya@yandex.ua

LEVADA Oleg Anatoliyovich, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of General Practice – Family Medicine with courses of Dermatology and Psychiatry, Head of Psychiatry, State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine», Zaporizhzhia; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

CHEREDNICHENKO Nataliia Valeriivna, Competitor for PhD degree of the Department of General Practice – Family Medicine with courses of Dermatology and Psychiatry, State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine», Head of the Department of Neurology of the State Institution «Central Hospital of the Komunarsky district», Zaporizhzhia; e-mail: cheredni-natalya@yandex.ua

В. С. Підкоритов

ВПЛИВ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА КОГНІТИВНУ СФЕРУ
ХВОРИХ НА СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

pid-vs@ukr.net

Актуальність. На сьогодні актуальним є дослідження етіології та патогенезу судинної деменції. Згідно із світовими даними, судинна деменція складає майже 1/5 частину всіх випадків цього захворювання і у країнах Західної Європи та США є другою за частотою.

Мета: визначити вплив коморбідної патології на стан когнітивних функцій хворих на судинну деменцію.

Матеріали та методи. Дослідження проходило на базі КУ «ООМЦПЗ» в період з 2014 по 2015 р. У ньому взяли участь 54 хворих з верифікованим діагнозом судинної деменції (F 01) віком від 70 до 90 років (середній вік $72 \pm 2,5$ років). Пацієнти були поділені на дві групи: Г1 – 32 хворих, які мали підтверджену супутню соматичну патологію; Г2 – 22 хворих з судинною деменцією без клінічно значимих соматичних хвороб. Ступінь порушення когнітивної сфери пацієнтів оцінювали за допомогою MMSE – Mini-Mental State Examination (коротка шкала оцінки психічного статусу), методики «таблиці Шульте», методики виключення понять та методики запам'ятовування 10 слів.

Результати. При визначенні загального рівня когнітивного функціонування за допомогою методики MMSE пацієнти без супутньої соматичної патології показали вищі результати, ніж пацієнти з першої групи. Перевірка уваги та швидкості сенсомоторних реакцій при виконанні завдань за таблицями Шульте виявила, що здатність до концентрування уваги гірша, а швидкість сенсомоторних реакцій нижча у пацієнтів з соматичними хворобами, ніж у пацієнтів без супутньої патології. Дослідження за допомогою методики запам'ятовування 10 слів виявило більш значне порушення мнестичних функцій у пацієнтів з соматичними хворобами. Дані, отримані при дослідженні за допомогою методики виключення понять, свідчили про більш значне порушення здатності до узагальнення та абстрагування у пацієнтів з соматичними захворюваннями.

Висновки. Результати дослідження свідчать, що наявність супутньої соматичної хвороби у пацієнта з судинною деменцією призводить до достовірно більш вираженого ураження всіх когнітивних функцій.

Ключові слова:судинна деменція,
похилий вік, коморбідна
патологія.

Актуальність. Деменція визначається як патологічний стан, що виявляється порушенням вищих психічних функцій (пам'яті, мови, орієнтування, пізнавальної діяльності, мислення, праксису) внаслідок органічного захворювання головного мозку і призводить до професійної, побутової і соціальної дезадаптації людини [1, 2].

Деменція може бути проявом різних захворювань та розладів, включаючи дисметаболічні, інфекційні, токсичні і посттравматичні стани, а також ендокринні, аутоімунні та онкологічні захворювання, однак найчастішою її причиною є нейродегенеративний процес (50–60 % випадків) і ураження головного мозку судинного генезу (10–30%) або їх поєднання [3, 4].

Мета. Визначити вплив коморбідної патології на стан когнітивних функцій хворих на судинну деменцію.

Матеріали та методи дослідження

Робота виконана на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». Було обстежено

54 пацієнти (29 жінок та 25 чоловіків), які надійшли до лікарні в період з 2014 по 2015 р., та мали встановлений клінічний діагноз судинної деменції (F 01). Середній вік пацієнтів склав $72 \pm 2,5$ років. Досліджені були поділені на дві групи: Г1 (група 1) – 32 пацієнти з судинною деменцією та супутньою соматичною патологією; Г2 (група 2) – 22 пацієнти з судинною деменцією без клінічно значимих соматичних хвороб.

Обов'язковою умовою для участі у дослідженні була письмова згода, отримана у родичів хворих або їх опікунів. Діагноз судинної деменції встановлювали з урахуванням анамнезу хворого, клінічної картини, ішемічної шкали Хачінського, даних інструментальних досліджень (КТ та МРТ досліджень).

Ступінь порушення когнітивної сфери пацієнтів оцінювали з використанням MMSE – Mini-Mental State Examination (коротка шкала оцінки психічного статусу), методики «таблиці Шульте», методики виключення понять та методики запам'ятовування 10 слів [5, 6].

Статистичну обробку отриманих даних виконували за допомогою програми Excel та статистичного пакета «Statistica 7.0. for Windows», обчислення t-критерію Стюдента, U-критерію Манна-Уїтні, ϕ -критерію Фішера. В усіх випадках порівнянь була визначена ймовірність розходжень «р». Розходження вважали статистично значимими при $p \leq 0,05$.

Результати та їх обговорення

Для верифікації діагнозу проводили КТ або МРТ дослідження. У результаті цих досліджень у пацієнтів виявлено наступні ознаки ураження головного мозку: у 13 хворих з Г1 (40,6 %) та у 7 хворих з Г2 (31,8 %) – множинні інфаркти в зонах васкуляризації найбільших судин; у 11 хворих з Г1 (34,4 %) та у 8 хворих з Г2 (36,4 %) – поодинокі інфаркти в «стратегічно значущих» зонах (таламус, базальні відділи переднього мозку; зони васкуляризації передньої або задньої мозкової артерії); у 5 пацієнтів з Г1 (15,6 %) та у 2 пацієнтів з Г2 (9,1 %) – поодинокі або множинні лакуни в базальних гангліях і білій речовині; у 19 пацієнтів з Г1 (59,4 %) та у 14 пацієнтів з Г2 (63,6 %) – виражені ішемічні зміни перивентрикулярної білої речовини (лейкоареоз). При встановленні діагнозу враховували і тимчасовий зв'язок когнітивних розладів і судинної патології головного мозку, у переважній більшості пацієнтів діагноз судинної деменції поставлений впродовж 3–6 міс. від епізоду порушення мозкового кровообігу. Пацієнти Г1 за спектром соматичної патології були поділені таким чином (рис. 1):

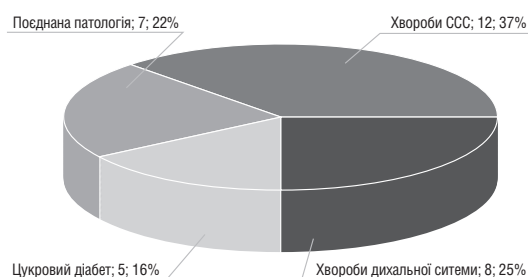


Рис. 1. Розподіл хворих Г1 за соматичною патологією (абс.; %)

Як можна побачити з діаграми, найбільший відсоток складає патологія серцево-судинної системи (12 хворих), серед якої 25 % припадало на ішемічну хворобу серця, 41,7 % – на гіпертонічну хворобу, 33,3 % – на поєднання ішемічної та гіпертонічної хвороб. Серед пацієнтів, які мали захворювання дихальної системи (8 пацієнтів), більшість страждали на хронічний бронхіт (75 %), також спостерігалася бронхіальна астма (25 %). Цукровий діабет виявили у 5 пацієнтів Г1. У 7 хворих було виявлено поєднання захворювань серцево-судинної та дихальної систем.

Діагноз соматичної хвороби встановлювали відповідні лікарі-інтерністи (терапевт, пульмонолог, кардіолог тощо) на основі оцінки скарг пацієнта, даних фізикального обстеження та підтверджували інструментально-лабораторними методами обстеження.

Для виявлення ступеня когнітивних порушень у хворих застосовували коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination), що складається з ряду субтестів, які дозволяють швидко й ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, стан короточасної та довготривалої пам'яті, функції мови, гнозису, праксису. Сума балів за субтестами становить загальний бал MMSE. Результат отримували шляхом підсумування балів за кожним із пунктів шкали.

Максимальний показник – 30 балів. За даними MMSE, показник 29–30 балів оцінювали як відсутність порушення когнітивних функцій, 28–27 балів – як легкі, 24–26 – як помірні когнітивні порушення, 20–23 балів – як початкову стадію деменції (м'яку деменцію), 11–19 балів – як деменцію помірного ступеня, 0–10 балів – як тяжку деменцію [6].

В ході дослідження були отримані такі результати: середній бал пацієнтів у першій групі склав $11,6 \pm 1,1$ бала, у другій групі – $15,7 \pm 1,6$ бала (різниця між показниками достовірна, $p \leq 0,05$). Середні показники обох груп відповідали деменції помірного ступеня, але бали пацієнтів Г1 наближались до ступеня тяжкої деменції та були значно нижчими, ніж у Г2.

Також хворі з обох груп проходили дослідження за допомогою методики «таблиць Шульте». Обстежуваному по черзі пропонували п'ять таблиць, на яких у довільному порядку розташовані числа від 1 до 25. Пацієнт повинен відшукати, показати і назвати числа в порядку їх зростання. Пробу повторювали з п'ятьма різними таблицями. Отримані результати наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Результати обстеження за методикою «таблиці Шульте»

Показник	Г1 (n=32)	Г2 (n=22)
Час (с)	$145,3 \pm 6,9$	$110,2 \pm 10,5^*$
Кількість помилок	$5,2 \pm 0,9$	$4,2 \pm 1,1^*$

Примітка: * – різниця між групами є достовірною ($p \leq 0,05$).

Згідно з даними, наведеними в таблиці 1, для виконання завдання хворим без тяжкої соматичної патології (Г2) знадобилося менше часу, ніж хворим з Г1 ($110,2$ с та $145,3$ с відповідно, $p \leq 0,05$). Також у процесі виконання завдання пацієнти Г2 зробили в середньому на одну помилку менше ($p \leq 0,05$).

Наступним методом дослідження хворих була методика запам'ятовування 10 слів. Методика спрямована на вивчення здатності до безпосереднього короткотривалого або довготривалого запам'ятовування. Спочатку хворому 6 разів зачитували 10 випадково обраних слів, а потім пропонували відтворити їх – безпосередньо після зачитування лікарем, через 10 хвилин та через годину. Результати дослідження короткотривалої пам'яті представлені на рисунку 2.

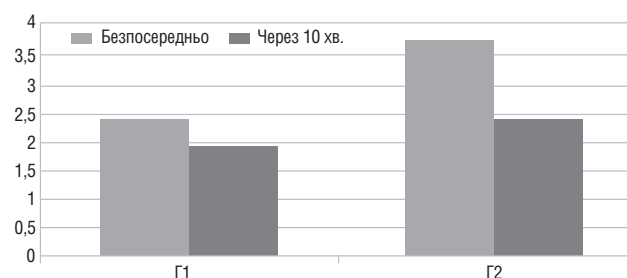


Рис. 2. Дослідження короткотривалої пам'яті пацієнтів (кількість відтворених слів)

При аналізі отриманих результатів можна побачити, що показники короткотривалої пам'яті пацієнтів у Г2 були вищими, ніж у Г1, як безпосередньо після прослуховування, так і через 10 хвилин ($p \leq 0,05$). Одразу після зачитування слів пацієнти з Г1 в середньому повторювали $2,6 \pm 0,8$ слів, через 10 хвилин – $2,1 \pm 0,9$ слів, а пацієнти з Г2 – $3,9 \pm 0,9$ та $2,6 \pm 0,7$ слів відповідно. Подальше дослідження довготривалої пам'яті було неможливим, у зв'язку з неспроможністю відтворити жодного слова із зачитаних лікарем.

При виконанні методики виключення понять пацієнти Г1 в середньому приймали $3,4 \pm 0,7$ правильних

рішень, а пацієнти групи порівняння – $4,3 \pm 1,1$ правильних рішень ($p \leq 0,05$), що свідчить про глибше порушення здатності до узагальнення та абстрагування у пацієнтів з соматичними захворюваннями.

Висновки

При визначенні загального рівня когнітивного функціонування за допомогою методики MMSE пацієнти з деменцією без супутньої соматичної патології показали кращі результати, ніж пацієнти з судинною деменцією та супутньою соматичною патологією. Перевірка уваги та швидкості сенсомоторних реакцій при виконанні завдань за таблицями Шульте показала, що пацієнти Г1 допустили більше помилок та витратили більше часу, ніж пацієнти без соматичної патології, отже, здатність до концентрування уваги гірша, а швидкість сенсомоторних реакцій нижча у пацієнтів з соматичними хворобами, порівняно з пацієнтами без соматичних захворювань. Дослідження за допомогою методики запам'ятовування 10 слів виявило більш значне порушення мнестичних функцій у пацієнтів з соматичними хворобами. Дані, отримані за допомогою методики виключення понять, свідчили про більш значне порушення здатності до узагальнення та абстрагування у пацієнтів з соматичними захворюваннями.

Оцінюючи результати нашого дослідження можна стверджувати, що соматична хвороба призводить до більш вираженого порушення уваги, пам'яті, мислення та когнітивного функціонування загалом у осіб з судинною деменцією та поглиблює у них когнітивний дефіцит.

ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА КОГНИТИВНУЮ СФЕРУ БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

В. С. Подкорытов

Актуальность. На сегодня актуальным является исследование этиологии и патогенеза сосудистой деменции. Согласно мировым данным, сосудистая деменция составляет почти 1/5 часть всех этой патологии и в странах Западной Европы и США является второй по частоте.

Цель: определить влияние коморбидной патологии на состояние когнитивных функций больных сосудистой деменцией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КУ «ОМЦПЗ» в период с 2014 по 2015 г. В нем приняли участие 54 больных с верифицированным диагнозом сосудистой деменции (F 01) в возрасте от 70 до 90 лет (средний возраст $72 \pm 2,5$ лет). Пациенты были поделены на две группы: Г1 – 32 больных, имеющих подтвержденную сопутствующую соматическую патологию; Г2 – 22 больных с сосудистой деменцией без клинически значимых соматических болезней. Степень нарушения когнитивной сферы пациентов оценивали с помощью MMSE – Mini-Mental State Examination (короткая шкала оценки психического статуса), методики «таблицы Шульте», методики исключения понятий и методики запоминания 10 слов.

Результаты. При определении общего уровня когнитивного функционирования с помощью методики MMSE пациенты без сопутствующей соматической патологии показали более высокие результаты, чем пациенты из первой группы. Проверка внимания и скорости сенсомоторных реакций при выполнении заданий по таблицам Шульте обнаружила, что способность к концентрации внимания хуже, а скорость сенсомоторных реакций ниже у пациентов с соматическими болезнями, чем у пациентов без сопутствующей патологии. Исследования с помощью методики запоминания 10 слов выявило более значительное нарушение мнестических функций у пациентов с соматическими болезнями. Данные, полученные при исследовании с помощью методики исключения понятий, свидетельствовали о более значительном нарушении способности к обобщению и абстрагированию у пациентов с соматическими заболеваниями.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют, что наличие сопутствующей соматической болезни у пациента с сосудистой деменцией приводит к достоверно более выраженному поражению всех когнитивных функций.

Ключевые слова: сосудистая деменция, пожилой возраст, коморбидная патология.

INFLUENCE SOMATIC PATHOLOGY ON COGNITION FUNCTIONS OF PATIENTS WITH VASCULAR DEMENTIA

V. S. Pidkorytov

Background. The study of etiology and pathogenesis of vascular dementia is actual today. According to international data, vascular dementia accounts for nearly 1/5 of all cases of dementia and has second place in Western Europe and the USA.

Objective: to determine the effect of comorbid diseases on the state of cognitive functions of patients with vascular dementia.

Materials and methods. The research was conducted on the basis of CE «Odessa Regional Medical Center Mental Health» in the period from 2014 to 2015. It was attended 54 patients with verified diagnosis of vascular dementia (F 01) aged 70 to 90 years (mean age $72 \pm 2,5$ years). Patients were divided into two groups: G1 – 32 patients with confirmed concomitant somatic pathology; G2 – 22 patients with vascular dementia without clinically significant somatic disease. The degree of violation of cognition patients was assessed using MMSE – Mini-Mental State Examination, technique «Schulte table», method «elimination notions» and techniques of memorizing 10 words.

Results. Determining the overall level of cognitive function by MMSE technique showed better results in patients without concomitant somatic pathology than patients G1. Checking of attention and speed of sensorimotor reactions by technique «tables Schulte» found that the ability to concentrate worse, and the rate of sensorimotor reactions is lower in patients with somatic disease than in patients without comorbid pathology. Technique of memorizing 10 words showed a more significant impairment of mnemonic functions in patients with somatic diseases. Technique of elimination notions showed a significant impairment to the generalization and abstraction in patients with somatic diseases.

Conclusions. The results of our research show that the presence of concomitant somatic disease in patients with vascular dementia leads to significantly more pronounced defeat all cognitive functions.

Key words: vascular dementia, older age, comorbid pathology.

Стаття надійшла до редакції 13.06.2016 р.

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, д.мед.н., проф., керівник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків; e-mail: pid-vs@ukr.net.

ПОДКОРЫТОВ Валерий Семенович, д.мед.н., проф., руководитель отдела клинической, социальной и детской психиатрии ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков; e-mail: pid-vs@ukr.net.

PIDKORYTOV Valerii Semenovich, MD, PhD, Prof., Head of Department of Clinical, Social and Child Psychiatry SI «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine», Kharkiv; e-mail: pid-vs@ukr.net.

Список використаної літератури

1. Дробіжєв М. Ю. Сосудистая деменция в общей медицине (аспекты эпидемиологии, бремени болезни, терапии) / М. Ю. Дробіжєв, Е. А. Макух, А. И. Дзантиева // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 5. – С. 16–20.
2. Корж С. В. Особливості когнітивного дефіциту судинної деменції у хворих з коморбідними соматичними хворобами: можливі спрямування психотерапії / С. В. Корж // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009. – № 1 (21). – С. 44–49.
3. Jellinger K. A. The pathology of «vascular dementia»: a critical update / K. A. Jellinger // J Alzheimer's Dis. – 2008. – № 14. – P. 107–123.
4. Pendlebury S. T. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis / S. T. Pendlebury, P. M. Rothwell // Lancet Neurol. – 2009. – № 8. – P. 1006–1018.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский – Самара: Бахрах-М, 2002. – 672 с.
6. Бачинская Н. Ю. Синдром умеренных когнитивных нарушений / Н. Ю. Бачинская // Нейро News. – 2010. – № 2/1. – С. 12–17.

References

1. Drobizhev, M. Ju., Makuh, E. A., & Dzantieva, A. I. (2006). Sosudistaja demenciya v obshhej medicine (aspekty jepidemiologii, bremeni bolezni, terapii) [Vascular dementia in general medicine (aspects of epidemiology, disease burden, treatment)]. Psihiatrija i psihofarmakoterapija – Psychiatry and psychopharmacotherapy. Vol. 8, no. 5, pp. 16-20.
2. Korzh, S. V. (2009). Osoblyvosti kognityvnoho defitsytu sudynnoi dementsii u khvorykh z komorbidnymy somatychnymy khvorobamy: mozhlyvi spriamuvannia psykoterapii [Features of the cognitive deficits of vascular dementia in patients with comorbid somatic diseases: possible direction of psychotherapy]. Zhurnal psihiatrii i medycinskoj psihologii – Journal of Psychiatry and Medical Psychology. No. 1 (21), pp. 44-49.
3. Jellinger, K. A. (May 2008). The pathology of «vascular dementia»: a critical update. J Alzheimer's Dis. No. 14, pp. 107-123.
4. Pendlebury, S. T., & Rothwell, P. M. (Nov. 2009). Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. No. 8 (11), pp. 1006-1018. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70236-4
5. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]. Samara, Bahrah–M, 672 p.
6. Bachinskaja, N. Ju. (2010). Sindrom umerennykh kognityvnykh narushenij [The syndrome of mild cognitive impairment]. NeuroNews – NeuroNews, no. 2/1, pp. 12-17.

Х.С. Живаго

**ДОСЛІДЖЕННЯ СФЕР СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ
У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ ІЗ СИМПТОМАМИ ДЕПРЕСІЇ**

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

kristinazhyvago@gmail.com

Актуальність. Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, питанням соціальної дезадаптації та суттєвому погіршенню якості життя психічно хворих та їх близьких. Поширеність депресивної симптоматики при параноїдній шизофренії (7–75%) зумовлює актуальність досліджень у цій сфері.

Мета роботи – дослідження особливостей соціального функціонування хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії.

Матеріали й методи. У дослідженні було використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний, соціально-демографічний методи та методи математичної статистики. На основі добровільної поінформованої згоди ми обстежили 129 хворих на параноїдну форму шизофренії. Їх було поділено на дослідну групу, яку склали 82 хворих із симптомами депресії, та групу порівняння – 47 пацієнтів без симптомів депресії. У дослідженні використано шкали PANSS, HDRS, CDSS, HARS. Групи не відрізнялись за основними демографічними показниками, тривалістю та перебігом захворювання на шизофренію. Досліджуючи соціальне функціонування ми використовували опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих.

Результати. Найвиразніші порушення ($p < 0,05$) в дослідній групі були в області характеристики кола спілкування, порівняно із групою порівняння. Також значними були порушення у сфері фізичної працездатності та активності в побуті. Найменш виразні порушення зареєстровані в області характеру стосунків з оточуючими. Кореляційний аналіз ($p < 0,05$) показав пряму залежність між порушеннями у сферах соціального функціонування та рівнем депресії.

Висновки. Депресивна симптоматика сприяє поглибленню порушень у всіх сферах соціального функціонування хворих на параноїдну форму шизофренії, що формує труднощі в реадaptaції та збереженні притаманного пацієнту рівня соціальної активності вже в перші роки захворювання, призводить до погіршення подальшого клінічного прогнозу. Розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії дозволить довше зберігати притаманний пацієнту до хвороби рівень соціального функціонування, краще розуміти особливості свого захворювання, виявляти ранні симптоми загострення хвороби і, зокрема, депресії, що покращить реадaptaцію хворого у соціумі.

Ключові слова:
депресія, параноїдна шизофренія, соціальне функціонування, сфера, медико-соціальна реабілітація.

Актуальність. Останнім часом все більше уваги приділяється соціальним наслідкам психічної патології, питанням соціальної дезадаптації та суттєвому погіршенню якості життя психічно хворих та їх близьких [7].

Параноїдна шизофренія є найпоширенішою формою ендогенних захворювань та складає близько 28% всіх типів шизофренії [2, 5]. Частота депресій при цій патології складає 7–75%, залежно від особливостей перебігу та етапу захворювання [9].

Екзацербация хвороби, часті госпіталізації та тривалий перебіг призводять до труднощів у навчанні та збереженні професійного рівня пацієнтів, руйнування стосунків із оточуючими, самостигматизації, соціального відчуження та іноді – до інвалідизації [3, 8]. Умови надання спеціалізованої допомоги, рівень освіти та сімейний статус, тривалість захворювання та умови проживання певною мірою також впливають на показники якості життя хворих на шизофренію [1, 6].

Із наукових джерел відомо, що сімейний статус хворих на шизофренію є одним із критеріїв їх соціальної активності, оскільки виконання подружніх та батьківських обов'язків передбачає достатньо високий рівень адаптації [4]. М. Nyer дослідив, що у хворих із депресією при шизофренії рівень суїцидів у разі наявності власної родини нижчий, порівняно із особами, які не перебувають у шлюбі [10]. За даними іноземних досліджень, хворим із депресією при шизофренії протягом перших років хвороби, на фоні частого рецидивування, зниження соціального функціонування та втрати фінансової незалежності, властива низька оцінка якості життя та схильність до вживання психоактивних речовин «для полегшення свого стану» [1, 11].

Виявлені особливості вказують на важливість та актуальність подальших досліджень особливостей соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію залежно від наявності у них депресивної симптоматики. Тому метою нашої роботи стало вивчення особливостей соціального функціонування хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні було використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний, соціально-демографічний методи та методи математичної статистики. На основі добровільної поінформованої згоди ми обстежили 129 хворих на параноїдну форму шизофренії, яких було поділено на дослідну групу, яку склали 82 хворих із симптомами депресії, та групу порівняння – 47 пацієнтів без симптомів депресії. Наявність депресивної симптоматики визначали за шкалою CDSS на рівні «6 балів» та вище. Середній рівень депресії за шкалою CDSS у дослідній групі склав $14,63 \pm 3,81$ бала, в групі порівняння – $3,10 \pm 1,38$ бала ($p < 0,0001$). Також було використано шкали PANSS ($113,26 \pm 7,06$ та $110,74 \pm 7,13$ бала відповідно ($p > 0,05$)), HDRS ($13,82 \pm 3,64$ та $3,72 \pm 1,78$ бала відповідно ($p < 0,0001$)), HARS ($19,56 \pm 8,0$ та $12,10 \pm 6,97$ бала відповідно ($p < 0,0001$)) та опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих, який дозволяє як кількісно, так і якісно оцінити порушення у сферах соціального функціонування. Групи не відрізнялись за основними демографічними показниками, тривалістю та перебігом захворювання на шизофренію. Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою пакета програм зі статистичної обробки даних SPSS Statistics for

Macintosh (версія 22.0.0.0). Оцінку всіх параметрів аналізу проведено з прийнятим рівнем статистичної значимості не нижче 95% ($p < 0,05$). Було використано непараметричні критерії: Манна-Уїтні (U), Вілкоксона (W), χ^2 та точний критерій Фішера.

Результати та їх обговорення

Для дослідження соціального функціонування хворих обох груп ми використовували опитувальник для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих.

Таблиця 1. Оцінка сфер соціального функціонування

Показник	Дослідна група (n=82)		Група порівняння (n=47)		p
	Середній бал, X	SD	Середній бал, X	SD	
Фізична працездатність	2,49	1,11	2,09	1,02	0,039
Інтелектуальна продуктивність	2,09	1,37	2,02	1,24	0,787
Активність у побуті	2,37	1,08	1,91	1,04	0,021
Характеристика кола спілкування	2,66	1,11	1,66	1,17	0,0001
Характер стосунків з оточуючими	1,02	0,98	2,64	0,96	0,0001

Примітка. SD – стандартне відхилення; p – оцінка достовірності різниці за критерієм Манна-Уїтні

У таблиці 1 наведено результати оцінки за окремими сферами соціального функціонування. У дослідній групі найвиразніші порушення спостерігались в області характеристики кола спілкування. Також значними були порушення у сфері фізичної працездатності та активності в побуті, найменше виражені порушення СФ були в області характеру стосунків з оточуючими. У групі порівняння найбільші труднощі пацієнти мали в області фізичної працездатності, хоча показник був вищий, ніж у дослідній групі, та характеру стосунків з оточуючими. Найменш виражені порушення були в області характеристики кола спілкування. Практично однаково знижені показники були в області інтелектуальної продуктивності, що свідчить про однорідність обох груп за показниками віку, освіти та тривалості перебігу захворювання.

У таблиці 2 показано, що загальний бал за шкалою PANSS та фактор тривоги і депресії продемонстрували прямо пропорційну залежність зі всіма сферами СФ ($p < 0,05$). Фізична працездатність також мала прямі кореляційні зв'язки із позитивним та негативним

Таблиця 2. Кореляційний аналіз між показниками п'ятифакторної моделі оцінки за шкалою PANSS та даними окремих сфер соціального функціонування

Шкала	Сфера соціального функціонування, Д* / П**				
	ФП	ІП	АвП	ХКС	ХСЗО
PANSS загальний бал	0,612* / 0,580*	0,341* / 0,323*	0,283* / 0,457*	0,319* / 0,425*	0,535* / 0,499*
PANSS (+)	0,312* / 0,439*	0,279* / 0,336*	0,310* / 0,398*	0,210 / 0,201	0,266* / 0,527*
PANSS (-)	0,241* / 0,542*	0,316* / 0,518*	0,117 / 0,523*	0,325* / 0,417*	0,155 / 0,342*
Дезорганізації	0,224* / 0,430*	0,121 / 0,314*	0,333* / 0,210	0,222* / 0,205	0,118 / 0,098
Агресії та збудження	0,090 / 0,120	0,202 / 0,378*	0,127 / 0,402*	0,133 / 0,322*	0,018 / 0,357*
Тривоги та депресії	0,273* / 0,147	0,557* / 0,117	0,533* / 0,019	0,287* / 0,054	0,472* / 0,016

Примітка. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$); Д* – Дослідна група (n=82); П** – Група порівняння (n=47); ФП – фізична працездатність, ІП – інтелектуальна продуктивність; АвП – активність у побуті; ХКС – характеристика кола спілкування; ХСЗО – характер стосунків з оточуючими.

факторами і фактором дезорганізації. Інтелектуальна продуктивність мала прямо пропорційну залежність із позитивним та негативним факторами. Активність у побуті та характеристика кола спілкування мали прямі кореляційні зв'язки із фактором дезорганізації та з негативним. Сфера характеру стосунків з оточуючими мала прямі кореляційні зв'язки із продуктивним фактором. У групі порівняння загальний бал за шкалою PANSS також продемонстрував прямо пропорційну кореляційну залежність зі всіма сферами СФ, а фактор тривоги та депресії не виявив статистично значимих зв'язків. Натомість негативний фактор виявляв прямо пропорційні зв'язки зі всіма сферами СФ та фактор агресії і збудження проявив суттєві прямі кореляційні зв'язки зі всіма сферами, крім фізичної працездатності.

Таким чином, вплив на виразність психопатологічної симптоматики, а також на рівень депресії та тривоги у хворих із ДС при ППШ сприятиме підвищенню рівня соціального функціонування як загалом, так і за окремими сферами.

У таблиці 3 представлено результати кореляційного аналізу впливу депресивної та тривожної симптоматики на рівень СФ. Як видно, загальний бал за шкалами CDSS та HDRS має статистично значимі прямі кореляційні зв'язки зі всіма сферами СФ. Найвиразнішу прямо пропорційну кореляційну залежність зі всіма сферами СФ, як і очікувалось, виявляють депресія тяжкого ступеня за шкалою HDRS та тривожний стан за шкалою HARS.

За даним опитувальником ми оцінювали не лише кількісні, а й якісні об'єктивні характеристики соціального функціонування та порівнювали їх у хворих обох груп. Нами досліджено такі сфери як освіта та трудова діяльність, денна активність, матеріально-побутові умови, родина та соціальні контакти, здоров'я.

Обстежені в обох групах ($p=0,164$) мали середню освіту, в більш ніж 50% випадків – спеціальну освіту, що свідчить про достатній освітній та професійний потенціал для можливості працевлаштування та забезпечення матеріального достатку. Проте хворим дослідної групи властиве зниження працездатності, що проявляється на різних рівнях, як то часті зміни місця роботи на посаду з нижчою кваліфікацією ($p=0,0002$), труднощі із вико-

нанням звичайних, на рівні до хвороби, професійних обов'язків, що змушує шукати роботу із нижчою кваліфікацією, що згодом призводить до втрати роботи та інвалідизації ($p=0,004$). Установка на працевлаштування виявлена у більше ніж 60% хворих дослідної групи ($p=0,042$), що підтверджує виявлені особливості впливу ДС на працездатність даного контингенту обстежених. При цьому для 35% пацієнтів із групи порівняння притаманне продовження роботи без зниження кваліфікації та вищий рівень працевлаштування.

Рівень денної активності внаслідок впливу депресивної симптоматики є нижчим ($p<0,05$), ніж у пацієнтів без ДС, в таких аспектах як відвідування магазинів ($p<0,0001$), користування громадським транспортом ($p=0,0003$), частота спілкування із друзями та знайомими ($p=0,003$). Відвідування культурно-масових заходів та місць відпочинку, а також прогулянки, читання, хобі були мало затребуваними у хворих обох груп ($p>0,05$). Більшу частину дня займав перегляд телепередач без певної тематичної зацікавленості ($p=0,343$). Оцінка ДА у хворих дослідної групи в 84% випадків була незадовільною ($p<0,0001$).

Матеріально-побутове становище у хворих обох груп було низьким ($p=0,334$), що відповідає загальній тенденції серед психічно хворих. Більшість хворих дослідної групи перебували на повному матеріальному забезпеченні сторонніх осіб ($p=0,0002$) та за рахунок цього мали кращі умови проживання ($p<0,01$), що вплинуло на дещо вищі показники сукупної оцінки доходу, ніж у групі порівняння ($p=0,025$), хоча загальна оцінка умов проживання була низькою в обох групах ($p=0,133$). Якість харчування ($p=0,880$) та забезпеченість одягом ($p=0,167$) як показники матеріального благополуччя, в обох групах були низькими.

Більшість хворих ($p=0,039$) дослідної групи ніколи не вступали у шлюб, займали підпорядковане положення у родині ($p<0,0001$), цілком залежали від найближчих родичів, їх думку не враховували при вирішенні родинних питань. При цьому стосунки із рідними мали нестійкий, напружений та часто конфліктний характер ($p<0,0001$), тоді як у групі порівняння переважали конфліктні стосунки із рідними. При цьому хворі обох груп переважно проживали з батьками ($p=0,996$) та мали знижену потребу у друзях ($p=0,187$).

Таблиця 3. Кореляційний аналіз між показниками шкал CDSS, HDRS, HARS та сферами соціального функціонування за опитувальником для оцінки соціального функціонування та якості життя психічно хворих у дослідній групі (n=82)

Шкала	ФП	ІП	АвП	ХКС	ХСЗО
CDSS, Загальний бал	0,323*	0,417*	0,302*	0,266*	0,312*
HARS, Загальний бал	0,014	0,271*	0,201	0,008	0,212
HARS, Симптоми тривоги	0,014	0,382*	0,119	0,216	0,178
HARS, Тривожний стан	0,276*	0,436*	0,287*	0,417*	0,305*
HDRS, Загальний бал	0,623*	0,427*	0,318*	0,299*	0,412*
HDRS, Депресія легкого ступеня	0,229*	0,326*	0,294*	0,319*	0,124
HDRS, Депресія середнього ступеня	0,495*	0,218*	0,354*	0,493*	0,173
HDRS, Депресія тяжкого ступеня	0,612*	0,388*	0,478*	0,538*	0,252*

Примітка. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p<0,05$); ФП – фізична працездатність, ІП – інтелектуальна продуктивність; АвП – активність в побуті; ХКС – характеристика кола спілкування; ХСЗО – характер стосунків з оточуючими.

Оцінка сфери здоров'я, зокрема психічного здоров'я, виявила, що хворі дослідної групи частіше госпіталізуються ($p=0,011$), більше ніж в 43% випадків мають незадовільну оцінку як здоров'я в цілому ($p=0,032$) так і психічного ($p=0,007$) зокрема. Ставлення до терапії ($p=0,785$) та доступність препаратів нового покоління ($p=0,922$) в обох групах не мали статистично значущої різниці. Медикаментозну терапію хворі обох груп приймають нерегулярно та безсистемно, підтримувальну терапію приймають нетривалий час на фоні відсутності можливості регулярно купувати оригінальні препарати нового покоління.

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. Депресивна симптоматика сприяє поглибленню порушень у всіх сферах СФ у хворих на параноїдну форму шизофренії, що формує труднощі в реадaptaції та збереженні притаманного пацієнту рівня соціальної активності вже в перші роки захворювання, призводить до погіршення подальшого клінічного прогнозу.

2. Розробка комплексу заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії дозволить довше зберігати притаманний пацієнту до хвороби рівень соціального функціонування, краще розуміти особливості свого захворювання, виявляти ранні симптоми загострення хвороби і, зокрема, депресії, що покращить реадaptaцію хворого у соціумі.

Список використаної літератури

1. Вишнева О. А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О. А. Вишнева, А. Н. Гвоздецкий, Н. Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 4 (20). – С. 30–36.
2. Гнатюшин М. С. Шизофрения: сучасний погляд / М. С. Гнатюшин, О. О. Белов. – Вінниця: Консоль, 2012. – С. 199–205.
3. Дзеружинская Н. О. Социально-психологическая характеристика больных шизофренией с различными вариантами самостигматизации / Н. О. Дзеружинская, В. О. Ломтева // Архив психиатрии. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 24–27.
4. Солохина Т. А. Семья и психическое расстройство: что может помочь семье в преодолении болезни / Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко // Двенадцать лекций о психиатрии и психическом здоровье; под ред. проф. В. С. Ястребова. – 2-е изд. – М.: МАКС-Пресс, 2008. – С. 8.
5. Abi-Dargham A. Schizophrenia: overview and dopamine dysfunction [Електронний ресурс] / Anissa Abi-Dargham // Journal of Clinical Psychiatry. – 2014. – Vol. 75 (11). – P. 31. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470107>.

6. Relationship between depressive symptoms and quality of life in Nigerian patients with schizophrenia / A. Akinsulore, O. Aloba, B. Mapayi [et al.] // Psychiatry Epidemiol. – 2014. – Vol. 49, № 8. – P. 1191–1198.
7. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life / S. Almond, M. Knapp, C. Francois [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 184, № 346. – P. 51–57.
8. Jukel G. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia / G. Jukel, P. L. Morosini // Curr. Opin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 6. – P. 630–639.
9. Depression in first episode schizophrenia / R. C. Koren [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150. – P. 1643–1648.
10. The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms [Електронний ресурс] / M. Nyer, J. Kasckow, I. Fellows [et al.] // Ann. Clin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 22, № 3. – P. 172–179. – Режим доступа до журналу: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=20680190>.
11. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia / J. Ventura, K. L. Subotnic, L. H. Guzik [et al.] // Schizophr. Res. – 2011. – Vol. 132, № 1. – P. 18–23.

References

1. Vishnevskaja, O.A., Gvozdeckij, A.N., Petrova, N.N. Social'noe funkcionirovanie bol'nyh paranojdnaj shizofreniej v remissii [Social functioning patients with paranoid schizophrenia in remission]. Social'naja i klinicheskaja psichiatrija - Social and clinical psychiatry, 2012, no. 4 (20), pp. 30-36 [in Russian].
2. Gnatyshyn, M.S., Belov, O.O. Shyzofrenija: suchasnyj pogljad [Schizophrenia: a modern view]. Vinnyca, Konsol' Publ., 2012, pp. 199-205 [in Ukrainian].
3. Dzeruzhinskaja, N.O., Lomteva, V.O. Social'no-psihologicheskaja harakteristika bol'nyh shizofreniej s razlichnymi variantami samostigmatizacii [Socio-psychological characteristics of schizophrenia patients with a variety of options in self]. Arkhiv psykhiatrii - Archives of Psychiatry, 2013, vol. 19, no. 2 (73), pp. 24 - 27 [in Russian].
4. Solohina, T.A., Shevchenko, L.S. Sem'ja i psichicheskoe rasstrojstvo: chto mozhet pomoch' sem'e v preodolenii bolezni [Family and mental illness: it can help the family to overcome the disease]. 2d. Dvenadcat' lekcij o psichiatrii i psichicheskom zdorov'e pod red. prof. V.S. Jastrebova - Twelve lectures of psychiatry and mental health, ed.: prof. V.S. Yastrebova. Moscow, MAKSS-Press Publ., 2008, pp. 8 [in Russian].
5. Abi-Dargham, A. Schizophrenia: overview and dopamine dysfunction. Journal of Clinical Psychiatry, 2014, vol. 75 (11), p. 31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470107> (accessed 4 october 2016) [in English].
6. Akinsulore, A., Aloba, O., Mapayi, B. et al. Relationship between depressive symptoms and quality of life in Nigerian patients with schizophrenia. Psychiatry Epidemiol., 2014, vol. 49, no. 8, pp. 1191 - 1198 [in English].
7. Almond, S., Knapp, M., Francois, C. et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. Br. J. Psychiatry, 2004, vol. 184, no. 346, pp. 51-57 [in English].
8. Jukel, G., Morosini, P.L. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. Curr. Opin. Psychiatry, 2008, vol. 6, pp. 630-639 [in English].
9. Koren, R.C. et al. Depression in first episode schizophrenia. Am. J. Psychiatry, 1993, vol. 150, pp. 1643-1648 [in English].
10. Nyer, M., Kasckow, J., Fellow, I. The relationship of marital status and clinical characteristics in middle-aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms. Ann. Clin. Psychiatry, 2010, vol. 22, no. 3, pp. 172-179. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=20680190> (accessed 5 October 2016) [in English].
11. Ventura, J., Subotnic, K.L., Guzik, L.H. et al. Remission and recovery during the first outpatient year of the course of schizophrenia. Schizophr. Res., 2011, vol. 132, no. 1, pp. 18-23 [in English].

ИССЛЕДОВАНИЕ СФЕР СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ С СИМПТОМАМИ ДЕПРЕССИИ К.С. Живаго

Актуальность. В последнее время все больше внимания уделяется социальным последствиям психической патологии, вопросам социальной дезадаптации и существенному ухудшению качества жизни психически больных и их близких. Распространенность депрессивной симптоматики при параноидной шизофрении (7–75%) обуславливает актуальность исследований в этой сфере.

Цель работы – исследование особенностей социального функционирования больных параноидной формой шизофрении с симптомами депрессии.

Материалы и методы. В исследовании были использованы клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, патопсихологические, социально-демографические методы и метод математической статистики. На основе добровольного информированного согласия нами обследовано 129 больных параноидной формой шизофрении. Они были распределены на исследуемую группу, которую составили 82 больных с симптомами депрессии, и группу сравнения – 47 пациентов без симптомов депрессии. В исследовании использованы шкалы PANSS, HDRS, CDSS, HARS. Группы не отличались по основным демографическим показателям, длительности и течению шизофрении. Для исследования социального функционирования мы использовали опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных.

Результаты. Наиболее выраженные нарушения ($p<0,05$) у больных исследуемой группы наблюдались в области характеристики круга общения, в сравнении с группой сравнения. Также значительными были нарушения в сфере физической работоспособности и активности в быту. Наименее выраженные нарушения зарегистрированы в области характера отношений с окружающими, по сравнению с группой сравнения. Корреляционный анализ ($p<0,05$) показал прямую зависимость между нарушениями в сферах социального функционирования и уровнем депрессии.

Выводы. Депрессивная симптоматика у больных параноидной формой шизофрении способствует углублению нарушений во всех сферах социального функционирования, что формирует трудности в реадaptaции и сохранении присущего пациенту уровня социальной активности уже в первые годы заболевания, приводит к ухудшению дальнейшего клинического прогноза. Разработка комплекса мер медико-социальной реабилитации больных параноидной формой шизофрении с симптомами депрессии позволит дольше сохранять уровень социального функционирования, присущий пациенту до болезни, лучше понимать особенности своего заболевания, выявлять ранние симптомы обострения болезни и, в частности, депрессии, улучшит реадaptaцию больного в социуме.

Ключевые слова: депрессия, параноидная шизофрения, социальное функционирование, сфера, медико-социальная реабилитация.

STUDY OF SPHERES OF SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

Kh.S. Zhyvago

Background. In recent years, more and more attention is paid to the social impact of mental pathology, issues of social exclusion, and a significant deterioration in the quality of life of the mentally ill and their families. The prevalence of depressive symptoms in paranoid schizophrenia (7 - 75%) determines the relevance of research in this area.

The objective – research of features of social functioning of patients with paranoid schizophrenia with depressive symptoms. The research methods were used: clinical-anamnestic, clinical, psychopathological, pathopsychological, socio-demographic and mathematical statistics.

Methods and materials. On the basis of voluntary informed consent, we examined 129 patients with paranoid schizophrenia. They were divided into a study group (82 pers.), which included patients with symptoms of depression and the comparison group (47 pers.) – with no symptoms of depression. The study used the PANSS, HDRS, CDSS and HARS scales. Groups did not differ in the basic demographic indicators, duration and course of schizophrenia. For the study of social functioning, we used a questionnaire to assess social functioning and quality of life of the mentally ill.

Results. The most pronounced disturbances ($p < 0,05$) in patients with the research group observed in characteristics of the circle of communication compared to the comparison group. Also significant were the violations in the field of physical activity and domestic activity. Less pronounced disorders registered in the nature of the relationship with the surrounding compared with the comparison group. Correlation analysis ($p < 0,05$) showed a direct relationship between violations in the areas of social functioning and the level of depression.

Conclusions. Depressive symptoms contribute to the deepening of violations in all spheres of social functioning in patients with paranoid schizophrenia that creates difficulties in the rehabilitation and preservation of the social level of activity inherent to the patient in the early years of the disease, leading to a deterioration in the further clinical prognosis. Develop a set of measures of medical and social rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia with depressive symptoms will allow longer maintain proper patient premorbid social functioning level, to better understand the features of the disease, identify the early symptoms of acute illness, in particular depression, improve the patient's reinsertion in society.

Key words: depression, paranoid schizophrenia, social functioning, sphere, medical and social rehabilitation.

Стаття надійшла до редакції 07.08.2016 р.

ЖИВАГО Христина Сергіївна, аспірант кафедри психіатрії та наркології НМУ імені О.О. Богомольця, м. Київ; e-mail: kristinazhyvago@gmail.com

ЖИВАГО Кристина Сергеевна, аспірант кафедри психіатрії та наркології НМУ імені А.А. Богомольця, г. Киев; e-mail: kristinazhyvago@gmail.com

ZHYVAGO Khrystyna Serhiivna, graduate student of Department of Psychiatry and Narcology of Bogomolets National medical university, Kyiv; e-mail: kristinazhyvago@gmail.com

К.В. Шкода

ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

doctorshkoda@rambler.ru

Актуальність. Наявність шизофренії у одного з членів сім'ї пов'язана з підвищеним ризиком розвитку адаптаційних та афективних розладів у його рідних, які перебувають у безпосередньому контакті з хворим.

Мета – вивчення особливостей депресивних проявів у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання.

Матеріали і методи дослідження. На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 рр. клініко-психопатологічним і психодіагностичним (шкала М. Hamilton) методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Давність захворювання складала $12,7 \pm 3,4$ років. До підгрупи 1 увійшли пацієнти, які проживали у батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), до підгрупи 2 – психічно хворі, які мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Результати. Аналіз кількісних характеристик депресивних проявів за шкалою депресії М. Hamilton дозволив виявити у матерів хворих більшу виразність депресивного настрою (значення показника у дружин хворих склало $1,47 \pm 1,08$ балів, у матерів хворих – $2,40 \pm 0,90$ балів, $p < 0,01$), почуття провини (відповідно $1,45 \pm 0,83$ балів та $1,89 \pm 0,99$ балів, $p < 0,01$), середнього безсоння (відповідно $0,22 \pm 0,54$ балів та $1,08 \pm 0,80$ балів, $p < 0,01$), зниження працездатності та активності (відповідно $1,58 \pm 1,01$ балів та $1,98 \pm 1,24$ балів, $p < 0,01$), загальмованості (відповідно $1,33 \pm 0,95$ балів та $1,67 \pm 1,25$ балів, $p < 0,01$), соматичної тривоги (відповідно $1,78 \pm 1,32$ балів та $2,36 \pm 1,55$ балів, $p < 0,01$), загальної соматичної симптоматики (відповідно $0,97 \pm 0,66$ балів та $1,48 \pm 0,80$, $p < 0,01$), іпохондричних проявів (відповідно $1,21 \pm 0,93$ балів та $1,66 \pm 1,13$ балів, $p < 0,01$).

У дружин хворих на параноїдну шизофренію більшою мірою були виражені ознаки ранньої інсомнії (відповідно $1,19 \pm 0,79$ балів та $0,61 \pm 0,82$ балів, $p < 0,01$), пізньої інсомнії (відповідно $0,93 \pm 0,79$ балів та $0,73 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), ажитації (відповідно $1,45 \pm 1,08$ балів та $0,84 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), психічної тривоги (відповідно $1,72 \pm 1,08$ балів та $1,20 \pm 1,04$ балів, $p < 0,01$), шлунково-кишкової симптоматики (відповідно $1,39 \pm 0,85$ балів та $1,01 \pm 0,93$ балів, $p < 0,01$), генітальної симптоматики (відповідно $0,77 \pm 0,72$ балів та $0,44 \pm 0,63$ балів, $p < 0,01$) та obsесивної і компульсивної симптоматики (відповідно $0,22 \pm 0,41$ балів та $0,14 \pm 0,41$ балів, $p < 0,05$). Суїцидальні тенденції та симптоматика ендogenousного та психотичного характеру у дослідженого контингенту не виражені.

Загалом матері хворих мали вищий рівень депресії: $19,94 \pm 9,84$ балів проти $18,05 \pm 9,48$ балів у дружин ($p < 0,05$); у них також були більшими прояви адинамічної депресії: $13,25 \pm 6,40$ балів проти $11,62 \pm 6,15$ балів ($p < 0,05$) та недиференційованої (соматизованої) депресії: відповідно $5,66 \pm 3,37$ балів проти $3,91 \pm 2,71$ балів ($p < 0,01$). У дружин хворих виявлено більш виразні прояви ажитованої депресії: $9,70 \pm 5,28$ балів проти $8,14 \pm 4,94$ балів ($p < 0,01$) та депресії зі страхом: $9,86 \pm 5,21$ балів проти $8,76 \pm 4,57$ балів ($p < 0,01$).

Висновки. Отримані дані взяті нами за основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції розладів психоемоційної сфери дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання.

Ключові слова:

хворий на параноїдну шизофренію, родина, мати хворого на параноїдну шизофренію, дружина хворого на параноїдну шизофренію, депресія.

Актуальність. У зв'язку з високим рівнем розвитку психіатрії, зокрема психофармакотерапії, все більшої актуальності набувають питання надання допомоги хворим у позалікарняних умовах, у яких важлива роль належить сімейному оточенню.

З огляду на це в останні роки наукове й клінічне поле психіатрії все більше уваги приділяє вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного та психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань. Визнається,

що розв'язання більшості клінічних проблем неминуче стосується сімейного контексту. Саме члени родини, а не працівники системи охорони здоров'я, щоденно турбуються про потреби психічно хворої людини і необхідний для її одужання режим. Тому сім'ю, поряд із самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців (лікар-психіатр, лікар-психолог, соціальний працівник тощо), розглядають нині як активного учасника терапевтичного процесу [1].

Важливість впливу сім'ї та стану сімейних стосунків на розвиток і перебіг шизофренії у хворого на сьогодні не викликає сумніву [2, 3]. Члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, а й емоційну підтримку психічно хворому родичу, при тому, що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Зміна звичайних характеристик колишніх стосунків може бути недовготривалою (під час гострого нападу психічного розладу) або тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли в родині виявляють тяжке захворювання, у ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта є важливими.

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів внаслідок упередження членів сім'ї, їх стигми, амбівалентності, неправильного відношення. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини [4–6].

Саме тому вивчення сімейного гомеостазу є необхідним для адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації у комплексному лікуванні пацієнта.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей депресивних проявів у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання.

Матеріали та методи дослідження

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 рр. клініко-психопатологічним і психодіагностичним (шкала М. Hamilton) методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Давність захворювання становила $12,7 \pm 3,4$ роки. Підгрупу 1 склали пацієнти, які проживали у батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), підгрупу 2 – психічно хворі, які мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Результати та їх обговорення

Важливі дані щодо особливостей депресивних проявів у дружин та матерів чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання, були отримані нами при аналізі кількісних показників за шкалою депресії М. Hamilton (табл. 1, рис. 1, 2).

Середнє значення за шкалою депресивного настрою, що виявляє знижений настрій, переживання суму, безнадії, власної безпорадності та малоцінності, у дружин хворих складало $1,47 \pm 1,08$ балів, що відповідає помірному рівню. У матерів хворих значення за цією шкалою є зна-

чуще ($p < 0,01$) більшим, і відповідає підвищеному рівню: $2,40 \pm 0,90$ балів.

Аналогічно почуття провини, що включає самодокори, ідеї власної провини, відчуття, що суб'єкт є причиною страждань інших людей, болісні міркування про власні помилки більшою мірою виражене у матерів: $1,89 \pm 0,99$ балів проти $1,45 \pm 0,83$ балів у дружин ($p < 0,01$); в обох групах показник відповідає помірному рівню.

Суїцидальні тенденції (що включають як суїцидальні думки і спроби, так і відчуття марності або малоцінності життя) у дослідженого контингенту не виражені: середнє значення за цією шкалою у дружин складало $0,12 \pm 0,39$ балів, у матерів – $0,12 \pm 0,50$ балів, розбіжності статистично незначущі.

Для дослідженого контингенту характерна висока ураженість проявами інсомнії. Показник ранньої інсомнії (труднощі засинання, тривале очікування настання сну) більшою мірою виражений у дружин хворих ($1,19 \pm 0,79$ балів), порівняно з матерями ($0,61 \pm 0,82$ балів), розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$).

Таблиця 1. Показники за шкалою депресії М. Hamilton у дружин та матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими термінами захворювання

Назва симптому (шкали)	Показник за шкалами, $M \pm m$ (балів)		p
	Дружини	Матері	
Депресивний настрій	$1,47 \pm 1,08$	$2,40 \pm 0,90$	$< 0,01$
Почуття провини	$1,45 \pm 0,83$	$1,89 \pm 0,99$	$< 0,01$
Суїцидальні наміри	$0,12 \pm 0,39$	$0,12 \pm 0,50$	$> 0,05$
Раннє безсоння	$1,19 \pm 0,79$	$0,61 \pm 0,82$	$< 0,01$
Середнє безсоння	$0,22 \pm 0,54$	$1,08 \pm 0,80$	$< 0,01$
Пізнє безсоння	$0,93 \pm 0,79$	$0,73 \pm 0,81$	$< 0,05$
Працездатність і активність	$1,58 \pm 1,01$	$1,98 \pm 1,24$	$< 0,01$
Загальмованість	$1,33 \pm 0,95$	$1,67 \pm 1,25$	$< 0,01$
Ажитация	$1,45 \pm 1,08$	$0,84 \pm 0,81$	$< 0,01$
Психічна тривога	$1,72 \pm 1,08$	$1,20 \pm 1,04$	$< 0,01$
Соматична тривога	$1,78 \pm 1,32$	$2,36 \pm 1,55$	$< 0,01$
Шлунково-кишкові симптоми	$1,39 \pm 0,85$	$1,01 \pm 0,93$	$< 0,01$
Загальні соматичні симптоми	$0,97 \pm 0,66$	$1,48 \pm 0,80$	$< 0,01$
Генітальні симптоми	$0,77 \pm 0,72$	$0,44 \pm 0,63$	$< 0,01$
Іпохондрія	$1,21 \pm 0,93$	$1,66 \pm 1,13$	$< 0,01$
Втрата ваги	$0,10 \pm 0,42$	$0,18 \pm 0,61$	$> 0,05$
Критичність	$0,36 \pm 0,59$	$0,29 \pm 0,55$	$> 0,05$
Добові коливання	$0,16 \pm 0,43$	$0,21 \pm 0,56$	$> 0,05$
Деперсоналізація та дереалізація	$0,04 \pm 0,22$	$0,01 \pm 0,16$	$> 0,05$
Параноїдальні симптоми	$0,03 \pm 0,17$	$0,01 \pm 0,08$	$> 0,05$
Обсесивні та компульсивні симптоми	$0,22 \pm 0,41$	$0,14 \pm 0,41$	$< 0,05$
Загальний показник за шкалою М. Hamilton	$18,05 \pm 9,48$	$19,94 \pm 9,84$	$< 0,05$
Адинамічна депресія	$11,62 \pm 6,15$	$13,25 \pm 6,40$	$< 0,05$
Ажитована депресія	$9,70 \pm 5,28$	$8,14 \pm 4,94$	$< 0,01$
Депресія зі страхом	$9,86 \pm 5,21$	$8,76 \pm 4,57$	$< 0,05$
Недиференційована депресія	$3,91 \pm 2,71$	$5,66 \pm 3,37$	$< 0,01$

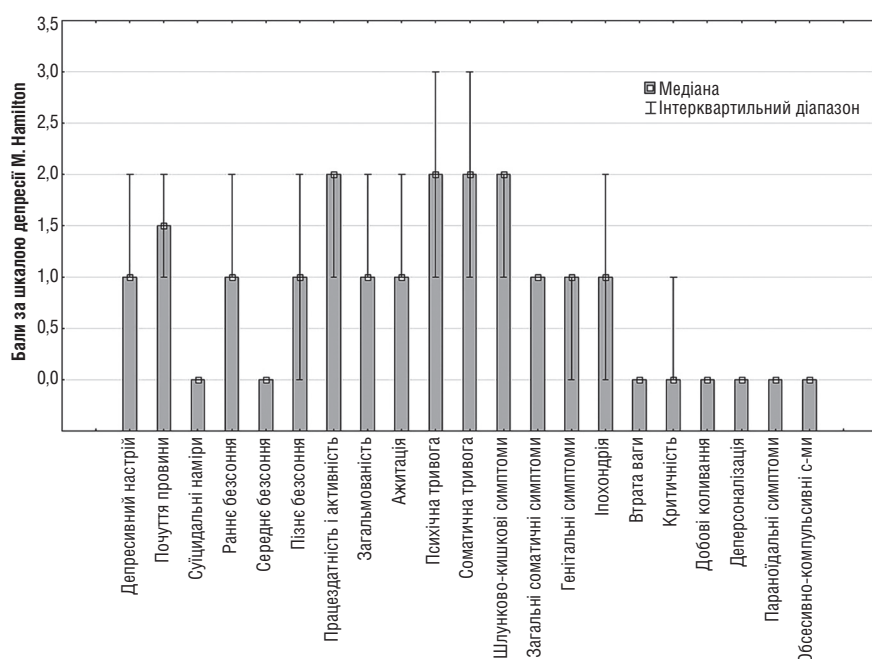


Рис. 1. Показники за шкалою депресії M. Hamilton у дружин хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

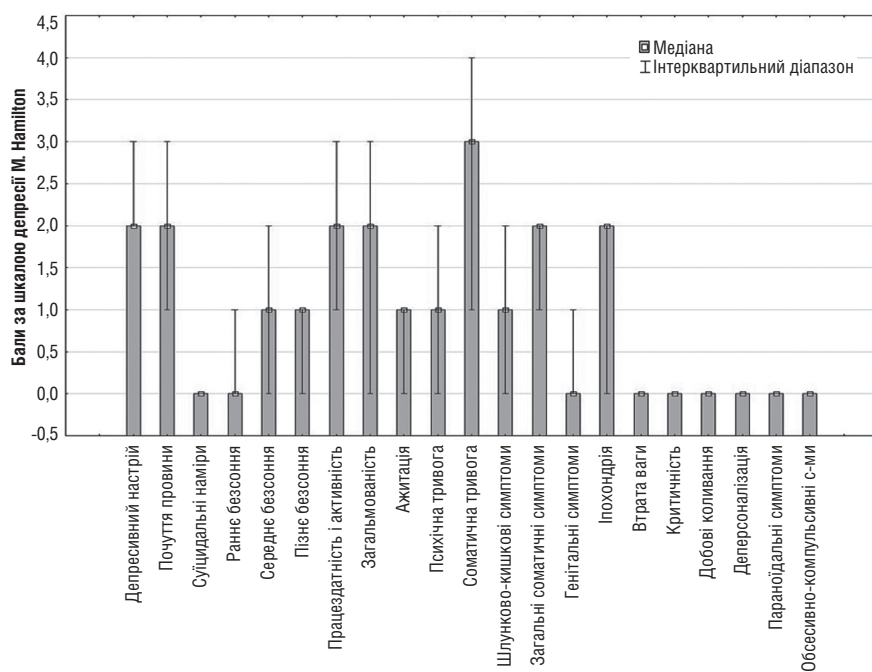


Рис. 2. Показники за шкалою депресії M. Hamilton у матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

Середнє безсоння (часті пробудження протягом ночі, не пов'язані з фізіологічними потребами), навпаки, значуще частіше виявляли у матерів хворих: показник за шкалою середнього безсоння у дружин хворих склав $0,22 \pm 0,54$ балів, у матерів – $1,08 \pm 0,80$ балів ($p < 0,01$).

Натомість пізнє безсоння (ранні пробудження з неможливістю в подальшому заснути – остаточне раннє пробудження, або ж подальшим засинанням) більше виражене у дружин хворих: показник за цією шкалою склав у них $0,93 \pm 0,79$ балів проти $0,73 \pm 0,81$ балів у матерів, розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$).

Виявлені нами при клініко-психопатологічному дослідженні прояви астенизації та зниженої працездатності знайшли відображення у даних психодіагностичного

обстеження. Середній показник за шкалою працездатності та активності, що відображає зниження активності та продуктивності, зменшення реального часу прояву активності та продуктивності, втрату інтересу до діяльності, відчуття потреби у додаткових зусиллях для реалізації звичайної активності, думки чи відчуття неспроможності, втоми або слабкості, пов'язане з діяльністю, у матерів хворих склав $1,98 \pm 1,24$ балів, що значуще ($p < 0,01$) більше, ніж у дружин; водночас слід зауважити, що і у дружин хворих ці порушення також виражені: $1,58 \pm 1,01$ балів. У матерів показник наближається до вираженого, у дружин – відповідає помірному рівню.

Загальмованість (сповільненість мислення та мови, порушення здатності концентрувати увагу, зниження рухової активності) більшою мірою притаманна матерям хворих на шизофренію: $1,67 \pm 1,25$ балів проти $1,33 \pm 0,95$ балів ($p < 0,01$); при цьому в обох групах він відповідає помірному рівню.

Натомість ажитація (збудження, неспокій, напруження і дратівливість) більше проявляється у дружин хворих на шизофренію: показник у цій групі склав $1,45 \pm 1,08$ балів, що відповідає помірному рівню, у матерів – $0,84 \pm 0,81$ балів, що відповідає низькому рівню ($p < 0,05$). У дружин хворих також більшою мірою виражені ознаки психічної тривоги: $1,72 \pm 1,08$ балів проти $1,20 \pm 1,04$ балів у матерів ($p < 0,01$); показники в обох групах відповідають помірному рівню.

Соматична тривога, що включає фізіологічні ознаки тривоги – сухість у роті, болі у шлунку, метеоризм, діарею, диспепсію, спазми,

відрижку, серцебиття, головні болі, гіпервентиляцію, затримку дихання, задишку, часте сечовиділення, пітливість – значуще більше виражена у матерів: $2,36 \pm 1,55$ балів (підвищений рівень) проти $1,78 \pm 1,32$ балів (помірний рівень) ($p < 0,01$). Слід зауважити, що соматичні кореляції афективних проявів у досліджених групах виявили складні і неоднозначні закономірності. Так, виразність шлунково-кишкової симптоматики (зниження апетиту, відчуття тяжкості у шлунку, запори або проноси, порушення нормальної перистальтики шлунково-кишкового тракту за відсутності органічної основи) є більшою у дружин: $1,39 \pm 0,85$ балів проти $1,01 \pm 0,93$ балів у матерів ($p < 0,01$) (в обох групах показник відповідає помірному рівню), як і генітальної симптоматики (втрата

лібідю, порушення менструального циклу): відповідно $0,77 \pm 0,72$ балів проти $0,44 \pm 0,63$ балів ($p < 0,01$) (в обох групах – низький рівень показника). Натомість, у матерів хворих на шизофренію більше виражена загальна соматична симптоматика (відчуття важкості у тілі, головні болі, м'язовий біль, відчуття слабкості, занепаду сил): $1,48 \pm 0,80$ балів (помірний рівень) проти $0,97 \pm 0,66$ балів (низький рівень, близький до помірної), $p < 0,01$.

Прояви іпохондричних фіксацій та іпохондричної поведінки (підвищена увага або заклопотаність власним здоров'ям, схильність до фіксації на неприємних соматичних відчуттях, тривожні побоювання відносно власного здоров'я) в обох групах є помірними, більше виражені у матерів хворих: $1,66 \pm 1,13$ балів проти $1,21 \pm 0,93$ балів у дружин ($p < 0,01$).

Симптоматика ендогенного та психотичного характеру для дослідженого контингенту нехарактерна і показники за відповідними шкалами є низькими, з відсутністю значущих розбіжностей між групами: за шкалою втрати ваги – $0,10 \pm 0,42$ балів у дружин хворих і $0,18 \pm 0,61$ балів у матерів ($p > 0,05$), за шкалою критичності – відповідно $0,36 \pm 0,59$ балів та $0,29 \pm 0,55$ балів ($p > 0,05$), за шкалою добових коливань – відповідно $0,16 \pm 0,43$ балів та $0,21 \pm 0,56$ балів ($p > 0,05$), за шкалою деперсоналізації та дереалізації – відповідно $0,04 \pm 0,22$ балів та $0,01 \pm 0,16$ балів ($p > 0,05$), за шкалою параноїдальної симптоматики – відповідно $0,03 \pm 0,17$ балів та $0,01 \pm 0,08$ балів ($p > 0,05$).

Виразність obsесивної та компульсивної симптоматики є значуще більшою у дружин хворих: $0,22 \pm 0,41$ балів проти $0,14 \pm 0,41$ балів у матерів ($p < 0,05$), показники в обох групах відповідають низькому рівню.

Інтегральний показник депресії за шкалою М. Hamilton у дружин хворих на параноїдну шизофренію склав $18,05 \pm 9,48$ балів (медіана значення 18,0 балів, інтерквартильний діапазон – 11,0 – 26,0 балів). У матерів хворих інтегральний показник є значуще більшим: $19,94 \pm 9,84$ балів (медіана 23,0 балів, інтерквартильний діапазон – 12,0 – 28,0 балів). Розбіжності між групами є статистично значущими ($p < 0,05$) (рис. 3). Загалом показник депресії в обох групах відповідав помірній виразності депресивної симптоматики.

У матерів хворих на шизофренію значуще більшим виявився показник адинамічної депресії: середнє його значення у цій групі склало $13,25 \pm 6,40$ балів (медіана значення 14,0 балів, інтерквартильний діапазон – 8,0 – 18,0 балів) проти $11,62 \pm 6,15$ балів (медіана значення 12,0 балів, інтерквартильний діапазон – 8,0 – 16,0 балів) у дружин хворих; розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$) (рис. 4). На перший план при адинамічній депресії виходять явища астенизації, слабкості, млявості, утруднення при виконанні розумової або фізичної роботи, швидке виснаження, занепад сил.

Натомість у дружин хворих виявлено більші показники ажитованої депресії: середнє значення показника у цій групі склало $9,70 \pm 5,28$ балів (медіана значення 10,0 балів, інтерквартильний діапазон – 5,0 – 14,0 балів) проти $8,14 \pm 4,94$ балів (медіана значення 9,0 балів, інтерквартильний діапазон – 4,0 – 12,0 балів); розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 4). Ажитована депресія характеризується неспокоєм, метушливістю, руховим та (або) мовним збудженням на тлі тосчного настрою і тривоги.

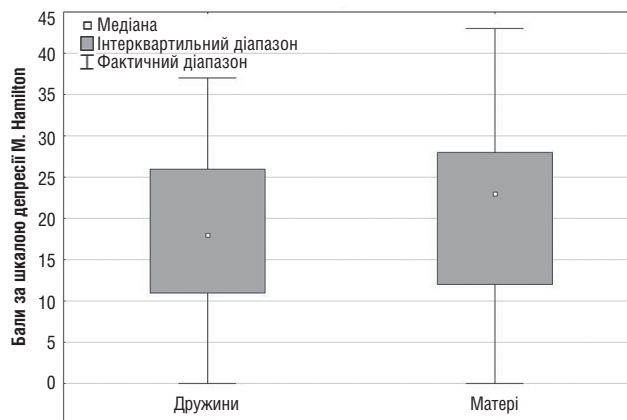


Рис. 3. Кількісні показники за інтегральною шкалою депресії М. Hamilton у дружин і матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

Аналогічно, у дружин хворих більшими виявилися ознаки депресії зі страхом: середнє значення показника у них склало $9,86 \pm 5,21$ балів (медіана значення 9,5 балів, інтерквартильний діапазон – 7,0 – 15,0 балів) проти $8,76 \pm 4,57$ балів (медіана значення 9,0 балів, інтерквартильний діапазон – 5,0 – 12,0 балів); розбіжності статистично значущі ($p < 0,01$) (рис. 5).

У матерів хворих виявилися більш вираженими ознаки недиференційованої (соматизованої) депресії: середнє значення у них склало $5,66 \pm 3,37$ балів (медіана значення 7,0 балів, інтерквартильний діапазон – 3,0 – 8,0 балів) проти $3,91 \pm 2,71$ балів (медіана значення 3,0 балів, інтерквартильний діапазон – 2,0 – 6,0 балів) у дружин хворих ($p < 0,01$). При недиференційованій депресії афективна симптоматика нівелюється скаргами з боку соматичної сфери: кардіальними (болі у серці, серцебиття, відчуття перебоїв у роботі серця), пульмональними (задишка, ядуха, відчуття нестачі повітря тощо), гастроінтестинальними (порушення апетиту, неприємні відчуття у шлунку, здуття, проноси або запори тощо) та іншими соматичними симптомами.

Висновки

Аналіз кількісних характеристик депресивних проявів за шкалою депресії М. Hamilton дозволив виявити більшу виразність у матерів хворих депресивного настрою (значення показника у дружин хворих склало $1,47 \pm 1,08$ балів, у матерів хворих – $2,40 \pm 0,90$ балів, $p < 0,01$), почуття провини (відповідно $1,45 \pm 0,83$ балів та $1,89 \pm 0,99$ балів, $p < 0,01$), середнього безсоння (відповідно $0,22 \pm 0,54$ балів та $1,08 \pm 0,80$ балів, $p < 0,01$), зниження працездатності та активності (відповідно $1,58 \pm 1,01$ балів та $1,98 \pm 1,24$ балів, $p < 0,01$), загальмованості (відповідно $1,33 \pm 0,95$ балів та $1,67 \pm 1,25$ балів, $p < 0,01$), соматичної тривоги (відповідно $1,78 \pm 1,32$ балів та $2,36 \pm 1,55$ балів, $p < 0,01$), загальної соматичної симптоматики (відповідно $0,97 \pm 0,66$ балів та $1,48 \pm 0,80$ балів, $p < 0,01$), іпохондричних проявів (відповідно $1,21 \pm 0,93$ балів та $1,66 \pm 1,13$ балів, $p < 0,01$).

У дружин хворих на параноїдну шизофренію більшою мірою були виражені ознаки ранньої інсомнії (відповідно $1,19 \pm 0,79$ балів та $0,61 \pm 0,82$ балів, $p < 0,01$), пізньої інсомнії (відповідно $0,93 \pm 0,79$ балів та $0,73 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), ажитатії (відповідно $1,45 \pm 1,08$ балів та $0,84 \pm 0,81$ балів, $p < 0,05$), психічної тривоги (відповідно $1,72 \pm 1,08$

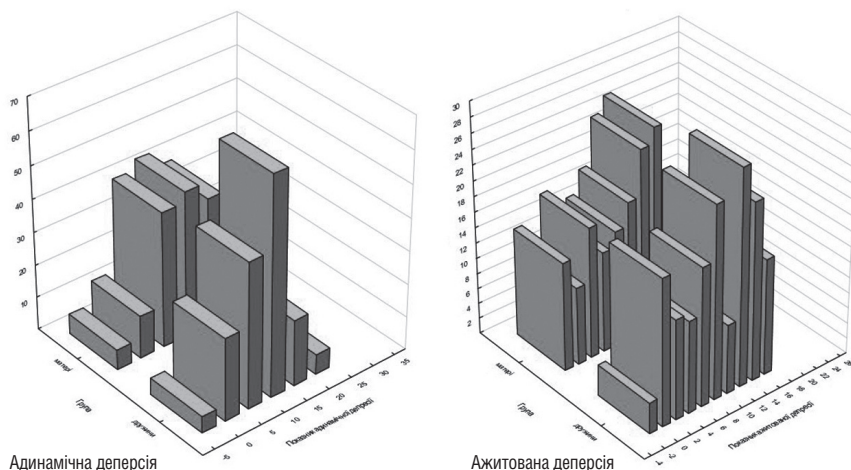


Рис. 4. Біваріативна 3-D діаграма розподілу значень показників за шкалами адинамічної (ліворуч) та ажитованої (праворуч) депресії у дружин та матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

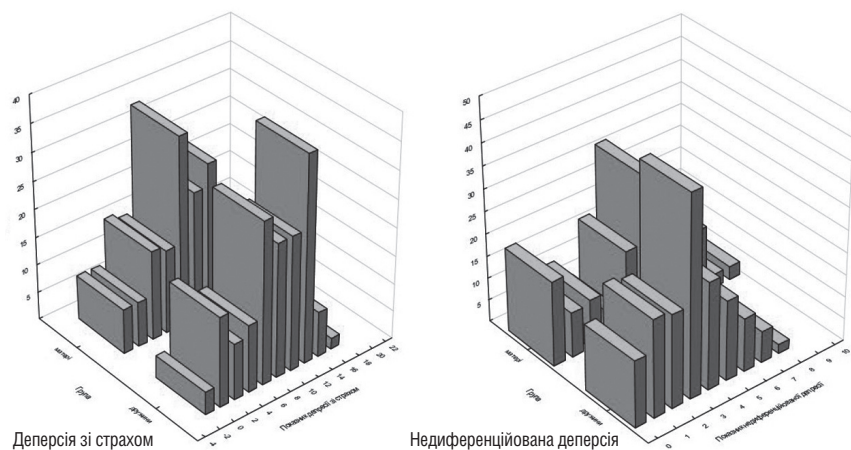


Рис. 5. Біваріативна 3-D діаграма розподілу значень показників за шкалами адинамічної (ліворуч) та ажитованої (праворуч) депресії у дружин та матерів хворих на шизофренію з тривалими термінами захворювання

балів та $1,20 \pm 1,04$ балів, $p < 0,01$), шлунково-кишкової симптоматики (відповідно $1,39 \pm 0,85$ балів та $1,01 \pm 0,93$ балів, $p < 0,01$), генітальної симптоматики (відповідно $0,77 \pm 0,72$ балів та $0,44 \pm 0,63$ балів, $p < 0,01$) та obsесивної і компульсивної симптоматики (відповідно $0,22 \pm 0,41$ балів та $0,14 \pm 0,41$ балів, $p < 0,05$). Суїцидальні тенденції та симптоматика ендogenous і психотичного характеру у дослідженого контингенту не виражені.

Загалом матері хворих виявили вищий рівень депресії: $19,94 \pm 9,84$ балів проти $18,05 \pm 9,48$ балів у дружин ($p < 0,05$); у них також були більшими прояви адинамічної депресії: $13,25 \pm 6,40$ балів проти $11,62 \pm 6,15$ балів ($p < 0,05$) та недиференційованої (соматизованої) депресії: відповідно $5,66 \pm 3,37$ балів проти $3,91 \pm 2,71$ балів ($p < 0,01$). У дружин хворих виявлено більш виразні прояви ажитованої депресії: $9,70 \pm 5,28$ балів проти $8,14 \pm 4,94$ балів ($p < 0,01$) та депресії зі страхом: $9,86 \pm 5,21$ балів проти $8,76 \pm 4,57$ балів ($p < 0,01$).

Отримані дані ми взяли за основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції розладів психоемоційної сфери дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію з тривалими захворювання.

Список використаної літератури

1. Косенко К. А. Психосоціальна реабілітація жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Косенко Корнелія Артурівна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2015. – 24 с.
2. Жизнь с шизофренией. Что делать?: краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. – Харьков, 2011. – 25 с.
3. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.16 / Плевачук Оксана Юріївна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2011. – 18 с.
4. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 13, вип. 3 (64). – С. 133–134.
5. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я. – 2012. – № 2 (35). – С. 63–69.
6. Маркова М. В. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості / М. В. Маркова, К. А. Косенко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 69–73.
7. with different models of family interaction]. Extended abstract of candidate's thesis. Kharkiv. 24 p. [in Ukrainian].
8. Maruta, N.O., Kozhyna, A. M., Korostiy, V. Y., & Haichuk L. M. (2011). Zhizn s shizofreniyei. Chto delat? Kratkiye rukovodstvo dlya patsiyentov, stradayushchikh shizofreniyei i ikh rodstvennikov [Living with schizophrenia. What to do? A brief guide for patients with schizophrenia and their relatives]. Kharkov. 25 p. [in Russian].
9. Plevachuk, O. Yu. (2011) Vzaimozv'yazok perebihu shizofrenii z psikhologichnymi osoblyvostyami mikroseredovyscha patsiyenta. Avtoref. dys. kand. med. nauk [The relationship of course of the schizophrenia with the psychological characteristics of the patient's microenvironment]. Extended abstract of candidate's thesis. Kharkiv. 18 p. [in Ukrainian].
10. Markova, M. V., & Dikhtiar, V. O. (2010) Osoblyvosti simeinoi vzaimodii ta adaptatsii v rodyni u patsiyentiv, khvorykh na shizofreniiu, z tochyky zoru psykhoterapevtychnoho potentsialu simi [Features of family interaction and family adjustment in patients with schizophrenia in terms of psychotherapeutic potential of family] Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology, Vol. 13, Issue 3 (64), pp. 133–134 [in Ukrainian].
11. Markova, M. V., & Horshkova, K. A. (2012) Simeina psykhoterapiia yak bazovyi psykhoterapevtychnyi resurs v kompleksnomu likuvanni khvorykh na paranoidnu shizofreniiu [Family psychotherapy as a basic resource in the psychotherapeutic treatment of patients with paranoid schizophrenia] Psikhichne zdorovia – Mental health, Issue 2 (35), pp. 63–69 [in Ukrainian].
12. Markova, M. V., & Kosenko, K. A. (2014) Psykhoterapiia v kompleksnomu likuvanni zhinok, khvorykh na paranoidnu shizofreniiu, pry ryznykh modeliakh rodynnoi vzaimodii: obgruntuvannya, zahalni pidkhody, spetsyfichni osoblyvosti [Psychotherapy in the complex treatment of women suffering from paranoid schizophrenia, with different models of family interaction: studies, general approaches, specific features] Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology, Vol. 22, Issue 3 (80), pp. 69–73 [in Ukrainian].

References

1. Kosenko, K. A. (2015). Psykhosotsialna reabilitatsiia zhinok, khvorykh na paranoidnu shizofreniiu, pry ryznykh modeliakh rodynnoi vzaimodii. Avtoref. dys. kand. med. nauk [Psychosocial rehabilitation of women suffering from paranoid schizophrenia,

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЛИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К. В. Шкода

Актуальность. Наличие шизофрении у одного из членов семьи связано с повышенным риском развития адаптационных и аффективных расстройств у его родных, находящихся в непосредственном контакте с больным.

Цель – изучение особенностей депрессивных проявлений у жен и матерей больных параноидной шизофренией с длительными сроками заболевания.

Материалы и методы исследования. На базе Харьковского областного психоневрологического диспансера за период с 2012 по 2016 гг. клинко-психопатологическим и психодиагностическим (шкала М. Hamilton) методами было обследовано 320 мужчин, больных параноидной шизофренией, и их ближайших родственников – матерей или жен. Давность заболевания составляла $12,7 \pm 3,4$ лет. В подгруппу 1 вошли пациенты, которые проживали в родительской семье, и их матери (166 семей), в подгруппу 2 – психически больные, которые имели собственные семьи, и их жены (154 семьи).

Результаты. Анализ количественных характеристик депрессивных проявлений по шкале депрессии М. Hamilton позволил выявить у матерей больных большую выразительность депрессивного настроения (значение показателя у жен больных составило $1,47 \pm 1,08$ баллов, у матерей больных – $2,40 \pm 0,90$ баллов, $p < 0,01$), чувства вины (соответственно $1,45 \pm 0,83$ баллов и $1,89 \pm 0,99$ баллов, $p < 0,01$), средней бессонницы (соответственно $0,22 \pm 0,54$ баллов и $1,08 \pm 0,80$ баллов, $p < 0,01$), снижения работоспособности и активности (соответственно $1,58 \pm 1,01$ баллов и $1,98 \pm 1,24$ баллов, $p < 0,01$), заторможенности (соответственно $1,33 \pm 0,95$ баллов и $1,67 \pm 1,25$ баллов, $p < 0,01$), соматической тревоги (соответственно $1,78 \pm 1,32$ баллов и $2,36 \pm 1,55$ баллов, $p < 0,01$), общей соматической симптоматики (соответственно $0,97 \pm 0,66$ баллов и $1,48 \pm 0,80$ баллов, $p < 0,01$ баллов), ипохондрических проявлений (соответственно $1,21 \pm 0,93$ баллов и $1,66 \pm 1,13$ баллов, $p < 0,01$).

У жен больных параноидной шизофренией в большей степени были выражены признаки ранней инсомнии (соответственно $1,19 \pm 0,79$ баллов и $0,61 \pm 0,82$ баллов, $p < 0,01$), поздней инсомнии (соответственно $0,93 \pm 0,79$ баллов и $0,73 \pm 0,81$ баллов, $p < 0,05$), агитации (соответственно $1,45 \pm 1,08$ баллов и $0,84 \pm 0,81$ баллов, $p < 0,05$), психической тревоги (соответственно $1,72 \pm 1,08$ баллов и $1,20 \pm 1,04$ баллов, $p < 0,01$), желудочно-кишечной симптоматики (соответственно $1,39 \pm 0,85$ баллов и $1,01 \pm 0,93$ баллов, $p < 0,01$), генитальной симптоматики (соответственно $0,77 \pm 0,72$ баллов и $0,44 \pm 0,63$ баллов, $p < 0,01$) и обсессивной и компульсивной симптоматики (соответственно $0,22 \pm 0,41$ баллов и $0,14 \pm 0,41$ баллов, $p < 0,05$). Суицидальные тенденции и симптоматика эндогенного и психотического характера у исследованного контингента не выражены.

В общем матери больных имели более высокий уровень депрессии: $19,94 \pm 9,84$ баллов против $18,05 \pm 9,48$ баллов у жен ($p < 0,05$); у них также были большими проявления адинамической депрессии: $13,25 \pm 6,40$ баллов против $11,62 \pm 6,15$ баллов ($p < 0,05$) и недифференцированной (соматизированной) депрессии: соответственно $5,66 \pm 3,37$ баллов против $3,91 \pm 2,71$ баллов ($p < 0,01$). У жен больных выявлено более выразительные проявления агитированной депрессии: $9,70 \pm 5,28$ баллов против $8,14 \pm 4,94$ баллов ($p < 0,01$) и депрессии со страхом: $9,86 \pm 5,21$ баллов против $8,76 \pm 4,57$ баллов ($p < 0,01$).

Выводы. Полученные данные взяты нами за основу при разработке комплекса мер психологической коррекции расстройств психоэмоциональной сферы жен и матерей больных параноидной шизофренией с длительными сроками заболевания.

Ключевые слова: больной параноидной шизофренией, семья, мать больного параноидной шизофренией, жена больного параноидной шизофренией, депрессия.

FEATURES OF DEPRESSIVE SYMPTOMS OF RELATIVES PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH LONG TERM OF ILLNESS

K. V. Shkoda

Background. The presence of schizophrenia in a family member is associated with an increased risk of developing adaptive and affective disorders in his family who are in direct contact with the patient.

The objective – study the features of depressive symptoms in the mothers and wives of patients with paranoid schizophrenia with long term of illness.

Methods and materials. On the base of the Kharkov regional psycho-neurological clinic during the period from 2012 to 2016 were examined 320 men with paranoid schizophrenia, and their immediate families - mothers or wives. We used clinico-psychopathological and psychodiagnostic (scale M. Hamilton) methods. The term of illness was $12,7 \pm 3,4$ years. In subgroup 1 included patients who lived in the parental home, and their mothers (166 families); in the subgroup 2 – the mentally ill, who had their own families, and their wives (154 families).

Results. The analysis of quantitative characteristics of depressive symptoms on the depression scale M. Hamilton revealed the mothers of patients with more expressive depressive mood (value of the index in wives of patients was $1,47 \pm 1,08$ points, the mothers of patients – $2,40 \pm 0,90$ points, $p < 0,01$), feelings of guilt (respectively $1,45 \pm 0,83$ points and $1,89 \pm 0,99$ points, $p < 0,01$), the middle insomnia (respectively $0,22 \pm 0,54$ points and $1,08 \pm 0,80$ points, $p < 0,01$), decreased work and activities (respectively $1,58 \pm 1,01$ points and $1,98 \pm 1,24$ points, $p < 0,01$), retardation (respectively $1,33 \pm 0,95$ points and $1,67 \pm 1,25$ points, $p < 0,01$), somatic anxiety (respectively $1,78 \pm 1,32$ points and $2,36 \pm 1,55$ points, $p < 0,01$), general somatic symptoms (respectively $0,97 \pm 0,66$ points and $1,48 \pm 0,80$, $p < 0,01$), hypochondriasis (respectively $1,21 \pm 0,93$ points and $1,66 \pm 1,13$ points, $p < 0,01$).

In wives of patients with paranoid schizophrenia are more signs of early insomnia were expressed (respectively $1,19 \pm 0,79$ points and $0,61 \pm 0,82$ points, $p < 0,01$), late insomnia (respectively $0,93 \pm 0,79$ points and $0,73 \pm 0,81$ points, $p < 0,05$), agitation (respectively $1,45 \pm 1,08$ points and $0,84 \pm 0,81$ points, $p < 0,05$), psychic anxiety (respectively $1,72 \pm 1,08$ points and $1,20 \pm 1,04$ points, $p < 0,01$), gastrointestinal symptoms (respectively $1,39 \pm 0,85$ points and $1,01 \pm 0,93$ points, $p < 0,01$), genital symptoms (respectively $0,77 \pm 0,72$ points and $0,44 \pm 0,63$ points, $p < 0,01$), and obsessive and compulsive symptoms (respectively $0,22 \pm 0,41$ points and $0,14 \pm 0,41$ points, $p < 0,05$). Suicidal tendencies and symptoms of endogenous and psychotic character in the studied contingent are not expressed.

In general, mothers of patients had higher levels of depression: $19,94 \pm 9,84$ points against $18,05 \pm 9,48$ points wives ($p < 0,05$); they also had large adynamic symptoms of depression: $13,25 \pm 6,40$ points against $11,62 \pm 6,15$ points ($p < 0,05$) and undifferentiated (summarization) depression: respectively $5,66 \pm 3,37$ points against $3,91 \pm 2,71$ points ($p < 0,01$). In wives of patients showed more expressive manifestations of agitated depression: $9,70 \pm 5,28$ points against $8,14 \pm 4,94$ points ($p < 0,01$) and depression with fear: $9,86 \pm 5,21$ points to $8,76 \pm 4,57$ points ($p < 0,01$).

Conclusions. The data has been taken as the basis for the development of a set of measures of psychological adjustment disorders, psycho-emotional sphere of wives and mothers of patients with paranoid schizophrenia with long term of illness.

Key words: a patient with paranoid schizophrenia, the family, the mother of a patient with paranoid schizophrenia, the wife of a patient with paranoid schizophrenia, depression.

Стаття надійшла до редакції 07.07.2016 р.

ШКОДА Костянтин Володимирович, Харківська медична академія післядипломної освіти, лікар-психіатр Харківської обласної психіатричної лікарні № 3, м. Харків; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

ШКОДА Константин Владимирович, Харьковская медицинская академия последипломного образования, врач-психиатр Харьковской областной психиатрической больницы № 3, г. Харьков; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

SHKODA Kostiantyn Volodymyrovych, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, psychiatrist of Kharkiv regional psychiatric hospital № 3, Kharkiv; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.891.6:613.956

О. І. Масік

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТРИВОЖНОСТІ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДАХ У ПІДЛІТКІВ

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
doctor20000@yandex.ru

Актуальність. Для цілого ряду хвороб, що розвиваються за типом функціональних порушень, немає чітко визначеної обумовленої причини, а роль психіки у формуванні психосоматичних розладів досить вагома. Такі розлади можуть проявлятися численними симптомами і скаргами з боку серцево-судинної, респіраторної систем, шлунково-кишкового тракту, псевдоневрологічними розладами тощо. Клінічні прояви не завжди можуть розкрити характер і виразність самого захворювання, зокрема у дітей і підлітків, через труднощі вираження своїх емоцій. При цьому психічні проблеми проявляються переважно у вигляді функціональних розладів з боку внутрішніх органів.

Мета дослідження. Виявлення ознак вегетативних розладів у підлітків, схильних до підвищеного ризику розвитку психосоматичних порушень.

Матеріали й методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 95 підлітків-школярів з причини психосоматичних розладів. Використовували психодіагностичні та патопсихологічні методики, опитувальник тривожності Спілбергера Ч. Д. (STPI – State Trait Personal Inventory), модифікований А. Д. Андреевою, та тест шкільної тривожності Філіпса.

Результати. Підлітки найчастіше скаржилися на порушення з боку центральної нервової системи – 48,42 % осіб, розлади серцево-судинного характеру виявлені у 21,05 % обстежених. 31,58 % осіб вказували на порушення шлунково-кишкового тракту. Розлади функції дихання відмічали 26,32 % обстежених. Переважна більшість обстежених вказували на декілька симптомів одночасно (66,32 %).

Оцінка з використанням тесту шкільної тривожності Філіпса виявила підвищений та високий рівні за критеріями страху самовираження, невідповідності очікуванням оточуючих, а також низький фізіологічний опір стресу у підлітків зі скаргами з боку травної, нервової систем, з астенічним синдромом та з їх поєднанням.

На основі клінічного обстеження та результатів дослідження за тестом Спілбергера встановлено виражену особистісну тривожність у підлітків з дихальними розладами, тоді як реактивну тривожність – у підлітків з астенічним синдромом чи поєднанням з іншими синдромами.

Висновки. Встановлений високий рівень особистісної, реактивної та шкільної тривожності за такими критеріями як страх самовираження, невідповідності очікуванням оточуючих та фізіологічний опір у підлітків з дихальними розладами, тривожно-фобічним, конверсивно-дисоціативним, тривожно-депресивним та астеноневротичним синдромами свідчить про порушення процесів адаптації та можливу схильність підлітків до розвитку психосоматичних розладів.

Ключові слова:

психосоматичні розлади, підлітки, тривожність, вегетативні розлади, дезадаптація.

Актуальність. Відповідно до концепції загального адаптаційного синдрому, одним із показників ступеня адаптованості школяра є його емоційне самопочуття, що дозволяє використовувати в якості критеріїв перебігу шкільної адаптації відсутність тривоги (як адаптивність) та її наявність (як дезадаптивність) [1]. Також дезадаптація при психосоматичних розладах у підлітків може

проявлятися алекситимією, як неможливість висловити свої емоції. Тому в клінічній діагностиці слід робити акцент на вегетативних розладах, тривозі, депресії. Певний рівень тривожності є природною і обов'язковою особливістю активної, діяльної особистості. Згідно з думкою Неведомської Є. О. і співавт., стан тривожності, залежно від рівня показника, може впливати на діяль-

ність та успішність як позитивно, так і негативно [7]. У кожної людини є свій оптимальний, або бажаний, рівень тривожності. Оцінка людиною свого стану з цього погляду є для неї суттєвим компонентом самоконтролю та самовиховання [4].

Вважають, що у 30 % дорослого населення через різні життєві обставини виникають нетривалі тривожні і депресивні епізоди неспсихотичного рівня, з яких діагностуються не більше 5 % випадків [3, 6]. А донозологічні зміни психічної сфери, зокрема прояви тривожності, що не відповідають чітким діагностичним критеріям тривожно-фобічних розладів, часто взагалі залишаються без уваги фахівців в області психічного здоров'я [5]. Наведені дані спонукали до проведення дослідження тривожності підлітків з психосоматичними розладами.

Мета дослідження – виявлення ознак вегетативних розладів у підлітків, схильних до підвищеного ризику розвитку психосоматичних розладів.

Матеріали та методи дослідження

Ми провели комплексне клініко-психопатологічне обстеження з використанням психодіагностичних та патопсихологічних методик 95 підлітків-школярів, що навчаються у загальноосвітніх школах № 1, № 2 та школі-інтернаті м. Хмельницький, які звернулись до лікаря ЗПСМ з приводу психосоматичних розладів. Середній вік обстежених становив $(14,10 \pm 2,35)$ років.

Клініко-психодіагностичне обстеження включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психічного статусу. Отриману інформацію заносили у спеціально розроблені «Анкети оцінки стану здоров'я школяра» з урахуванням скарг, перенесених захворювань, супутніх вегетативних проявів.

Для вивчення рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі шкільним життям підлітка, ми використали тест Філіпса, який призначений для вивчення цих показників.

Для дослідження рівня тривожності використовували опитувальник тривожності Спілбергера Ч. Д. (STPI – State Trait Personal Inventory), модифікований Андреевою А. Д. для підлітків середнього і старшого шкільного віку. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну властивість, і як стан з поточною ситуацією, виявити рівень пізнавальної активності, тривожність і негативні емоційні переживання (гнів). Отримані результати оцінювали згідно зі стандартизованими нормативами відповідно до рівнів тривожності [8].

Статистичний аналіз отриманих результатів передбачав використання процедур описової статистики і кореляційного аналізу із застосуванням стандартного пакета прикладних програм багатовимірної статистичного аналізу «Statistica 5.5 for Windows» (належить Центру нових інформаційних технологій Вінницького національного університету імені М. І. Пирогова, ліцензійний № AXX910A374605FA).

Результати та їх обговорення

При дослідженні підлітків виявлено велику кількість і розмаїття соматичних скарг. Найчастіше відмічались

скарги з боку центральної нервової системи (ЦНС) – у 48,42 % осіб. Зокрема 27,37 % дівчат скаржилися на головний біль, загальну слабкість, астено, емоційну лабільність, зниження настрою, плаксивість, дратівливість, тривогу, зниження пам'яті й уваги. У хлопців (21,05 %) переважали скарги на зниження працездатності, порушення сну, сни з кошмарами, тремор рук і ніг, сенситивність та агресивну поведінку. Різниця за статтю недостовірна ($p > 0,05$).

Скарги серцево-судинного характеру, а саме біль у ділянці серця, серцебиття, почервоніння обличчя, тахікардія/брадикардія, артеріальна гіпер- або гіпотензія були у 21,05 % обстежених, зокрема у 8,42 % дівчат і у 12,63 % хлопців (різниця достовірна ($p < 0,05$)).

31,58 % респондентів вказували на порушення з боку шлунково-кишкового тракту (біль у животі, шлункова та кишкова диспепсія, неприємний присмак у роті, відчуття печії, проноси, запори, карієс). Статеві відмінності полягали в тому, що 13,68 % осіб жіночої статі вказували на нудоту, іноді блювання, гіркоту та неприємний присмак у роті, а у 17,89 % юнаків мали місце біль у животі, послаблення та діарея, відчуття печії (різниця недостовірна ($p > 0,05$)).

Зміни функції дихання (диспное, апное, задишка, кашель, «невротичний» кашель, свистяче дихання) відмічали 26,32 % обстежених – 15,79 % дівчат і 10,53 % хлопців (різниця недостовірна ($p > 0,05$)). У 2,11 % обстежених були скарги на порушення сечовидільної (біль при сечовипусканні, часте сечовипускання) та опорно-рухової (біль у суглобах) систем. При цьому переважна більшість (66,32 %) обстежених вказували на декілька симптомів одночасно.

3 клінічних позицій психосоматичні розлади можуть бути представлені у вигляді психопатологічних синдромів. Так, у 14,74 % підлітків діагностовано конверсивно-дисоціативний синдром, у клінічній картині якого однією з постійних скарг був головний біль, який частіше виникав або підсилювався після психоемоційного перенапруження або при негативних установках, супроводжувався почуттями печії, «повзання мурашок», або за типом «істеричного цвяха», запамороченням. Тривожно-фобічний синдром, виявлений у 18,95 %, характеризувався наявністю виражених емоційних і соматовегетативних порушень. Тривожно-депресивний синдром у 22,11 % обстежених проявлявся відчуттям тяжкості на серці, в тілі, загрудинним болем, відчуттям внутрішнього тремтіння, тиску, печіння і вегетативної активації (серцебиття, перебої в роботі серця, утруднення дихання тощо). Астено-невротичний синдром у 33,68 % обстежених характеризувався наявністю кардіальних, респіраторних і шлунково-кишкових проявів, переважали афективні істеро-невротичні реакції у вигляді сплесків люті, уразливості, демонстративності, погроз і образ. Отже, відмінною рисою клінічної картини у підлітків з психосоматичними розладами є переважання соматизованих тривожних, депресивних і астеноневротичних варіантів розладів.

На основі обстеження з використанням психологічного тестування за шкалою Філіпса виділені три психоемоційні групи школярів: із низьким, підвищеним та високим рівнями тривожності. Переважна більшість

дітей (76,19 %) має низький або оптимальний рівень тривожності. Отже, загальний емоційний стан обстежених можна вважати задовільним, але він може суттєво відрізнятися залежно від психосоматичного захворювання підлітка. Тому ми провели аналіз кореляції чинників тривожності з соматичними скаргами за наявності провідного синдрому (табл. 1).

Особливе місце посідає страх самовираження, підвищений рівень тривоги за даним показником відмічено у групі підлітків, які мали скарги з боку дихальної системи (50,00±13,61 %). Також у групі обстежених, у яких були скарги з боку травної системи, має місце підвищений рівень страху невідповідності очікуванням оточуючих (53,33±9,51 %). Отримані нами показники вказують на низький фізіологічний опір стресу (від 18,67±16,58 до 15,24±12,70 %) при наявності скарг з боку травної, ЦНС, при астенічному синдромі та їх поєднанні.

На основі клінічного обстеження та досліджуваного тесту шкільної тривожності Філіпса ми встановили уразливі групи підлітків, до яких віднесли школярів з наявністю декількох розладів дихальної, травної, нервової систем, особливості психофізіологічних функцій організму яких сприяє зниженню пристосованості до ситуацій стресогенного характеру.

Проведене дослідження особистісної і ситуативної (реактивної) тривожності у підлітків залежно від психосоматичного захворювання виявило наступне. Рівень як реактивної, так і особистісної тривожності ми розцінюємо як помірний в усіх групах респондентів. Виражену тривожність як стабільну особистісну характеристику визначали у підлітків з дихальними розладами, реактивну тривожність – при наявності астенічного чи при по-

єднанні кількох синдромів, що достовірно відрізнялось від інших груп ($p<0,05$) (табл. 2).

Особистісна пізнавальна активність у всіх групах підлітків була помірною, тоді як рівень реактивної пізнавальної активності виявився високим. Достовірно вищий рівень ($p<0,05$) як особистісної, так і реактивної пізнавальної активності визначали у групі підлітків з наявністю симптомів з боку ЦНС. Найнижчий рівень особистісної пізнавальної активності мав місце при комбінації кількох клінічних синдромів ($p>0,05$).

Особистісні та реактивні негативні емоційні переживання, виражені в балах, в усіх групах відповідали підвищеному і високому рівню емоцій з достовірним переважанням при наявності астенічного синдрому і травних розладів чи комбінації синдромів. Найнижчий рівень негативних емоційних переживань у школі (різниця недостовірна, $p>0,05$) визначали при розладах з боку ЦНС.

Завдяки проведеному дослідженню визначено групи підлітків, у яких на різну за інтенсивністю стресову ситуацію виникає емоційна реакція, що належить до категорії високотривожної. Це школярі з наявністю астенічного синдрому, розладів травної та дихальної систем, чи поєднанням декількох із них.

Найвища тривожність особистісна виявлена у групі підлітків з тривожно-фобічною симптоматикою (21,6 балів), конверсивно-дисоціативним (21 балів), тривожно-депресивним (20,7 балів) та астеноневротичним (20,13 балів) синдромами. Висока тривожність у цих групах поєднувалась з високою пізнавальною активністю, що маскувала клінічні прояви захворювання, а на фоні дезадаптації – збільшувала рухову активність. Названі порушення проявлялись розладами поведінки.

Таблиця 1. Показники шкільної тривожності підлітків (%) за тестом Філіпса залежно від психосоматичних проявів ($M\pm\sigma$)

Шкали тесту	Локалізація синдрому з боку				
	дихальної системи	травної системи	ЦНС	астенічний синдром	поєднання синдромів
Переживання соціального стресу	38,38±12,66	44,85±7,55	33,88±5,93	45,45±7,50	42,53±6,41
Фрустрація потреби у досягненні успіху	33,33±6,66	42,56±6,50	37,94±3,66	41,76±4,90	40,11±4,61
Страх самовираження	50,00±13,61	42,22±13,91	40,53±6,61	41,27±10,22	38,69±8,28
Страх ситуації перевірки знань	46,30±17,21	35,56±14,66	37,12±7,16	39,68±10,72	38,10±9,51
Страх невідповідності очікуванням оточуючих	40,00±16,67	53,33±9,51	41,82±6,88	47,62±9,05	45,71±7,88
Низький фізіологічний опір стресу	26,67±18,26	18,67±16,58	18,18±9,38	15,24±12,70	18,57±10,92
Проблеми страху у стосунках з вчителем	34,72±9,20	41,67±5,56	41,48±3,67	44,05±4,62	41,52±4,58
Загальна тривожність	33,33±13,95	29,70±9,90	31,10±5,88	31,82±7,84	31,66±7,08

Таблиця 2. Показники рівнів тривожності підлітків за шкалою Спілбергера залежно від психосоматичних проявів ($M\pm\sigma$)

Шкали тесту	Локалізація синдрому з боку				
	дихальної системи	травної системи	ЦНС	астенічний синдром	наявність кількох синдромів
Особистісна тривожність	22,33±0,29	20,60±0,20*	20,66±0,14*	20,95±0,18*	21,43±0,16*
Пізнавальна активність особистісна	28,33±0,22	28,73±0,16	29,07±0,09*	28,81±0,15	28,21±0,12
Особистісні негативні емоційні переживання	23,67±0,31	25,00±0,24*	24,00±0,18	24,76±0,27*	24,50±0,22*
Реактивна тривожність	20,33±0,39	21,87±0,19*	20,93±0,16	22,43±0,23*	22,04±0,20*
Пізнавальна активність реактивна	27,89±0,21	28,67±0,14*	29,00±0,09*	28,62±0,12*	28,07±0,10
Реактивні негативні емоційні переживання	21,00±0,54	21,07±0,32	20,61±0,22	21,09±0,35	21,71±0,29

Примітка. * – достовірно ($p<0,05$) відмінності показників порівняно з групою психосоматичних розладів з боку дихальної системи.

Так, у 79 % пацієнтів встановлено помірно підвищену реактивну тривогу із середнім значенням 43,4 бала, а у 83 % осіб – помірно підвищену особистісну тривогу.

Виявлені за результатами дослідження підвищена стурбованість, невпевненість у своїх силах, емоційна нестійкість, особистісна тривожність є симптомами дезадаптаційної поведінки підлітків, внаслідок якої розвиваються адаптаційний стрес, непродуктивні форми реагування, емоційні розлади різного ступеня, що сприяє зниженню пристосованості до ситуацій стресогенного характеру.

Натомість, результати інших авторів свідчать, що у підлітків з психосоматичними розладами наявні неадекватність адаптаційних процесів та недостатній адаптаційний ресурс щодо різноманітного впливу, на користь чого свідчать високий рівень реактивної тривоги, вегетативна дисфункція, що сприяє формуванню афективної нестійкості і алекситимії [2]. Такі особистості схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності у широкому діапазоні ситуацій та реагувати явно вираженим станом тривожності [4].

Висновки та перспективи подальших досліджень

Вірогідна різниця у рівнях шкільної тривожності за такими критеріями як страх самовираження, невідповідності очікуванням оточуючих та фізіологічний опір стресу серед обстежених підліткових контингентів свідчить про психологічну дезадаптацію переважно у школярів з розладами дихальної, травної, нервової систем, або з їх поєднаннями.

Високі показники особистісної та реактивної тривожності, визначені у підлітків з дихальними розладами, тривожно-фобічним, конверсивно-дисоціативним, тривожно-депресивним та астеноневротичним синдромами, свідчать про зниження загальної толерантності організму і процесів формування адаптації, є значущими в опосередкованому розвитку психосоматичних розладів.

Оцінка психофізіологічних можливостей організму у формі визначення ресурсів адаптації підлітків із психосоматичними розладами є важливим етапом медико-психологічного супроводу. Це дасть змогу обирати адекватні для окремого підлітка стратегії та методи лікувальної тактики та оцінювати динаміку психоемоційного стану впродовж усього періоду лікування.

Список використаної літератури

1. Бевз Г. М. Тривожність як чинник зниження особистісної ресурсності дитини середнього шкільного віку в умовах вимушеного переселення із зони бойових дій / Г. М. Бевз, Е. В. Ворожбієва [Електронний ресурс] // Режим

доступу : http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&image_file_name=PDF/Otros_2016_1_9.pdf

2. Венюочева Н. Ю. Адаптаційний ресурс як провідний показник вибору стратегії та оцінки ефективності медико-психологічного супроводу підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи на етапі стаціонарного лікування [Текст] / Н. Ю. Венюочева // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 4 (81). – С. 63–66.
3. Каменецкий Д. А. Неврология и психотерапия : учеб. пособие / Д. А. Каменецкий. – Днепропетровск : [Б. и.], 2008. – 301 с.
4. Козляковский П. А. Загальна психологія. Дослідження тривожності (опитувач Спілбергера) [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/posibnuku/160/29.pdf>
5. Коростий В. И. Механизмы психологической защиты, алекситимия и агрессия у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями: патогенетическая роль и подходы к психотерапии [Текст] / В. И. Коростий // Медицинская психология. – 2011. – Т. 6, № 3. – С. 19–22.
6. Марута Н. А. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) / Н. А. Марута, Е. Е. Семикина // Укр. вестн. психоневрологии. – 2007. – Т. 15, Вып. 2 (51). – С. 25–32.
7. Неведомська Є. О. Як подолати педагогу тривожність студентів? [Текст] / Є. О. Неведомська, Т. О. Михайловська // Освітологічний дискурс. – 2016. – № 1 (13). – С. 131–144.
8. Федорченко С. В. Хворі з запамороченням: особливості реактивної й особистісної тривожності [Текст] / С. В. Федорченко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, Вип. 1 (86). – С. 45–47.

References

1. Bevz, H. M., & Vorozhbiyeva, E. V. (2016). Tryvozhnist yak chynnyk znyzhennia osobystisnoi resursnosti dytyny serednoho shkilnoho viku v umovakh vymushenoho pereselennia iz zony boiovykh dii [Anxiety as a factor reducing personal resursnosti child of secondary school age in conditions of forced relocation of the combat zone]. Osvita ta rozvytok obdarovanoi osobystosti – Education and development of gifted person. No. 1. (In Ukr.) Retrieved from: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&image_file_name=PDF/Otros_2016_1_9.pdf
2. Venovtseva, N. Y. (2014). Adaptatsiyni resurs yak providnyi pokaznyk vyboru stratehii ta otsinky efektyvnosti medyko-psykholohichnoho suprovodu pidlitkiv iz somatoformnoiu vehetatyvnoiu dysfunksieiie sertsevo-sudynnoi systemy na etapi statsionarnoho likuvannia [The adaptational resource as the main index of choice and evaluation the effectiveness medical and psychological support adolescents with somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system]. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohi – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 22, issue 4 (81), pp. 63–66.
3. Kamenetsky, D. A. (2008). Nevrozologiya i psyhoterapiya [Neurology and psychotherapy]. Textbook, Dnepropetrovsk Publ., 301 p.
4. Kozlyakovskyy, P. A. Zahalna psykholohiia. Doslidzhennia tryvozhnosti (opytuvach Spilberhera) [General Psychology. Research anxiety (Spielberger interviewer)]. Retrieved from: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/posibnuku/160/29.pdf>
5. Korosti, V. I. (2011). Mehanizmy psihologicheskoy zashchity, aлекситимия i agressiya u molodykh lic s psichosomaticeskimi zaboлевanijami: patogeneticheskaja rol' i podhody k psihoterapii [Nonpsychotic mental disorders and psychological factors influencing the physical state of young patients with psychosomatic diseases]. Medicinskaja psihologija – Medical psychology, vol. 6, no. 3, pp. 13–17.
6. Maruta, N. A., Semykina, E. E. (2007). Rasstrojstva sna pri nevraštenii (diagnostika i terapija) [Disorder sleep at neurasthenia (diagnostics and therapy)]. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohi – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 15, issue 2 (51), pp. 25–32.
7. Nevedomska, E. O., Mikhaylovska, T. O. (2016) Yak podolaty pedahohu tryvozhnist studentiv? [Coping with anxiety teacher students?]. Osvitoholichnyi dyskurse – Education and logical discourse, no. 1 (13), pp. 131–144.
8. Fedorchenko, S.V. (2016). Khvori z zapamorchenniam: osoblyvosti reaktyvnoi i osobystisnoi tryvozhnosti [Patients with vertigo: Features reactive and personal anxiety]. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohi – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 24, issue 1 (86), pp. 45–47.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНОСТИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОДРОСТКОВ О. И. Масик

Актуальность. Для ряда заболеваний, развивающихся по типу функциональных нарушений, не установлена четкая причина, при этом роль психического фактора в формировании психосоматических расстройств достаточно весома. Такие расстройства могут проявляться многочисленными симптомами и жалобами со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, псевдоневрологическими расстройствами и тому подобное. Клинические симптомы не всегда могут раскрыть характер и проявления самого заболевания, в частности у детей и подростков, из-за трудности выражения своих эмоций. При этом психические проблемы проявляются преимущественно в виде функциональных расстройств со стороны внутренних органов.

Цель исследования – выявление признаков вегетативных расстройств у подростков, склонных к повышенному риску развития психосоматических расстройств.

Материалы и методы. Проведено комплексное клиничко-психопатологическое обследование 95 подростков-школьников по причине психосоматических расстройств. Использовали психодиагностические и патопсихологические методики, опросник тревожности Спилбергера Ч. Д. (STPI – State Trait Personal Inventory) в модификации А. Д. Андреевой и тест школьной тревожности Филлипса.

Результаты. Подростки чаще всего отмечали жалобы со стороны центральной нервной системы – в 48,42 % случаев, жалобы сердечно-сосудистого характера обнаружены у 21,05 % обследованных. 31,58 % лиц указывали на расстройства желудочно-кишечного тракта. Нарушения дыхания отмечали 26,32 % обследованных. Подавляющее большинство подростков указывали на несколько симптомов одновременно (66,32 %).

Оценивая результаты теста школьной тревожности Филлипса мы обнаружили повышенный и высокий уровни по критериям страха самовыражения, несоответствия ожиданиям окружающих и низкое физиологическое сопротивление стрессу у подростков с наличием жалоб со стороны пищеварительной, нервной систем, астенического синдрома и их сочетания.

На основе клинического обследования и результатов исследования по тесту Спилберга установлено выраженную личностную тревожность у подростков с дыхательными расстройствами, тогда как реактивную тревожность – у подростков с астеническим синдромом или сочетанием с другими синдромами.

Выводы. Установлен высокий уровень личностной, реактивной и школьной тревожности по таким критериям как страх самовыражения, несоответствия ожиданиям окружающих и физиологическое сопротивление стрессу у подростков с дыхательными расстройствами, тревожно-фобическим, конверсивно-диссоциативным, тревожно-депрессивным и астеноневротическим синдромами свидетельствует о нарушении процессов адаптации и возможной склонности к развитию психосоматических расстройств.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, подростки, тревожность, вегетативные расстройства, алекситимия.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF ANXIETY IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN ADOLESCENTS

O. I. Masik

Background. There is no clearly defined due cause for a number of diseases with functional impairment type of development and the role of the psyche in the formation of psychosomatic disorders is quite significant. These disorders can manifest with many symptoms and complaints of cardiovascular system, respiratory system, gastrointestinal tract disorders pseudoneurological disorders etc. Clinical manifestations can not always reveal the nature and severity of the disease, especially in children and adolescents because of the difficulties in expressions of their emotions. These mental problems are manifested mainly in the form of functional disorders of internal organs.

Objective. Identification of signs of autonomic disorders in adolescents with increased risk of psychosomatic disorders.

Methods and materials. Complex clinical and psychopathological examination of 95 adolescent schoolchildren with psychosomatic disorders was carried out. We used psychopathological and psychodiagnostic methods, Spielberger anxiety questionnaire (STPI – State Trait Personal Inventory) and Phillips' school anxiety test.

Results. Teens often noted central nervous system disorders, which were identified in 48.42 % of individuals, among them 21.05 % of patients complaints on cardiovascular system. 31.58 % of indicated disorders were connected with gastrointestinal tract. Disorders of the respiratory noted 26.32 % of the patients. The majority of surveyed (66.32 %) pointed to several symptoms at once.

Phillips' school anxiety test estimation revealed elevated and high of levels the criteria of self-expression fear, fear of incoherence to expectations surrounding, low physiological stress resistance in adolescents with complaints on the digestive and nervous systems disorders, asthenic syndrome and their combination.

A full-blown level of personal anxiety in adolescents with respiratory disorders was established on the basis of clinical investigation and due to Spielberger's questionnaire, while reactive anxiety – in the presence of asthenic syndrome or several syndromes.

Conclusions. Adolescents with existing psychosomatic disorders have insufficient adaptive resource. This is confirmed by the established high level of reactive anxiety, signs of autonomic dysfunction and possible predisposition to alexithymia and emotional instability.

Key words: psychosomatic disorders, adolescents, anxiety, autonomic disorders, alexithymia.

Стаття надійшла до редакції 04.08.2016 р.

МАСИК Олег Ігорович, аспірант кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56. м. Вінниця, Україна, 21018); e-mail: doctor20000@yandex.ru

МАСИК Олег Игоревич, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ПО, Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова (ул. Пирогова, 56. г. Винница, Украина, 21018); e-mail: doctor20000@yandex.ru

MASIK Oleg Igorovich, graduate student of the chair of Department of Psychiatry, Addiction and psychotherapy courses in postgraduate education, Vinnitsa Pirogov National Medical University (Pirogov str., 56. Vinnitsa, Ukraine, 21018); e-mail: doctor20000@yandex.ru

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.8-009:616.89-052

М. В. Литвиненко

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ

Дочірнє підприємство «Медбуд» ПАТ ХК «Київміськбуд», м. Київ

medbud@kiev.ua

Актуальність. Вугрова хвороба – одна з найчастіших причин звернення до лікарів-дерматологів та косметологів. Її діагностують у 85 – 95 % підлітків, приблизно у 5 % жінок та 1 % чоловіків виявляють пізнє акне. Зміни зовнішнього вигляду, спричинені цим захворюванням, негативно відображаються на психосоціальному функціонуванні.

Мета – вивчити особливості психосоціального функціонування хворих на вугрову хворобу.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводили на базі «Медбуд» протягом 2014 – 2016 років за допомогою методики діагностики соціальної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонд. Основну групу склали 142 пацієнти з вугровою хворобою (75 осіб жіночої та 67 чоловічої статі); групу порівняння – 70 осіб без соматичної патології (35 осіб жіночої та 35 чоловічої статі).

Результати. У хворих на вугрову хворобу виявлено зниження психосоціальної адаптації, що проявлялося накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими, формуванням самооцінки шляхом орієнтації на стороннє ставлення, схильністю займати підлеглу позицію у взаємодії. У жінок вугрова хвороба мала більш виражений негативний вплив на психосоціальне функціонування, ніж у чоловіків.

Висновки. Захворювання шкіри негативно відображається на соціальній активності та установках хворих із акне. Порушення самосприйняття та ставлення до себе у пацієнтів з акне є найвагомішим чинником соціально-психологічної дезадаптації та виступає психопатологічним підґрунтям потенціювання та розгортання інших її проявів. Порушення психосоціальної адаптації є однією з важливих мішеней медико-психологічного впливу, який має враховувати гендерні відмінності.

Ключові слова:
вугрова хвороба,
психосоціальна
адаптація,
дерматологічні пацієнти,
психодерматологія,
психологічна допомога.

Актуальність. Вугрова хвороба – одна із найчастіших причин звернення до лікарів-дерматологів та косметологів. Акне зазвичай виникають у підлітковому віці, під час фізіологічної перебудови організму з високою продукцією та активністю статевих гормонів. Вугрову хворобу діагностують у 85 – 95 % підлітків [1]. Однак на сьогодні спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з пізніми акне (acne tarda), які виявляють майже у 5 % жінок та 1 % чоловіків [2]. Вугрова хвороба – не лише медична проблема, адже наслідками патології є виникнення видимих змін, які спотворюють зовнішній вигляд – постакне у вигляді гіпо- та гіпертрофічних рубців [3].

Зміни зовнішнього вигляду, спричинені акне, негативно відображаються на психічному стані хворих [4, 5]. Красивий здоровий вигляд шкіри є важливим компонентом формування оптимального образу тіла. Шрами, видимі вади, шкірні захворювання можуть викликати відчуття ніяковості, неповноцінності, приниження,

несхожості на інших людей, що сприяє формуванню неадекватного образу тіла, і, відповідно, виникненню різноманітних психологічних проблем. Хворі з вугровою хворобою часто асоціюють наявність висипу з власною потворністю та страхом викликати огиду в 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 непрацюючих осіб сягає 64 %. Видимі дефекти шкіри можуть викликати надмірну зосередженість з надцинічним характером проблем зовнішності, що посилює психотравмування і призводить до розладу міжособистісних, професійних, сексуальних стосунків. Порушення соціального функціонування негативно відображається на психічному здоров'ї хворих, що обумовлює необхідність розробки

медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення та підвищення психосоціальної адаптації пацієнтів з проблемами зовнішності.

Мета дослідження – вивчити особливості психосоціального функціонування хворих на вугрову хворобу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили на базі Дочірнього підприємства Медичне науково-практичне об'єднання «Медбуд» ПАТ ХК «Київміськбуд» впродовж 2014 – 2016 років. У тестуванні взяли участь 142 пацієнти з вугровою хворобою з хронічним перебігом – основна група (ОГ), з них 75 осіб жіночої та 67 осіб чоловічої статі (ОГ1 та ОГ2 відповідно), та 70 осіб без шкірної чи будь-якої іншої хронічної соматичної патології – група порівняння (ГП), 35 дівчат та 35 хлопців (ГП1 та ГП2 відповідно).

У якості діагностичного інструментарію було використано методіку діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд [6]. Статистичну обробку проводили за допомогою MS Excel v. 8.0.3, для визначення достовірності різниці між досліджуваними вибірками застосовували параметричний t-критерій Стьюдента.

Результати та їх обговорення

У пацієнтів з вугровою хворобою зафіксовано зниження показників психосоціальної адаптації (табл. 1) – виявлено нижчі рівні адаптивності (116,9±26,0 балів у ОГ проти 134,9±24,9 балів у ГП), самоприйняття (29,9±7,0 балів проти 36,6±7,4 балів), відчуття емоційного комфорту (24,8±4,9 балів проти 27,2±3,6 балів), ескапізму (14,4±2,1 балів проти 13,7±2,1 балів) та вищі – дезадаптивності (75,7±12,0 балів проти 72,6±10,7 балів), неприйняття себе (18,8±3,3 балів проти 17,0±2,5 балів) та інших людей (20,6±4,0 балів проти 17,8±2,8 балів), емоційного дискомфорту (21,0±5,3 балів проти 18,6±3,6 балів), екстернальності (27,0±7,4 балів проти 24,5±4,8 балів) та підлеглості (15,4±3,7 балів проти 13,9±2,0 балів), порівняно з опитуваними без шкірної патології, яка спотворює зовнішній вигляд ($p<0,05$). За показниками прийняття інших (22,1±4,0 балів у ОГ та 21,9±3,2 балів у ГП), внутрішнього контролю (39,1±8,1 балів та 40,8±5,6 балів) та домінування (8,7±2,2 балів та 9,1±1,9 балів) між групами суттєвих відмінностей не встановлено.

Результати оцінки психосоціальної адаптації залежно від статі загалом відповідали загальногруповим тенденціям (табл. 2). У пацієнтів з акне (і у жінок, і у чоловіків) були зниженими рівні адаптивності (113,3±23,7 та 133,6±23,1 балів у ОГ проти 121,0±28,1 та 136,1±26,9 балів у ГП), прийняття себе (28,2±6,0 та 31,7±7,7 балів проти 36,3±9,0 та 36,9±5,4 балів), психоемоційного комфорту (24,2±4,3 та 25,6±5,4 балів проти 26,8±4,0 та 27,6±3,2 балів) та вищими – неприйняття себе (19,2±3,4 та 18,5±3,2 балів проти 17,5±3,0 та 16,5±1,9 балів) та інших (21,4±3,9 та 19,8±3,8 балів проти 17,8±2,4 та 17,9±3,1 балів), емоційного дискомфорту (21,7±5,4 та 20,1±5,0 балів проти 19,2±4,2 та 17,9±2,7 балів), підлеглості (16,2±4,0 та 14,4±3,1 балів проти 14,3±1,9 та 13,4±2,0 балів), на відміну від осіб без дерматологічної патології ($p<0,05$). У осіб жіночої статі з вугровою хворобою були вищими показники зовнішнього контролю (28,3±7,5 балів у ОГ1 проти 25,3±4,1 балів у ГП1), $p<0,05$.

Рівні дезадаптивності (77,2±11,7 та 74,1±12,2 балів у ОГ; 75,2±10,5 та 70,0±10,5 балів у ГП), прийняття інших (22,1±4,1 та 22,0±3,8 балів; 21,5±3,1 та 22,3±3,4 балів), внутрішнього контролю (38,2±7,9 та 40,0±5,4 балів; 39,7±5,2 та 42,0±5,7 балів), домінування (8,4±2,1 та 9,0±2,3 балів; 8,5±1,7 та 9,7±1,9 балів), уникнення вирішення проблем (14,7±2,1 та 14,0±2,1 балів; 14,1±2,4 та 13,3±1,7 балів) у опитуваних різної статі суттєво не відрізнялися.

У групі опитуваних з вугровою хворобою серед жінок були вищими рівні неприйняття інших (21,4±3,9 балів у ОГ1 проти 19,8±3,8 балів у ОГ2), зовнішній контроль (28,3±7,5 балів проти 25,5±6,9 балів) та підлеглості (16,2±4,0 балів проти 14,4±3,1 балів), поміж чоловіків – самоприйняття (28,2±6,0 балів проти 31,7±7,7 балів), $p<0,05$. В ГП серед жінок були вищими показники дезадаптивності (75,2±10,5 балів у ГП1 проти 70,0±10,5 балів ГП2), поміж чоловіків – домінування (8,5±1,7 балів проти 9,7±1,9 балів), $p<0,05$.

Виявлено зниження за всіма інтегральними показниками соціально-психологічної адаптації у пацієнтів з вугровою хворобою (табл. 3): загальною адаптацією (60,2±6,8 % у ОГ проти 64,7±5,8 % у ГП), самоприйняттям (49,5±9,1 % проти 57,0±7,6 %), прийняттям інших (56,1±6,9 % проти 59,5±5,5 %), емоційним комфортом (54,3±9,5 % проти 59,4±5,5 %), інтернальністю (51,1±11,1 % проти 54,4±7,1 %), домінуванням (52,9±10,8 % проти 56,2±7,4 %), $p<0,05$.

У таблиці 4 наведені інтегральні дані щодо психосоціальної адаптації окремо для жінок та чоловіків у кожній з груп. Відповідно до загальногрупових результатів у пацієнтів з вугровою хворобою були нижчими показники адаптації (59,1±5,7 % та 61,5±6,8 % у ОГ проти 63,7±6,4 % та 65,7±5,0 % у ГП), прийняття себе (47,8±8,5 % та 51,3±9,4 % проти 55,9±8,9 % та 58,1±5,8 %) та інших (55,2±6,7 % та 57,2±7,2 % проти 59,0±6,0 % та 59,9±5,1 %), емоційного комфорту (52,9±9,1 % та 55,9±9,7 % проти 58,3±7,9 % та 60,6±5,7 %), порівняно з опитуваними тієї ж статі без захворювання шкіри, $p<0,05$. У жінок з акне була нижчою інтернальність (49,4±10,8 % у ОГ1 проти 52,9±6,3 % у ГП1), у чоловіків – домінування (55,1±10,3 % у ОГ2 проти 58,7±6,6 % у ГП2), $p<0,05$.

Таблиця 1. Вираженість показників психосоціальної адаптації у ОГ та ГП, $x\pm\sigma$ (бали)

Шкали	ОГ, n=142	ГП, n=70	Норма
Адаптивність	116,9±26,0*	134,9±24,9*	68 – 136
Дезадаптивність	75,7±12,0*	72,6±10,7*	
Прийняття себе	29,9±7,0*	36,6±7,4*	22 – 42
Неприйняття себе	18,8±3,3*	17,0±2,5*	14 – 28
Прийняття інших	22,1±4,0	21,9±3,2	12 – 24
Неприйняття інших	20,6±4,0*	17,8±2,8*	14 – 28
Емоційний комфорт	24,8±4,9*	27,2±3,6*	
Емоційний дискомфорт	21,0±5,3*	18,6±3,6*	
Внутрішній контроль	39,1±8,1	40,8±5,6	26 – 52
Зовнішній контроль	27,0±7,4*	24,5±4,8*	18 – 36
Домінування	8,7±2,2	9,1±1,9	6 – 12
Підлеглість	15,4±3,7*	13,9±2,0*	12 – 24
Ескапізм	14,4±2,1*	13,7±2,1*	10 – 20

Примітка. * – достовірність різниці на рівні $p<0,05$ за t-критерієм.

Зафіксовані внутрішньогрупові відмінності щодо показників психосоціальної адаптації: у жінок з акне були нижчими рівні адаптивності ($59,1 \pm 5,7$ % у ОГ1 проти $61,5 \pm 6,8$ % у ОГ2), самоприйняття ($47,8 \pm 8,5$ % проти $51,3 \pm 9,4$ %), інтернальності ($49,4 \pm 10,8$ % проти $53,0 \pm 11,2$ %) та домінування ($50,9 \pm 10,9$ % проти $55,1 \pm 10,3$ %), порівняно з чоловіками з вугровою хворобою, $p < 0,05$. У ГП виявлено лише більшу вираженість домінування у осіб чоловічої статі ($53,8 \pm 7,5$ % у ГП1 проти $58,7 \pm 6,6$ % у ГП2), $p < 0,05$.

Психосоціальна адаптація є гнучкою багатовимірною системою, яка у пацієнтів з акне виявилася порушеною внаслідок зниження позитивних чинників – загальної адаптованості, прийняття, психоемоційного комфорту, інтернальності, збалансованого домінування, та зростання негативних – дезадаптивності, фрагментації та відчуження власного «Я», неприйняття іншого, психічного дискомфорту, підлеглості, залежності від ситуації та ставлення оточення, уникнення вирішення проблем. Центральну роль у психосоціальній дезадаптації хворих на вугрову хворобу відігравало порушення самосприйняття, що призводило до побудови міжособистісної взаємодії на основі нереалістичного фрагментарного образу власного «Я», який супроводжувався викривленістю знання про себе, невпевненістю, залежністю самооцінки від зовнішніх обставин, психічним напруженням. Наявність дефектів зовнішності негативно впливала на жінок, що можна пояснити

культурально-обумовленою потребою бути привабливою, оскільки для жінок краса – це вагома детермінанта соціальної успішності.

Висновки

1. У хворих на вугрову хворобу виявлено зниження психосоціальної адаптації, що проявлялося накопиченням дезадаптивних форм реагування та поведінки, відчуттям психоемоційного напруження, незадоволеністю собою та іншими, формуванням самооцінки шляхом орієнтації на стороннє ставлення, схильністю займати підлеглу позицію у взаємодії.

2. Для пацієнтів з акне найвагомішим чинником соціально-психологічної дезадаптації було порушення самоприйняття та самоставлення, які виступали психопатологічним підґрунтям потенціювання та розгортання інших проявів порушення адаптації.

3. У жінок вугрова хвороба мала більш виражений негативний вплив на психосоціальне функціонування, ніж у чоловіків, внаслідок культурально-обумовленої соціальної детермінації краси жінки як вагомого чинника її соціальної успішності.

4. Прояви психосоціальної дезадаптації в особливості самоприйняття, – це важливі мішені медико-психологічного впливу для пацієнтів з акне. Програма медико-психологічної допомоги хворим на вугрову хворобу має враховувати гендерні відмінності соціально-психологічної адаптації.

Таблиця 2. Вираженість психосоціальної адаптації у підгрупах ОГ та ГП, $x \pm \sigma$ (бали)

Шкали	ОГ1, n=75	ОГ2, n=67	ГП1, n=35	ГП2, n=35	Норма
Адаптивність	113,3 $\pm$ 23,7*	121,0 $\pm$ 28,1*	133,6 $\pm$ 23,1*	136,1 $\pm$ 26,9*	68 – 136
Дезадаптивність	77,2 $\pm$ 11,7	74,1 $\pm$ 12,2	75,2 $\pm$ 10,5	70,0 $\pm$ 10,5	
Прийняття себе	28,2 $\pm$ 6,0*	31,7 $\pm$ 7,7*	36,3 $\pm$ 9,0*	36,9 $\pm$ 5,4*	22 – 42
Неприйняття себе	19,2 $\pm$ 3,4*	18,5 $\pm$ 3,2*	17,5 $\pm$ 3,0*	16,5 $\pm$ 1,9*	14 – 28
Прийняття інших	22,1 $\pm$ 4,1	22,0 $\pm$ 3,8	21,5 $\pm$ 3,1	22,3 $\pm$ 3,4	12 – 24
Неприйняття інших	21,4 $\pm$ 3,9*	19,8 $\pm$ 3,8*	17,8 $\pm$ 2,4*	17,9 $\pm$ 3,1*	14 – 28
Емоційний комфорт	24,2 $\pm$ 4,3*	25,6 $\pm$ 5,4*	26,8 $\pm$ 4,0*	27,6 $\pm$ 3,2*	
Дискомфорт	21,7 $\pm$ 5,4*	20,1 $\pm$ 5,0*	19,2 $\pm$ 4,2*	17,9 $\pm$ 2,7*	
Внутрішній контроль	38,2 $\pm$ 7,9	40,0 $\pm$ 5,4	39,7 $\pm$ 5,2	42,0 $\pm$ 5,7	26 – 52
Зовнішній контроль	28,3 $\pm$ 7,5*	25,5 $\pm$ 6,9	25,3 $\pm$ 4,1*	23,7 $\pm$ 5,4	18 – 36
Домінування	8,4 $\pm$ 2,1	9,0 $\pm$ 2,3	8,5 $\pm$ 1,7	9,7 $\pm$ 1,9	6 – 12
Підлеглість	16,2 $\pm$ 4,0*	14,4 $\pm$ 3,1*	14,3 $\pm$ 1,9*	13,4 $\pm$ 2,0*	12 – 24
Ескапізм	14,7 $\pm$ 2,1	14,0 $\pm$ 2,1	14,1 $\pm$ 2,4	13,3 $\pm$ 1,7	10 – 20

Примітка. * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ за t-критерієм.

Таблиця 3. Психосоціальна адаптація за інтегральними показниками у ОГ та ГП, $x \pm \sigma$ (%)

Шкали	ОГ, n=142	ГП, n=70
Адаптація	60,2 $\pm$ 6,8*	64,7 $\pm$ 5,8*
Самоприйняття	49,5 $\pm$ 9,1*	57,0 $\pm$ 7,6*
Прийняття інших	56,1 $\pm$ 6,9*	59,5 $\pm$ 5,5*
Емоційний комфорт	54,3 $\pm$ 9,5*	59,4 $\pm$ 5,5*
Інтернальність	51,1 $\pm$ 11,1*	54,4 $\pm$ 7,1*
Домінування	52,9 $\pm$ 10,8*	56,2 $\pm$ 7,4*

Примітка. * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ за t-критерієм.

Таблиця 4. Психосоціальна адаптація за інтегральними показниками у підгрупах ОГ та ГП, $x \pm \sigma$ (%)

Шкали	ОГ1, n=75	ОГ2, n=67	ГП1, n=35	ГП2, n=35
Адаптація	59,1 $\pm$ 5,7*	61,5 $\pm$ 6,8*	63,7 $\pm$ 6,4*	65,7 $\pm$ 5,0*
Самоприйняття	47,8 $\pm$ 8,5*	51,3 $\pm$ 9,4*	55,9 $\pm$ 8,9*	58,1 $\pm$ 5,8*
Прийняття інших	55,2 $\pm$ 6,7*	57,2 $\pm$ 7,2*	59,0 $\pm$ 6,0*	59,9 $\pm$ 5,1*
Емоційний комфорт	52,9 $\pm$ 9,1*	55,9 $\pm$ 9,7*	58,3 $\pm$ 7,9*	60,6 $\pm$ 5,7*
Інтернальність	49,4 $\pm$ 10,8*	53,0 $\pm$ 11,2	52,9 $\pm$ 6,3*	56,0 $\pm$ 7,6
Домінування	50,9 $\pm$ 10,9	55,1 $\pm$ 10,3*	53,8 $\pm$ 7,5	58,7 $\pm$ 6,6*

Примітка. * – достовірність різниці на рівні $p < 0,05$ за t-критерієм.

Список використаної літератури

1. Colleir Ch. The prevalence of acne in adults 20 years and older / Ch. Colleir, J. Haper, W. Cantell // *Journal of Americal Academy of Dermatology*. – 2008. – Vol. 58. – P. 56.
2. Калюжная Л. Д. Тяжкі форми акне: можливості лікування [Електронний ресурс] / Л. Д. Калюжная, А. В. Петренко // *Український медичний часопис*. – 2014. – № 6 (104). – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/82994/tyazhki-formi-akne-mozhlyvosti-likuvannya>.
3. Keri J. What's new in acne and rosacea? / J. Keri // *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. – 2016. – Vol. 35. – № 2. – P. 103–106.
4. Белоусова Т. А. Современные представления о патогенезе и терапии акне у женщин / Т. А. Белоусова, М. В. Горячкина // *Русский медицинский журнал*. – 2012. – № 22. – С. 1153–1159.
5. Niemeier V. Acne vulgaris – Psychosomatic aspects / V. Niemeier, J. Kupfer, U. Gieler // *J. Deutsch. Dermatol. Gesellsch.* – 2010. – Vol. 8, № 3. – P. 95–104.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара : Бахрах-М, 2001. – 672 с.

References

1. Colleir, Ch., Haper, J., & Cantell, W. (2008). The prevalence of acne in adults 20 years and older. *Journal of Americal Academy of Dermatology*, vol. 58, pp. 56.
2. Kaliuzhna, L. D., & Petrenko, A. V. (2014). Tiazhki formy akne: mozhlyvosti likuvannya [Severe forms of acne, treatment options]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*. No. 6 (116). Retrieved from: <http://www.umj.com.ua/article/82994/tyazhki-formi-akne-mozhlyvosti-likuvannya> (Accessed 28.06.2016).
3. Keri, J. (June 2016). What's new in acne and rosacea? *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, vol. 35, no. 2, pp. 103–106.
4. Belousova, T. A., & Gorjachkina, M. V. (2012). Sovremennye predstavleniya o patogeneze i terapii akne u zhenshin [Current views on the pathogenesis and treatment of acne in women]. *Russkij medicinskij zhurnal – Russian Medical Journal*. No. 22, pp. 1153–1159.
5. Niemeier, V., Kupfer, J., & Gieler, U. (2010). Acne vulgaris – Psychosomatic aspects. *Journal of the German Society of the Dermatology*, vol. 8, pp. 95–104. DOI: 10.1111/j.1610-0387.2006.06110.x
6. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara, Bahrah–M, 672 p.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М. В. Литвиненко

Актуальность. Угревая болезнь – одна из наиболее частых причин обращения к врачам-дерматологам и косметологам. Ее диагностируют у 85 – 95 % подростков, приблизительно у 5 % женщин и 1 % мужчин обнаруживают позднее акне. Изменения внешнего вида, вызванные акне, негативно отражаются на психосоциальном функционировании.

Цель – изучить особенности психосоциального функционирования пациентов с угревой болезнью.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе «Медбуд» в течение 2014 – 2016 годов с помощью методики диагностики социальной адаптации К. Роджерса – Р. Даймонд. Основную группу составили 142 пациента с угревой болезнью (75 лиц женского и 67 мужского пола); группу сравнения – 70 человек без соматической патологии (35 лиц женского и 35 мужского пола).

Результаты. У больных угревой болезнью выявлено снижение психосоциальной адаптации, которое проявлялось накоплением дезадаптивных форм реагирования и поведения, чувством психоэмоционального напряжения, неудовлетворенности собой и другими, формированием самооценки путем ориентации на постороннее отношение, склонностью занимать ведомую позицию во взаимодействии. Для женщин угревая болезнь имела более выраженное негативное влияние на психосоциальное функционирование, по сравнению с мужчинами.

Выводы. Заболевания кожи негативно отражаются на социальной активности и установках больных акне. Нарушение самовосприятия и самоотношения у пациентов с акне является наиболее весомым фактором социально-психологической дезадаптации и выступает психопатологической основой потенцирования и разрывания других ее проявлений. Нарушение психосоциальной адаптации является одной из важных мишеней медико-психологического воздействия, которое должно учитывать гендерные различия.

Ключевые слова: угревая болезнь, психосоциальная адаптация, дерматологические пациенты, психодерматология, психологическая помощь.

FEATURES PSYCHOSOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH ACNE

M. V. Lytvynenko

Background. Acne is one of the most frequent reasons for visits to dermatologists and cosmetologists. It is diagnosed in 85 – 95 % of adolescents. Approximately 5 % of women and 1 % of men find the latest acne. Changes in appearance, caused by acne, have a negative impact on the psychosocial functioning.

Objective – to study features of the psychosocial functioning of patients with acne.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of “Medbud” during the 2014 – 2016. We use diagnostic techniques of social adaptation of K. Rogers – R. Diamond. A study group comprised 142 patients with acne (75 females and 67 males); the comparison group - 70 persons without somatic diseases (35 females and 35 males).

Results. In patients with acne showed a reduction of psychosocial adaptation, which appeared of accumulation of maladaptive forms of response and behavior, a sense of emotional stress, dissatisfaction with oneself and others, the formation of self-esteem by focusing on extraneous attitude, a tendency to hold the driven position in the interaction. For women, acne has a more pronounced negative impact on the psychosocial functioning, as compared to men.

Conclusions. Skin diseases have a negative impact on social activities and attitudes of patients with acne. Violation of self-perception and self-relation in patients with acne is the most important factor of social and psychological maladjustment and psychopathology appears basis of potentiation and the deployment of its other manifestations. Violation of psychosocial adaptation is one of the important targets of the medical and psychological impacts, which should take into account gender differences.

Key words: acne, psychosocial adaptation, dermatological patients, psychodermatology, psychological assistance.

Стаття надійшла до редакції 27.07.2016 р.

ЛИТВИНЕНКО Максим Валерійович, лікар-психолог Медичного науково-практичного об'єднання «Медбуд», м. Київ; e-mail: medbud@kiev.ua

ЛИТВИНЕНКО Максим Валерьевич, врач-психолог Медицинского научно-практического объединения «Медбуд», г. Киев; e-mail: medbud@kiev.ua

LYTVYENKO Maksym Valeriiovich, clinical psychologist of Medical science and practical unification «Medbud», Kyiv; e-mail: medbud@kiev.ua

І. Р. Мухаровська

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ
З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

mukharovska.i@gmail.com

Актуальність. Пацієнти з онкологічною патологією внаслідок особливостей розвитку хвороби, її діагностики та лікування часто на тривалий час виключаються зі звичного ритму соціального життя, змінюється якість їх взаємодії з оточенням, порушується сімейний гомеостаз в родині.

Мета – на підставі оцінки особливостей психосоціального функціонування пацієнтів з онкологічними захворюваннями визначити мішені медико-психологічної допомоги.

Матеріали та методи дослідження. На базі Київського міського клінічного онкологічного центру впродовж 2014–2016 рр. з використанням спеціально розробленого опитувальника та даних клініко-психологічного інтерв'ю обстежено 422 онкологічних пацієнти. Сформовано три групи: пацієнти Г1 (n=80) перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування, пацієнти Г2 (n=187) отримували первинну терапію, пацієнти Г3 (n=155) звернулися до онкологічного центру через прогресування онкологічної патології.

Результати. Психосоціальні проблеми хворих з онкологічними захворюваннями на різних етапах лікувального процесу мають різне змістове наповнення. У хворих на діагностичному етапі та при первинному зверненні більшу вираженість мали прояви психогенно обумовленої дезорганізації соціальної активності, самостигматизація та труднощі комунікації з приводу хвороби. У пацієнтів з прогресуючою онкологічною патологією зниження соціального функціонування було пов'язано з погіршенням фізичного здоров'я, рівнем адаптивності стилю протидії нозогенному стресу. Важливим аспектом психосоціальної адаптації онкохворих були ознаки стигматизації та самостигматизації. Виявлено дезадаптивні моделі сімейного функціонування у вигляді дистанціювання чи гіперопіки.

Висновки. На підставі оцінки особливостей психосоціального функціонування пацієнтів з онкологічними захворюваннями визначено мішені медико-психологічної допомоги як важливої складової комплексної терапії досліджуваного контингенту.

Ключові слова:
психосоціальне
функціонування,
онкологія, медико-
психологічна допомога,
психосоціальна
взаємодія, стигматизація,
психоонкологія.

Актуальність. В Україні спостерігається неухильна тенденція до збільшення захворюваності на онкологічні хвороби. Цей показник у 2014 році становив 384,9 нових випадків на 100 тис. населення [1]. Онкопатологія має серйозні психологічні та психосоціальні наслідки, адже спричиняє часткову чи повну втрату працездатності внаслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного шостого пацієнта, летальність становить 51,3 %, смертність до 1 року після встановлення діагнозу складає 31,4 % [1]. Кожного онкохворого оточують від 3 до 7 членів сім'ї чи близьких, які залучені до допомоги та підтримки пацієнта й переживають інтенсивний психологічний стрес у зв'язку з діагнозом близької людини [2, 3].

Пацієнти з онкологічною патологією внаслідок особливостей розвитку хвороби та її лікування часто на тривалий час виключаються зі звичного ритму соціального

життя: перебувають на лікарняному, звільняються з роботи, менше спілкуються з друзями та іншими людьми поза сім'єю. Змінюється також і якість взаємодії з оточенням, адже тема хвороби зазвичай є травматичною для пацієнтів, що часто посилюється соціальними міфами та установками щодо онкологічних захворювань у суспільстві.

Найгостріше хвороба відображається на родині онкологічного хворого. Захворювання спричиняє «коливальний ефект», що полягає у виникненні страхів, невизначеності, порушенні планів та зміні звичного способу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційної тривоги, зрушеннях у функціонуванні родини та посиленні сімейного напруження [4]. Члени родини відіграють важливу роль у підтримці хворого, що ставить перед сім'єю значні вимоги, відповідно рівень стресу та дистресу серед

опікунів є високим [4, 5]. У родичів хворого виникають порушення у психічній сфері, які досягають клінічно значимого рівня [6]. З огляду на вищенаведене можна стверджувати, що вивчення особливостей психосоціального функціонування онкопациєнтів є пріоритетним завданням сучасної психоонкології.

Мета дослідження – на основі оцінки особливостей психосоціального функціонування хворих з онкологічними захворюваннями визначити мішені медико-психологічної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведено на базі Київського міського клінічного онкологічного центру впродовж 2014 – 2016 рр. В опитуванні взяли участь 422 онкологічні пацієнти, з них 80 хворих перебували на етапі діагностики та вибору методів протипухлинного лікування (Г1, n=80), 187 опитуваних отримували первинну терапію (Г2, n=187) та 155 осіб звернулися в онкологічний центр у зв'язку з прогресуванням онкологічної патології (Г3, n=155).

В якості діагностичного інструментарію було використано спеціально розроблений опитувальник та дані клініко-психологічного інтерв'ю. Статистичну обробку проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

На діагностичному етапі хворі переживали виражений психоемоційний стрес. Невідомість прогнозу та методів лікування супроводжувалися тривожністю, страхом, зниженням настрою, емоційною лабільністю, дратівливістю, психічним виснаженням. На даному етапі лікування у порушенні психосоціальної активності психогенна реакція на нозогенний стрес відігравала таку ж важливу роль, як і погіршення фізичного здоров'я. Онкологічні хворі у діагностичному періоді були включені з соціальної взаємодії через необхідність медичного обстеження та підготовку до лікування. Коло їх спілкування часто звужувалося до контактів з сім'єю та медичними працівниками, обговорювати свій діагноз з більш віддаленим оточенням було вкрай травматично. Хворі перебували у стані емоційної нестабільності та когнітивної невизначеності, всі психологічні ресурси були спрямовані на внутрішнє подолання стресової ситуації та налаштування себе на лікування. Пацієнти були дуже вразливими до ставлення та дій оточуючих, потребували підтримки з боку сім'ї. Близькі хворого також переживали виражений психічний стрес через онкологічну хворобу в родині. Найгострішою на даному

етапі була потреба в інформації стосовно хвороби та її лікування, визначення тактики реагування та поведінки в ситуації хвороби.

Онкологічні захворювання викликали появу ряду значимих психосоціальних труднощів у хворих. Психосоціальні проблеми, пов'язані з онкологічною патологією, були згруповані у змістовні блоки та включали:

- зміну соціальної активності щодо трудової діяльності: тимчасова чи постійна втрата працездатності, обумовлена зниженням фізичного здоров'я та як наслідок нозогенної реакції;
- зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною та близьким оточенням;
- зменшення інтенсивності та зміна якості соціальної взаємодії – спілкування з друзями, колегами, оточенням;
- труднощі комунікації на тему онкологічної хвороби;
- обмеження можливості активного відпочинку як наслідок погіршення фізичного здоров'я, прив'язаності до медичних закладів (діагностика, лікування), фінансових витрат на протипухлинну терапію;
- стигматизацію та самостигматизацію хворих з онкологією як результат персистування соціальних міфів щодо онкопатології.

Клініко-психологічне інтерв'ю не виявило виразних відмінностей у інтенсивності проявів психосоціальної дезадаптації онкологічних пацієнтів, водночас у різних групах хворих мав місце ряд тенденцій (табл.).

Повернення та прогресування захворювання обумовлювали зниження соціальної активності та звуження кола спілкування, що було тісно пов'язано з погіршенням фізичного здоров'я. У хворих, які зверталися повторно, виявлено дихотомічний розподіл змін характеру стосунків у сім'ї, а саме відмічалось збільшення частки опитуваних як з низькою, так і з високою міжособистісною напруженістю. Це вказувало на рівень пристосування до хвороби, формування стану адаптованості чи дезадаптованості сімейної системи до стресових вимог, обумовлених онкологічним захворюванням. Персоніфікованими індикаторами пристосування були вираженість труднощів комунікації з приводу хвороби та самостигматизація. Пацієнти, які мали більший досвід лікування онкологічного захворювання, були більш обізнані у своїх переживаннях, вчилися проговорювати емоції та думки стосовно онкологічної патології, що дозволяло встановити контроль над комунікацією з оточуючими, уникати гострих психотравматичних тем, керувати діалогом та прогнозувати наслідки свого стану на основі

Таблиця. Психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів, %

Параметри	Г1, n=80			Г2, n=187			Г3, n=155		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Зниження активності	27,5	55,0	17,5	20,9	62,0	17,1	16,8	58,1	25,1
Міжперсональне напруження у сім'ї	13,8	76,2	10,0	12,8	73,8	13,4	20,6	59,4	20,0
Збіднення спілкування	25,0	61,3	13,7	23,5	58,3	18,2	19,4	47,1	33,5
Труднощі комунікації з приводу хвороби	-	56,3	43,7	-	59,9	40,1	15,5	47,1	37,4
Стигматизація та самостигматизація	76,3	17,4	6,3	61,5	28,9	9,6	49,0	34,8	16,2

Примітка. 1 – незначно, 2 – помірно та 3 – суттєво виражене за суб'єктивною оцінкою хворого.

реалістичних уявлень, на противагу соціальним міфам щодо онкології. Хворі, які зіштовхувалися з діагнозом вперше, мали мінімальні навички протидії нозогенному стресу, що проявлялося в униканні розмов про хворобу або ж в інтенсивних емоційних висловлюваннях тривожно-депресивного характеру. Саме тому у пацієнтів на початкових етапах лікування була більш вираженою самостигматизація, приписування собі статусу приреченої людини, безперспективності, самозвинувачення. Відмічено, що у випадку застосування неефективних стратегій протидії стресу та психопатогенному впливу оточення самостигматизація при повторних зверненнях хворих також залишалась високою.

Важливим для онкологічного пацієнта є соціальне оточення (сім'я, друзі), яке забезпечує хворому емоційно сприятливе середовище для прояву переживань, їх інтеграції, мотивує до дій та створює зовнішній ресурс підтримки. Онкологічні хворі відзначали значну потребу у підтримці сім'ї та близьких і одночасно виражали інтенсивні негативні переживання, пов'язані з тим, що для рідних їх хвороба стала значним стресом, емоційним та фінансовим тягарем. На період діагностики та лікування пацієнти ставали центром сімейного функціонування. Члени сім'ї перебували під потрійним навантаженням: переживали власний психічний дистрес у зв'язку з онкологічною хворобою близької людини, виконували сімейні обов'язки хворого, займалися його психоемоційною підтримкою та брали участь в організації заходів по лікуванню. Вираженими були комунікативні проблеми у сім'ях з онкологічними хворими. Бесіди на тему онкологічного діагнозу були емоційно болісними для обох сторін: хворі боялися додатково травмувати родину своїми переживаннями та роздумами щодо захворювання, могли проектувати свою драматичність та гнів на оточуючих, тоді як члени сім'ї відчували свою безпорадність та некомпетентність у питаннях підтримки пацієнта, не знали, як відповідати та реагувати на страхи та депресивні висловлювання. Пригнічення негативних переживань призводило до емоційного дистанціювання, накопичення нерозрішеного психічного напруження, неузгодженості дій. Іншим варіантом поведінки була ситуація, коли онкологічні пацієнти інтенсивно виражали негативні емоції, потужно фруструючи родину, що також викликало бажання відгородитися від ситуації. На первинному етапі зіткнення з захворюванням члени родини часто були схильними проявляти гіперопіку, яка мала на меті максимально віддалити хворого від психотравмуючої ситуації та забезпечити йому комфорт і спокій. І дистанціювання, і гіперопіка були проявами порушення психологічної адаптації. Дистанціювання характеризувалося порушенням міжособистісного контакту з притаманними йому почуттями самотності, покинутості, безпорадності. Гіперопіку, навпаки, можна описати як співзалежність з розмиттям особистісних меж, перекладанням відповідальності на родича.

Важливим психосоціальним аспектом онкологічних захворювань була стигматизація та самостигматизація. Підозра на онкопатологію майже у всіх людей викликає емоційну реакцію шоку внаслідок існуючих у суспільстві уявлень щодо онкологічних захворювань. Онкологічні хвороби чітко асоціюються зі смертельним завершенням

та сильними стражданнями. Навіть найменша можливість бути онкохворим спричиняє тривогу та страхи, що діють на дезорганізують поведінку особистості. Проявами соціальної стигматизації щодо онкологічних пацієнтів є відчуження та дистанціювання оточення або навпаки, поява нетактовного інтересу. Психопатогенетичними складовими подібного міжособистісного явища є провокування власних переживань та страхів, пов'язаних зі смертю та стражданнями; недостатні навички взаємодії з людьми у стресі, коли відсторонення від онкохворого було результатом побоювань зробити чи сказати щось зайве, дискомфортні відчуття поряд з хворим; психологічна незрілість; соціальна байдужість, небажання мати справу з чужими проблемами; особистісні деформації.

Самостигматизація проявлялася у самовільному психологічному тавруванні себе як приреченої людини, поєднувалася з невиправдано песимістичними прогнозами щодо результатів лікування, знецінюванням себе як особистості та корисного члена суспільства, який, не зважаючи на хворобу, є повноцінним соціально активним індивідом. Очікування небажаної реакції з боку оточення – дистанціювання чи навпаки, надмірної опіки, – могло призводити до приховування свого діагнозу від оточення, яке мало на меті мінімізування міжособистісного фактора.

Базовими психосоціальними мішенями медико-психологічного впливу в онкології є зниження соціальної активності хворих у рамках нозогенної реакції на хворобу (психологічний компонент дезорганізації), труднощі комунікації з приводу онкологічного діагнозу, звуження кола спілкування, порушення міжособистісної взаємодії у сім'ї пацієнта, дезадаптивні моделі поведінки членів родини хворого у вигляді дистанціювання та гіперопіки, прояви стигматизації та самостигматизації хворого.

Висновки

1. Онкологічні захворювання відображалися на психосоціальному функціонуванні хворих. Основні психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів включали зниження соціальної активності, зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною, зменшення інтенсивності та зміну якості соціальної взаємодії, труднощі комунікації на тему онкологічного діагнозу, стигматизацію та самостигматизацію хворих.

2. Психосоціальні проблеми онкологічних пацієнтів різнилися залежно від етапу лікувального процесу. У хворих на діагностичному етапі та при первинному зверненні більшу вираженість мали прояви психогенно обумовленої дезорганізації соціальної активності, самостигматизація та труднощі комунікації з приводу хвороби. У пацієнтів з прогресуючою онкологічною патологією зниження соціального функціонування було пов'язано з погіршенням фізичного здоров'я, рівнем адаптивності стилю протидії нозогенному стресу.

3. Онкологічне захворювання провокувало порушення сімейного функціонування у родині онкологічного пацієнта, дезадаптивними моделями якого були дистанціювання чи гіперопіка.

4. Важливим психосоціальним аспектом онкологічних захворювань була стигматизація та самостигматизація. Проявами соціальної стигматизації були відчуження та

дистанціювання оточення, поява нетактовного інтересу, самостигматизації – самовільне таврування як приче-ної людини без соціальних перспектив.

5. На підставі оцінки особливостей психосоціального функціонування хворих з онкологічними захворюваннями визначено мішені медико-психологічної допомоги як важливої складової комплексної терапії для досліджуваного контингенту.

Список використаної літератури

1. Федоренко З. П. Рак в Україні 2013–2014 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. І. Михайлович та ін.; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm
2. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. – Oxford University press, 2015. – 808 p.
3. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Пiontkovska, І. Р. Кузьмелюк // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 4 (73). – С. 86–91.
4. Edwards B. The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety / B. Edwards, V. Clarke // *Psychooncology*. – 2004. – Vol. 8. – Issue 13. – P. 562–576.
5. Lukhmana S. Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi / S. Lukhmana, S. K. Bhasin, M. S. Bhatia // *Indian Journal of Cancer*. – 2015. – Vol. 52. – Issue 1. – P. 146–151.

6. *Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study* / M. K. Nielsen, M. A. Neergaard, A. B. Jensen [et al.] // *Support Care Cancer*. – 2016. – Vol. 24. – Issue 7. – P. 3057–3067.

References

1. Kolesnik, O. O., Fedorenko, Z. P., Hulak, L. O., Mykhailovych, Yu. I., Horokh, Ye. L. 6 Ryzhov, A. Yu., ... Kutsenko, L. B. (2015). *Rak v Ukraini 2013–2014* [Cancer in Ukraine 2013–2014]. Retrieved from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm (Accessed 05.05.2016)
2. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (2015). *Psycho-Oncology* (5th ed.). Oxford University Press, 808 p.
3. Markova, M. V., Piontkovska, O. V., & Kuzhel, I. R. (2012). *Stan ta perspektyvy rozvytku suchasnoi psykhonkolohii* [Status and prospects of contemporary psychooncology]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi* – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 20, issue 4 (73), pp. 86–91.
4. Edwards, B., & Clarke, V. (2004). The psychological impact of a cancer diagnosis on families: the influence of family functioning and patients' illness characteristics on depression and anxiety. *Psychooncology*, vol. 8, issue 13, pp. 562–576.
5. Lukhmana, S., Bhasin, S. K., & Bhatia, M. S. (2015). Family caregivers' burden: A hospital based study in 2010 among cancer patients from Delhi. *Indian Journal of Cancer*. Vol. 52, issue 1, pp. 146–151.
6. Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. B. (2016). Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care Cancer*, vol. 24, issue 7, pp. 3057–3067. doi: 10.1007/s00520-016-3120-7

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. Р. Мухаровская

Актуальность. Пациенты с онкологической патологией вследствие особенностей развития болезни, ее диагностики и лечения часто на длительное время исключаются из привычного ритма социальной жизни, меняется качество взаимодействия с окружающими, нарушается семейный гомеостаз.

Цель – на основании оценки особенностей психосоциального функционирования больных с онкологическими заболеваниями определить мишени медико-психологической помощи.

Материалы и методы исследования. На базе Киевского городского клинического онкологического центра в течение 2014–2016 гг. с помощью специально разработанного опросника и данных клинико-психологического интервью обследовано 422 онкологических пациента. Сформировано три группы: пациенты Г1 (n=80) находились на этапе диагностики и выбора методов противоопухолевого лечения, пациенты Г2 (n=187) проходили первичную терапию, пациенты Г3 (n=155) обратились в онкологический центр в связи с прогрессированием онкологической патологии.

Результаты. Психосоциальные проблемы больных с онкологическими заболеваниями имеют различное содержательное наполнение на разных этапах лечебного процесса. Для больных на диагностическом этапе и при первичном обращении большую выраженность имели проявления психогенно обусловленной дезорганизации социальной активности, самостигматизация и трудности коммуникации по поводу болезни. У пациентов с прогрессирующей онкологической патологией снижение социального функционирования было связано с ухудшением физического здоровья, уровнем адаптивности стиля противодействия нозогенному стрессу. Важным аспектом психосоциальной адаптации онкобольных были признаки стигматизации и самостигматизации. Выявлены дезадаптивные модели семейного функционирования в виде дистанцирования или гиперопеки.

Выводы. На основании оценки особенностей психосоциального функционирования больных с онкологическими заболеваниями определены мишени медико-психологической помощи как важной составляющей комплексной терапии для исследуемого контингента.

Ключевые слова: психосоциальное функционирование, онкология, медико-психологическая помощь, психосоциальное взаимодействие, стигматизация, психоонкология.

FEATURES OF PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH ONCOLOGY

I. R. Mukharovska

Background. Patients with oncology due to peculiarities of the disease, its diagnosis and treatment are often excluded from the normal rhythm of social life for a long time, changed their quality of interaction with others and disrupted family homeostasis.

Objective – based on an assessment of psychosocial functioning features of patients with oncology to determine the target of medical and psychological assistance.

Materials and methods. On the basis of the Kyiv City Clinical Oncology Center during 2014–2016 using a specially designed questionnaire and data clinico-psychological interview we surveyed 422 patients with oncology. Three groups were formed: patients of G1 (n=80) were at the stage of diagnosis and selection of anticancer treatments, patients of G2 (n=187) had the primary therapy, patients of G3 (n=155) appealed to the Oncology Center due to the progression of oncology.

Results. Psychosocial problems of patients with oncology have a different substantive content at different stages of the treatment process. In the diagnostic phase for patients and during the initial treatment had more severity of symptoms caused by psychogenic disorganization of social activity, self-stigma and the difficulty of communication about the disease. Decline of social functioning of patients with advanced oncology was associated with worsening physical health, level of adaptability style nozogenic counteract stress. Signs of stigma and self-stigma were an important aspect of psychosocial adaptation of patients with oncology. Disadaptive patterns of family functioning such as a distancing or overprotection were identified.

Conclusions. Based on the assessment of psychosocial functioning features of patients with oncology we identified target of medical and psychological care as an important component of complex therapy for the investigated population.

Key words: psychosocial functioning, oncology, medical and psychological care, psychosocial interactions, stigma, psycho-oncology.

Стаття надійшла до редакції 05.08.2016 р.

МУХАРОВСЬКА Інна Романівна, к. мед. н., лікар-психолог Київського міського клінічного онкологічного центру, м. Київ, e-mail: mukharovska.i@gmail.com

МУХАРОВСКАЯ Инна Романовна, к. мед. н., врач-психолог Киевского городского клинического онкологического центра, г. Киев, e-mail: mukharovska.i@gmail.com

MUKHAROVSKA Inna Romanivna, MD, PhD, Medical Psychologist of the Kyiv City Clinical Oncology Center, Kyiv, e-mail: mukharovska.i@gmail.com

А. Ю. Сидоренко

**СТРУКТУРА І ВИРАЖЕНІСТЬ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології
та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ
cardiodeti24@gmail.com

Актуальність. Через понаднормову працю, низьку зарплатню, високу вимогливість та відповідальність професії переважна більшість медичних працівників належить до групи ризику виникнення синдрому емоційного вигорання (СЕВ). Відомо, що вигорання та депресія можуть погіршувати якість життя лікарів та впливати на появу медичних помилок.

Мета – визначити особливості СЕВ у медичних працівників у кардіології та кардіохірургії.

Матеріал і методи. У анонімному дослідженні взяли участь 48 медичних працівників. Середній вік в групі становив $34 \pm 8,8$ років. Серед обстежених переважували жінки – 33 особи (68,75 %). Для дослідження стадії та компонентів СЕВ ми використовували методику В. Бойко.

Результати. За аналізом складових СЕВ виявлено, що 14,58 % медичних працівників мають сформовану фазу «напруження», у 39,58 % осіб була відмічена сформована фаза «резистентності», а 10,42 % медичних працівників вже перебувають у фазі «виснаження». У фазі «напруження» у лікарів та медичних сестер переважають такі складові СЕВ як психотравмуючі обставини, тривога та депресія. У фазі «резистентності», при усвідомленні наявності тривожної напруги, медичні працівники прагнуть уникати емоційно-вимогливих ситуацій за допомогою вибіркового реагування, розширення сфери економії емоцій та редукції професійних обов'язків. Для фази «виснаження» були характерні такі прояви як емоційний дефіцит, психосоматичні і психовегетативні порушення, емоційна та особистісна відстороненість.

Висновки. Впровадження психоосвітніх та психокорекційних заходів щодо зменшення СЕВ у медичних працівників залишається актуальною медико-психологічною задачею в галузі кардіології та кардіохірургії.

Ключові слова:
синдром емоційного
вигорання, медичні
працівники, кардіологія,
кардіохірургія.

Актуальність. Тема синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у медичній практиці залишається актуальною і сьогодні. Численні вітчизняні роботи звертають увагу на професійну дезадаптацію лікарів різних спеціальностей [1, 2]. Через понаднормову працю, низьку зарплатню, високу вимогливість та відповідальність професії переважна більшість медичних працівників перебувають у групі ризику виникнення СЕВ.

У 1999 році в Сполучених Штатах Америки було повідомлено, що щорічно майже 100 000 пацієнтів помиляються через медичні помилки або побічні ефекти, яких можна було б уникнути [3]. У іншому дослідженні було підкреслено, що через медичні похибки госпіталізують до 10 % пацієнтів [4]. Медичні помилки включають в себе широкий спектр ситуацій (наприклад, неправильно призначена доза препарату, нездатність розпізнати алергічну реакцію або вчасно встановити діагноз). Хірургічні похибки можуть включати неправильну техніку та локалізацію оперативного втручання, помилки, пов'язані з непотрібністю операції або хибним її відтермінуванням.

За визначенням американського коледжу хірургів, медичні помилки – це діяльність або бездіяльність лікаря з потенційно негативними наслідками для пацієнта, яка оцінюється більш кваліфікованими колегами, в час коли це сталося, незалежно від того, чи були які-небудь негативні наслідки [5]. У дослідженні 30-денної смертності після 7000 операцій, проведених впродовж одного року, було припущено, що 12,6 % післяопераційних смертей були пов'язані з медичними помилками [6]. Крім того, вивчаючи вплив медичних помилок на здоров'я пацієнтів дослідники пропонують звертати також увагу на те, що медичні огріхи в роботі можуть викликати значний емоційний дистрес у лікарів, і це може тривати роками після того, як помилка сталася [7]. Підкреслюється також небажання лікарів розкривати свої помилки пацієнтам та колегам, однак така ситуація різнилась залежно від спеціальності. За деякими даними, саме хірурги найнеохочіше розкривають свої помилки [8].

Відомо, що вигорання та депресія можуть погіршувати якість життя лікарів та впливати на появу ме-

дичних помилок [9]. У багатовимірному аналізі зв'язку особистісних і професійних факторів та медичних помилок серед 7905 хірургів було виявлено, що вигорання та депресія залишаються незалежними предикторами появи медичних огріхів. Водночас у цьому великому дослідженні не було виявлено зв'язку між медичними помилками та такими особливостями роботи як кількість позачергових викликів, установчі правила, метод компенсації та кількість робочих годин [10].

Дослідження, проведене серед кардіохірургів та кардіоанестезіологів у Литві, виявило, що 62 % лікарів мали СЕВ, в тому числі у 19,3 % спеціалістів відзначалось емоційне виснаження, у 25,9 % осіб виявлено деперсоналізацію, а у 42,3 % – низький рівень особистісних досягнень у роботі [11]. Аргентинські ж дослідники, вивчаючи СЕВ, відмітили, що кардіологи-резиденти змушені працювати в середньому 64 години на тиждень як правило на двох роботах [12]. Вчасна діагностика та корекція СЕВ у кардіологічній та кардіохірургічній практиці є важливим елементом ефективності лікування хворих, профілактики дезадаптації медичних працівників та зменшення їх професійних помилок.

Мета нашого дослідження – визначити особливості синдрому емоційного вигорання в медичних працівників у кардіології та кардіохірургії для оптимізації робочого процесу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». В анонімному обстеженні взяли участь 48 медичних працівників: 26 лікарів (13 кардіологів, 9 хірургів та 4 анестезіологи-реаніматологи) та 22 медичні сестри. Середній вік становив $34 \pm 8,8$ років. Серед обстежених превалювали жінки – 33 особи (68,75 %).

Для дослідження стадії та компонентів СЕВ ми використовували методику В. Бойко, розроблену в 1996 році [13]. Опитувальник складається з 84 пунктів, які згруповані у 12 шкал та три фази СЕВ, а саме: «напруження», «резистенція» та «виснаження». Симптом фази при сумі балів менше 9 ми вважали несформованим, при сумі 10–19 балів – таким, що знаходиться у стадії формування, при сумі балів більше 20 – сформованим. При сумі балів за фазу менше 36 ми оцінювали цю фазу як несформовану, при сумі балів 37–60 – як таку, що знаходиться у стадії формування, при сумі балів більше 60 – як сформовану фазу СЕВ. Отримані результати дослідження аналізували з використанням пакета програм «STATISTICA 7.0».

Результати та їх обговорення

За аналізом складових СЕВ виявлено, що 7 (14,58 %) медичних працівників мають сформовану фазу «напруження». В цій фазі основною формуючою складовою є переживання психотравмуючих обставин. Кількісні результати складових СЕВ у медичних працівників кардіологічної та кардіохірургічної сфери представлені в таблиці 1.

У 19 (39,58 %) осіб була відмічена сформована фаза «резистенція», основними формуючими складовими якої виявились неадекватне емоційно-вибіркове реагу-

вання, розширення сфери економії емоцій та редукція професійних обов'язків. Також були виявлено, що 5 (10,42 %) медичних працівників вже перебувають на стадії «виснаження». Дані про відсоткову частку лікарів і медичних сестер зі сформованим симптомом чи фазою СЕВ представлені у таблиці 2.

Статистично значимі розбіжності проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів та медсестер відсутні у всіх його фазах.

У фазі «напруження» у лікарів та медичних сестер переважають такі складові СЕВ як психотравмуючі обставини, тривога та депресія, що в цілому свідчить про тяжкість переживання медичними працівниками кардіологічного та кардіохірургічного профілю робочих подій. У фазі «резистенція», при усвідомленні наявності тривожної напруги, лікарі та медсестри прагнуть уникати емоційно-вимогливих ситуацій за допомогою вибіркового реагування, розширення сфери економії емоцій та редукції професійних обов'язків. Для фази «виснаження» були характерні такі прояви як емоційний дефіцит, психосоматичні і психовегетативні порушення, емоційна та особистісна відстороненість.

Таким чином, формування СЕВ спостерігалось у 31 (64,58 %) особи, що підкреслює необхідність впровадження елементів медико-психологічної допомоги для працівників кардіологічного та кардіохірургічного профілю.

Роль адміністрації у подоланні СЕВ. Дані літератури пропонують модель [14], яка має включати контроль робочих потреб з підтриманням можливості працівників висловлюватись та впливати на підвищення ефективності

Таблиця 1. Показники складових синдрому емоційного вигорання у медичних працівників кардіологічного та кардіохірургічного профілю

Складові синдрому емоційного вигорання	Кількість балів у медичних працівників (n=48)
	Медіана, (25 %; 75 % перцентиль)
Фаза «напруження»	28 (13,5; 40,5)
– Переживання психотравмуючих обставин	10 (5; 22)
– Незадоволеність собою	3 (1; 6,5)
– «Загнаність в клітку»	2 (0; 7)
– Тривога і депресія	8 (4; 15)
Фаза «резистенція»	55 (34,5; 64)
– Неадекватне емоційно-вибіркове реагування	17 (15; 22)
– Емоційно-моральна дезорієнтація	7 (5; 12)
– Розширення сфери економії емоцій	13 (6; 21)
– Редукція професійних обов'язків	12 (5; 20)
Фаза «виснаження»	30 (4,5; 20)
– Емоційний дефіцит	8 (4; 12)
– Емоційна відстороненість	8 (3; 10)
– Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	8 (1,5; 10)
– Психосоматичні і психовегетативні порушення	7 (3; 10)
Загальний показник	119 (79; 145,5)

Таблиця 2. Частка лікарів і медичних сестер зі сформованим симптомом чи фазою синдрому емоційного вигорання

Складові синдрому емоційного вигорання	Лікарі (n = 26) Абс. число (%)	Медичні сестри (n = 22) Абс. число (%)	p
Фаза «напруження»	2 (7,69)	5 (22,73)	p>0,05
– Переживання психотравмуючих обставин	11 (42,31)	6 (27,27)	p>0,05
– Незадоволеність собою	0	1 (4,55)	p>0,05
– «Загнаність в клітку»	0	4 (18,18)	p>0,05
– Тривога і депресія	6 (23,08)	4 (18,18)	p>0,05
Фаза «резистенція»	10 (38,46)	9 (40,91)	p>0,05
– Неадекватне емоційно-вибіркове реагування	17 (65,38)	12 (54,55)	p>0,05
– Емоційно-моральна дезорієнтація	4 (15,38)	3 (13,64)	p>0,05
– Розширення сфери економії емоцій	8 (30,77)	9 (40,91)	p>0,05
– Редукція професійних обов'язків	8 (30,77)	10 (45,45)	p>0,05
Фаза «виснаження»	2 (7,69)	3 (13,64)	p>0,05
– Емоційний дефіцит	3 (11,54)	0	p>0,05
– Емоційна відстороненість	1 (3,85)	3 (13,64)	p>0,05
– Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	2 (7,69)	5 (22,73)	p>0,05
– Психосоматичні і психовегетативні порушення	2 (7,69)	3 (13,64)	p>0,05

використання робочого часу (моделювати темп роботи або звести до мінімуму перерви та заповнення документації), сприяння розширенню участі медичної сестри і лікаря в прийнятті рішень та моніторингу навантаження, а також допомогу в орієнтації нових лікарів, щоб вони змогли встановити адекватні очікування щодо роботи.

Роль медичного психолога в подоланні СЕВ – регулярна діагностика СЕВ серед медичного персоналу, впровадження психоосвітнього тренінгу з запобігання виникненню медичних помилок та налагодження командної роботи, запровадження регулярної роботи Балінтовських груп [15].

Висновки

Формування СЕВ виявлено у 31 (64,58 %) обстеженого медичного працівника кардіологічного та кардіохірургічного профілю.

Сформовану фазу «напруження» мали 7 (14,58 %) осіб, фазу «резистенції» – 19 (39,58 %), фазу «виснаження» – 5 (10,42 %) обстежених.

Високий рівень поширеності СЕВ серед працівників кардіологічного та кардіохірургічного профілю вимагає впровадження в щоденну роботу медиків психоосвітніх та психокорекційних заходів.

Список використаної літератури

1. Маркова М. В. Профессиональный дистресс у лиц, оказывающих помощь в сфере детской онкологии: причины возникновения, клинические проявления, содержание медико-психологической помощи / М. В. Маркова, О. В. Пионтковская // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 1 (11). – С. 34–44.

2. Пшук Н. Г. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 151–155.
3. Kohn L. To Err is Human: Building a Safer Health System / L. Kohn, J. Corrigan, M. Donaldson eds. // Washington, D.C.: National Academy Press. – 1999. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.csen.com/err.pdf> (дата звернення 10.05.2016).
4. Chaudhry S. I. Detection of errors by attending physicians on a general medicine service / S. I. Chaudhry, K. A. Olofinboba, H. M. Krumholz // J. Gen. Intern. Med. – 2003. – № 18. – P. 595–600.
5. The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care / F. D. Griffen, L. S. Stephens, J. B. Alexander [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2007. – Vol. 204, issue 4. – P. 561–569.
6. Thirty-day postoperative death rate at an academic medical center / J. F. Calland, R. B. Adams, D. K. Benjamin [et al.] // Ann. Surg. – 2002. – Vol. 235, issue 5. – P. 690–696.
7. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada / A. D. Waterman, J. Garbutt, E. Hazel [et al.] // Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf. – 2007. – Vol. 33, № 8. – P. 467–476.
8. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients / T. H. Gallagher, J. M. Garbutt, A. D. Waterman [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2006. – Vol. 166, № 15. – P. 1585–1593.
9. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study / A. M. Fahrenkopf, T. C. Sectish, L. K. Barger [et al.] // BMJ. – 2008. – № 336. – P. 488–491.
10. Burnout and medical errors among American surgeons / T. D. Shanafelt, C. M. Balch, G. Bechamps [et al.] // Annals of Surgery. – 2009. – Vol. 251, № 6. – P. 995–1000.
11. Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists / A. Mikalauskas, E. Širvinskis, I. Marchertienė [et al.] // Medicina (Kaunas). – 2012. – Vol. 48, № 9. – P. 478–484.
12. Waldman S. V. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina / S. V. Waldman, J. C. Diez, H. C. Arazi [et al.] // Acad. Psychiatry. – 2009. – Vol. 33, issue 4. – P. 296–301.
13. Бойко В. В. Психоенергетика / В. В. Бойко. – СПб.: Пупер, 2008. – 416 с.
14. Schmoldt R. A. Physician burnout: recommendations for HMO managers / R. A. Schmoldt, D. K. Freeborn, H. D. Klevit // HMO Pract. – 1994. – Vol. 8, № 2. – P. 58–66.
15. Kjeldmand D. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners / D. Kjeldmand, I. Holmström // Ann. Fam. Med. – 2008. – Vol. 6, issue 2. – P. 138–145.

References

1. Markova, M. V., & Pyontkovska, O. V. (2013). Professional'nijj distress u lic, okazvajushhih pomoshh' v sfere detskoy onkologii: prichiny vozniknovenija, klinicheskie pojavlenija, sodержanie mediko-psihologicheskoy pomoshhi [Professional distress in caregivers in the field of pediatric oncology: causes, clinical manifestations, medical and content of psychological assistance]. Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija – Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology, no. 1 (11), pp. 34–44.
2. Pshuk, N. H., & Kaminska, A. O. (2013). Problema profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurgichnogo ta terapevtichnogo profilu [The problem of professional disadaptation of surgery and therapeutic profile doctors]. Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry, vol. 19, no. 2 (73), pp. 151–155.
3. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from: <http://www.csen.com/err.pdf> (accessed 10.05.2016).
4. Chaudhry, S. I., Olofinboba, K. A., & Krumholz, H. M. (2003). Detection of errors by attending physicians on a general medicine service. J. Gen. Intern. Med., issue 18, pp. 595–600.
5. Griffen, F. D., Stephens, L. S., Alexander, J. B., Bailey, H. R., Maizel, S. E., Sutton, B. H., & Posner, K. L. (Apr 2007). The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care. Journal of the American College of Surgeons, vol. 204, issue 4, pp. 561–569. Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.01.013
6. Calland, J. F., Adams, R. B., Benjamin, D. K., Jr., O'Connor, M. J., Chandrasekhara, V., Guerlain, S., & Jones, R. S. (May 2002). Thirty-day postoperative death rate at an academic medical center. Ann. Surg., vol. 235, issue 5, pp. 690–696.
7. Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (Aug 2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Jt Comm J Qual Patient Saf., vol. 33, no. 8, pp. 467–476.
8. Gallagher, T. H., Garbutt, J. M., Waterman, A. D., Flum, D. R., Larson, E. B., Waterman, B. M., ... Levinson, W. (14 Aug 2006). Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. Arch Intern Med., vol. 166, no. 15, pp. 1585–1593. Doi: 10.1001/archinte.166.15.1585
9. Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... Landrigan, C. P. (28 Feb 2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ, issue 336, pp. 488–491. Doi: 10.1136/bmj.39469.763218.BE

10. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. (Jun 2009). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, vol. 251, issue 6, pp. 995-1000. Doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bdfdb3
11. Mikalauskas, A., Širvinskas, E., Marchetienė, I., Macas, A., Samalavičius, R., Kinduris, S., & Benetis, R. (2012). Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists. *Medicina (Kaunas)*, vol. 48, issue 9, pp. 478-484.
12. Waldman, S. V., Diez, J. C., Arazi, H. C., Linetzy, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad. Psychiatry*, vol. 33, issue 4, pp. 296-301. Doi: 10.1176/appi.ap.33.4.296
13. Bojko, V. V. (2008). *Psichojenergetika [Psycho-energetics]*. Saint Petersburg, Piter, 416 p.
14. Schmoldt, R. A., Freeborn, D. K., & Klevit, H. D. (1994). Physician burnout: recommendations for HMO managers. *HMO Pract.*, vol. 8, issue 2, pp. 58-66.
15. Kjeldmand, D., & Holmström, I. (2008). Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann. Fam. Med.*, vol. 6, issue 2, pp. 138-145. Doi: 10.1370/afm.813

СТРУКТУРА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А. Ю. Сидоренко

Актуальность. Вследствие сверхурочной работы, низкой зарплаты, высокой требовательности и ответственности профессии подавляющее большинство медицинских работников находится в группе риска возникновения синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Известно, что выгорание и депрессия могут ухудшать качество жизни врачей и влиять на появление медицинских ошибок.

Цель – определить особенности СЭВ у медицинских работников в кардиологии и кардиохирургии.

Материал и методы исследования. В анонимном исследовании приняли участие 48 медицинских работников. Средний возраст в группе составил 34±8,8 лет. Среди обследованных преобладали женщины – 33 человека (68,75 %). Для определения стадии и компонентов СЭВ мы использовали методику В. Бойко.

Результаты. По анализу составляющих СЭВ выявлено, что 14,58 % медицинских работников имеют сложившуюся фазу «напряжения», у 39,58 % лиц была отмечена сформированная фаза «резистенции», а 10,42 % медицинских работников уже находятся в фазе «истощения». В фазе «напряжения» у врачей и медицинских сестер преобладают такие составляющие СЭВ как психотравмирующие обстоятельства, тревога и депрессия. В фазе «резистенция», при осознании наличия тревожного напряжения, медицинские работники стараются избегать эмоционально-требуемых ситуаций с помощью выборочного реагирования, расширения сферы экономии эмоций и редукции профессиональных обязанностей. Для фазы «истощения» были характерны такие проявления как эмоциональный дефицит, психосоматические и психовегетативные нарушения, эмоциональная и личностная отстраненность.

Выводы. Внедрение психообразовательных и психокоррекционных мероприятий по уменьшению СЭВ у медицинских работников остается актуальной медико-психологической задачей в области кардиологии и кардиохирургии.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, медицинские работники, кардиология, кардиохирургия.

STRUCTURE AND SEVERITY OF BURNOUT IN MEDICAL WORKERS OF CARDIOSURGICAL PROFILE

A. Yu. Sydorenko

Background. As a result of overtime, low wages, high standards and accountability profession vast majority of medical workers are at risk of the syndrome of emotional burnout. It is known that burnout and depression can impair the quality of life of physicians and affect the appearance of medical errors.

Objective – to define the features of burnout syndrome in medical workers in cardiology and cardiac surgery.

Materials and methods. In an anonymous study involved 48 medical workers. The average age in the group was 34±8.8 years. Women predominate among surveyed – 33 people (68,75 %). To determine the stage and burnout components, we used a technique V. Boyko.

Results. According to the analysis of the components of burnout syndrome revealed that 14,58 % of medical workers have the current phase of “tension”; 39,58 % of persons was formed phase marked as «resistance», and 10,42 % of medical workers already are in the «exhaustion» phase. In the phase of «tension» of physicians and nurses is dominated such components of the burnout syndrome as stressful circumstances, anxiety and depression. In the «resistance» phase, the awareness of the presence of anxiety tension, medical workers try to avoid emotionally demanding situations by using selective response, expand the scope of economy of emotions and reduction of professional duties. The phase of “exhaustion” was characterized by such symptoms as an emotional deficit, psychosomatic and psycho-vegetative disorders, emotional and personal estrangement.

Conclusions. Implementation of psychoeducational and psychological correction measures to reduce burnout in health care workers remains an urgent medical and psychological task in the area of cardiology and cardiac surgery.

Key words: burnout syndrome, health care workers, cardiology, cardiac surgery.

Стаття надійшла до редакції 12.06.2016 р.

СИДОРЕНКО Анастасія Юріївна, кандидат медичних наук, медичний психолог Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

СИДОРЕНКО Анастасія Юрьевна, кандидат медицинских наук, медицинский психолог Государственного учреждения «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

SYDORENKO Anastasiia Yuriivna, MD, PhD, Medical Psychologist of the State Institution “Scientific and Practical Medical Centre of Pediatric Cardiology and Cardiosurgery of Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

М. А. Юдін

**ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ
З ДИСГАРМОНІЙНИМ САМОВІДНОШЕННЯМ ТА ЗНИЖЕНОЮ САМООЦІНКОЮ**

Медичний центр «СА-КЛІНІК», м. Київ

yudin.ma@gmail.com

Ключові слова:
пацієнти
косметологічного
профілю, особистісні
особливості,
психодерматологія,
медична косметологія,
типи самовідношення.

Актуальність. У сприйнятті свого зовнішнього образу важливе значення мають особистісні властивості та установки. На тлі дерматологічних чи косметологічних дефектів можуть формуватися клінічно окреслені психічні порушення.

Мета – виявити особистісні особливості пацієнтів косметологічного профілю з дисгармонійним типом самовідношення та зниженою самооцінкою.

Матеріали та методи. У тестуванні взяли участь 202 жінки – клієнтки медичного центру «СА-КЛІНІК» (м. Київ), які були поділені на дві групи залежно від критерію самовідношення: групу 1 склали особи з дисгармонійним типом з тенденцією до зниженої самооцінки ($n = 108$), групу порівняння – жінки з гармонійним типом ($n = 96$). У дослідженні використано Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В).

Результати. У жінок з дисгармонійним типом самовідношення та зниженою самооцінкою були вищими рівні невротичності, депресивності, сором'язливості та емоційної лабільності, з гармонійним – комунікабельності, урівноваженості та екстраверсії. Медико-психологічна допомога жінкам з дисгармонійним типом самовідношення включала психокорекцію дезадаптивних особистісних рис.

Висновки. Виявлено суттєві відмінності у особистісних профілях жінок залежно від типу гармонійності самовідношення. Жінки з дисгармонійним типом самовідношення становлять групу ризику щодо розвитку особистісної та психосоціальної дезадаптації. Медико-психологічна допомога жінкам з дисгармонійним типом самовідношення та зниженою самооцінкою є важливою складовою відновлення психічного здоров'я та профілактики психічних порушень.

Актуальність. Сучасний стан розвитку косметологічної медицини дозволяє суттєво впливати на зовнішній вигляд, збільшувати привабливість, сповільнювати старіння та моделювати свій образ.

На сьогодні зовнішній вигляд людини має не лише особистісну, але і соціальну значимість [1]. Фізична привабливість стає провідним чинником при становленні міжособистісних контактів, асоціюється з більшою соціальною успішністю, є одним з критеріїв відбору на роботу.

Косметологічна медицина та естетична хірургія займаються корекцією реальних дефектів зовнішності та часто виконують замісну психологічну функцію. Розвиток косметології стимулюють нові здобутки в медичних технологіях, зростання значення зовнішньої привабливості у суспільстві, постійна зміна стандартів краси, підвищення матеріальної забезпеченості певних груп населення.

Краса для жінок має значно більшу цінність, ніж для чоловіків, адже асоціюється з жіночністю та жіночним началом, що робить проблеми із зовнішністю вкрай психотравмуючими [2–4].

Переважає більшість лікарів-дерматологів відзначають вагому роль психоемоційних факторів у розвитку та

перебігу шкірної патології. У пацієнтів, які звертаються за косметологічним лікуванням, виявляють підвищення тривожності, симптоми депресивного кола, погіршення загального самопочуття, зниження активності, зміни самооцінки, самовідношення, порушення у міжособистісних стосунках [5]. На фоні дерматологічних чи косметологічних дефектів можуть формуватися клінічно окреслені психічні порушення [6–8]. Окрім об'єктивних проявів «некраси», важливим є суб'єктивне сприйняття своєї зовнішності, в якому важливе значення відіграють особистісні властивості та установки.

Мета дослідження – виявити особистісні особливості у пацієнтів косметологічного профілю з дисгармонійним типом самовідношення і зниженою самооцінкою.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили на базі медичного центру «СА-КЛІНІК» (м. Київ) протягом 2014–2016 років. У тестуванні взяли участь 202 жінки, які звернулися за косметологічною допомогою. Опитуваних було поділено на групи на основі критерію самовідношення: групу 1 склали особи з дисгармонійним типом з тенденцією до зниженої самооцінки (Г1, $n=108$), групу порівняння –

жінок з гармонійним типом (ГП, $n=96$). Розподіл пацієнтів косметологічного профілю на групи за критерієм самовідношення ґрунтувався на засадах теорій структури особистості та формування образу тіла. Відношення до самого себе, самосприйняття та самооцінка – це важливі складові у структурі особистості, які визначають соціальну поведінку індивіда та мають значення для формування системи міжперсональних зв'язків. Сприйняття свого зовнішнього вигляду залежить від самооцінки як компонента самовідношення та обумовлено суб'єктивним сприйняттям свого образу тіла.

Психодіагностичний інструментарій – Фрайбурзький особистісний опитувальник (FPI, форма В). Статистичну обробку проводили у MS Excel v.8.0.3, застосовано параметричний t-критерій Стюдента для виявлення різниці досліджуваних показників у групах.

Результати та їх обговорення

У жінок з Г1 були вищими рівні невротичності ($5,29 \pm 1,28$ балів у Г1 проти $4,88 \pm 1,50$ балів у ГП), депресивності ($5,28 \pm 1,50$ балів проти $4,81 \pm 1,33$ балів), сором'язливості ($5,30 \pm 1,28$ балів проти $4,86 \pm 1,12$ балів), емоційної лабільності ($5,18 \pm 1,16$ балів проти $4,82 \pm 1,20$ балів), тоді як у опитуваних з ГП – комунікабельності ($5,04 \pm 1,01$ балів проти $5,33 \pm 1,16$ балів), урівноваженості ($5,0 \pm 1,17$ балів проти $5,31 \pm 1,04$ балів), екстраверсії ($4,77 \pm 1,14$ балів проти $5,23 \pm 1,29$ балів), $p < 0,05$ (табл. 1.)

Суттєвої різниці у показниках між групами не було виявлено щодо спонтанної ($4,10 \pm 0,96$ балів у Г1 та $4,16 \pm 1,0$ балів у ГП) та реактивної агресивності ($4,10 \pm 0,80$ балів та $4,05 \pm 0,75$ балів), дратівливості ($5,06 \pm 1,38$ балів та $4,89 \pm 1,19$ балів), відкритості ($5,02 \pm 1,33$ балів та $5,18 \pm 1,59$ балів) та рівня фемінних якостей ($4,22 \pm 0,67$ балів та $4,24 \pm 0,72$ балів).

Аналіз за рівнем прояву особистісних рис виявив тенденцію до зменшення часток з низькою та збільшення з високою вираженістю у жінок з Г1 рис невротичності, депресивності, дратівливості, сором'язливості та емоційної лабільності, у опитуваних з ГП – комунікабельності, урівноваженості, відкритості, екстраверсії (табл. 2).

Жінкам з дисгармонійним типом самовідношення та зниженою самооцінкою були притаманні тривожність, настороженість щодо реальних чи уявних небезпек, емоційна нестійкість, підвищена дратівливість, психічна виснажливості, інтровертованість, песимістичність, зниження настрою у відповідь на життєві проблеми, пасивно-оборонна поведінка, схильність до психосоматичного розрешення внутрішніх конфліктів, амбівалентне ставлення до свої якостей як особистості, невпевненість, скутість, сором'язливість.

Жінки з гармонійним самовідношенням відзначалися комунікабельністю, врівноваженістю, активністю, емоційною стабільністю, відкритістю, екстравертованістю, оптимістичним сприйняттям реальності, вірою в себе, позитивним сприйняттям своєї особистості, високою соціальною впевненістю.

Особливості особистісного профілю жінок з дисгармонійним типом самовідношення були підґрунтям для підтримання негативного самосприйняття та амбівалентного ставлення до власної особистості, несприятливо впливали на взаємовідносини з оточуючими, знижуючи соціальну впевненість.

Медико-психологічна допомога для жінок з дисгармонійним самовідношенням включала психокорекцію дезадаптивних особистісних рис:

- усвідомлення впливу особистісних властивостей на самосприйняття;
- підсилення адаптивних якостей;
- підвищення комунікативної компетентності та соціальної впевненості;
- зростання стресостійкості та навиків протидії стресу.

Висновки

1. Виявлено суттєві відмінності у особистісних профілях жінок залежно від типу рівня гармонійності самовідношення. У жінок з дисгармонійним типом та зниженою самооцінкою були вищими рівні невротичності, депресивності, сором'язливості та емоційної лабільності, тоді як у жінок з гармонійним – комунікабельності, урівноваженості та екстраверсії, $p < 0,05$.

2. Особливості особистісного профілю жінок з дисгармонійним типом самовідношення є підґрунтям для підтримання негативного самосприйняття та амбіва-

Таблиця 1. Вираженість особистісних рис у опитуваних з Г1 та ГП

Риса	Г1, $n=108$	ГП, $n=96$
Невротичність	$5,29 \pm 1,28^*$	$4,88 \pm 1,50^*$
Спонтанна агресивність	$4,10 \pm 0,96$	$4,16 \pm 1,0$
Депресивність	$5,28 \pm 1,50^*$	$4,81 \pm 1,33^*$
Дратівливість	$5,06 \pm 1,38$	$4,89 \pm 1,19$
Комунікабельність	$5,04 \pm 1,01^*$	$5,33 \pm 1,16^*$
Урівноваженість	$5,0 \pm 1,17^*$	$5,31 \pm 1,04^*$
Реактивна агресивність	$4,10 \pm 0,80$	$4,05 \pm 0,75$
Сором'язливість	$5,30 \pm 1,28^*$	$4,86 \pm 1,12^*$
Відкритість	$5,02 \pm 1,33$	$5,18 \pm 1,59$
Екстра-інтроверсія	$4,77 \pm 1,14^*$	$5,23 \pm 1,29^*$
Емоційна лабільність	$5,18 \pm 1,16^*$	$4,82 \pm 1,20^*$
Маскулінізм/фемінізм	$4,22 \pm 0,67$	$4,24 \pm 0,72$

Примітка. * – $p < 0,05$ за Т-критерієм.

Таблиця 2. Структура інтенсивності прояву особистісних рис, %

Риса	Г1, $n=108$			ГП, $n=96$		
	Н	С	В	Н	С	В
Невротичність	3,7	81,5	14,8	10,4	82,3	7,3
Спонтанна агресивність	26,9	69,4	3,7	24,0	69,8	6,3
Депресивність	13,9	61,1	25,0	20,8	66,7	12,5
Дратівливість	8,3	75,0	16,7	14,6	76,0	9,4
Комунікабельність	8,3	85,2	6,5	6,3	78,1	15,6
Урівноваженість	8,3	79,7	12,0	3,1	79,2	17,7
Реактивна агресивність	18,5	79,6	1,9	22,9	77,1	0
Сором'язливість	14,9	65,7	19,4	20,8	71,9	7,3
Відкритість	13,9	77,8	8,3	9,4	72,9	17,7
Екстра-інтроверсія	13,0	83,3	3,7	5,2	83,3	11,5
Емоційна лабільність	9,3	80,6	10,1	14,6	77,1	8,3
Маскулінізм/фемінізм	13,9	86,1	0	16,7	83,3	0

Примітка. Н – низький (1 – 3 бали), С – середній (4 – 6 балів) та В – високий рівень прояву риси (7 – 9 балів).

лентного ставлення до власної особистості, несприятливо впливають на стосунки з оточуючими, знижують соціальну впевненість.

3. Жінки з дисгармонійним типом самовідношення становлять групу ризику щодо розвитку особистісної та психосоціальної дезадаптації.

4. Медико-психологічна допомога для жінок з дисгармонійним самовідношенням та зниженою самооцінкою є важливою складовою відновлення психічного здоров'я та профілактики психічних порушень.

Список використаної літератури

- Бекетова Н. М. Косметологические процедуры в дерматологической практике: взгляд практикующего специалиста в области психодерматологии / Н. М. Бекетова // Косметика и медицина. – 2014. – № 4. – С. 74–81.
- Александров А. А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица / А. А. Александров, Е. С. Бажненко // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 52–66.
- Боднар Л. А. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики / Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. – 2011. – Випуск 1–2 (30–31). – С. 4–7.
- Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party / A. Bewley, A. Affleck, C. Bundy [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2013. – Vol. 168, issue 6. – P. 1149–1150. Doi: 10.1111/bjd.12330
- Sats, E. A. (2015). Osobennosti samosoznaniya u zhenshin-klientov kosmetologicheskikh uslug [Features of consciousness of women as clients of cosmetic services]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education, no. 1-1. Retrieved from: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-samosoznaniya-u-zhenshin-klientov-kosmetologicheskikh-uslug> (accessed 12.05.2016).
- Ghosh, S., Behere, R. V., Sharma, P., & Sreejayan, K. (2013). Psychiatric evaluation in dermatology: an overview. Indian Journal of Dermatology, vol. 58, issue 1, pp. 39 – 43.
- Filaković, P., Petek, A., Kočić, O., Radanović-Grgurić, L., & Degmečić, D. (2009). Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects. Psychiatr. Danub., vol. 21, no. 3, pp. 401–410.
- Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C., & Rivitti, E. A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. Journal of American Academic Dermatology, vol. 63, issue 2, pp. 235–243. Doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

References

- Beketova, N. (2014). Kosmetologicheskie procedury v dermatologicheskoy praktike: vzglyad praktikujushhego specialista v oblasti psihodermatologii [Cosmetic procedures in dermatological practice: view of practitioner in psychodermatology]. Kosmetika i medicina – Cosmetics and medicine, issue 4, pp. 74–81.
- Aleksandrov, A. A., & Bagnenko, E. S. (2012). Psihologicheskie harakteristiki zhenshin s kosmeticheskimi defektami kozhi lica [Psychological characteristics of women with cosmetic skin defects]. Vestnik psihoterapii – Journal of psychotherapy, issue 41 (46), pp. 52–66.
- Bodnar, L. A. (2011). Kliniko-psykhopatologichni ta patopsykholohichni kharakterystyky patsientiv, yaki zvertalysia do plastychnykh khirurhiv dlia provedennia rynoplastyky [Clinical and psychopathological pathopsychological characteristics of patients who appealed to the plastic surgeons for rhinoplasty]. Psykhichne zdorov'ia – Mental health, issue 1-2 (30–31), pp. 4–7.
- Bewley, A., Affleck, A., Bundy, C., Higgins, E., & McBride, S. (2013). Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party. Br. J. Dermatol., vol. 168, issue 6, pp. 1149–1150. Doi: 10.1111/bjd.12330
- Sats, E. A. (2015). Osobennosti samosoznaniya u zhenshin-klientov kosmetologicheskikh uslug [Features of consciousness of women as clients of cosmetic services]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya – Modern problems of science and education, no. 1-1. Retrieved from: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-samosoznaniya-u-zhenshin-klientov-kosmetologicheskikh-uslug> (accessed 12.05.2016).
- Ghosh, S., Behere, R. V., Sharma, P., & Sreejayan, K. (2013). Psychiatric evaluation in dermatology: an overview. Indian Journal of Dermatology, vol. 58, issue 1, pp. 39 – 43.
- Filaković, P., Petek, A., Kočić, O., Radanović-Grgurić, L., & Degmečić, D. (2009). Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects. Psychiatr. Danub., vol. 21, no. 3, pp. 401–410.
- Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C., & Rivitti, E. A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. Journal of American Academic Dermatology, vol. 63, issue 2, pp. 235–243. Doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ДИСГАРМОНИЧНЫМ САМООТНОШЕНИЕМ И СНИЖЕННОЙ САМООЦЕНКОЙ

М. А. Юдин

Актуальность. В восприятии своего внешнего образа важную роль играют личностные особенности и установки. На фоне дерматологических или косметологических дефектов могут формироваться клинически очерченные психические нарушения.

Цель – выявить личностные особенности у пациентов косметологического профиля с дисгармоничным типом самооотношения и сниженной самооценкой.

Контингент и методы исследования. В тестировании приняли участие 202 женщины – клиентки медицинского центра «СА-КЛИНИК» (г. Киев), которые были разделены на две группы в зависимости от критерия самооотношения: группу 1 составили лица с дисгармоничным типом с тенденцией к заниженной самооценке (n = 108), группу сравнения – женщины с гармоничным типом (n = 96). В исследовании использован Фрайбургский личностный опросник (FPI, форма В).

Результаты. У женщин с дисгармоничным типом самооотношения и сниженной самооценкой были выше уровни невротичности, депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности, тогда как у женщин с гармоничным – коммуникабельности, уравновешенности и экстраверсии. Медико-психологическая помощь для женщин с дисгармоничным типом самооотношения включала психокоррекцию дезадаптивных личностных черт.

Выводы. Выявлены существенные различия в личностных профилях женщин в зависимости от типа уровня гармоничности самооотношения. Женщины с дисгармоничным типом самооотношения составляют группу риска по развитию личностной и психосоциальной дезадаптации. Медико-психологическая помощь для женщин с дисгармоничным самооотношением и сниженной самооценкой является важной составляющей восстановления психического здоровья и профилактики психических нарушений.

Ключевые слова: пациенты косметологического профиля, личностные особенности, психодерматология, медицинская косметология, типы самооотношения.

PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS OF COSMETOLOGY PROFILE WITH DISHARMONIOUS SELF-ATTITUDE AND LOW SELF-ESTEEM

M. A. Yudin

Background. Attitude and personal features are important for the perception of our external view. Dermatological or cosmetic defects can be the background for the formation of clinically-defined mental disorders.

Objective – to identify personal features of patients with cosmetic problems and disharmonious type of the self-attitude and low self-esteem.

Materials and methods. In the test was attended by 202 women – clients of "CA CLINIC" Medical Center (Kiev). They were divided into two groups depending on the self-attitude: study group consisted of persons with disharmonious type with a tendency to low self-esteem (n = 108), the comparison group - women with a harmonious type (n = 96). In the study used the Freiburg Personality Inventory (FPI, Form B).

Results. Women with disharmonious type of self-attitude and low self-esteem were higher neuroticism levels, depression, shyness, and emotional lability, whereas in women with harmonious type of self-attitude – communication skills, poise and extraversion. Medical and psychological assistance for women with disharmonious type of the self-attitude included psycho-correction of maladaptive personal features.

Conclusions. Essential distinctions of personality profiles of women depending on the level of the harmony of the self-attitude. Women with disharmonious type of the self-attitude are at risk group for the development of personal and psychosocial maladjustment. Medical and psychological assistance for women with disharmonious type of the self-attitude and low self-esteem is an important part of the recovery of mental health and prevention of mental disorders.

Key words: patients of cosmetic profile, personal features, psychodermatology, medical cosmetology, types of the self-attitude.

Стаття надійшла до редакції 15.07.2016 р.

ЮДИН Михайло Анатолійович, кандидат медичних наук, лікар-психолог Медичного центру «СА-клінік», м. Київ; e-mail: yudin.ma@gmail.com

ЮДИН Михаил Анатольевич, кандидат медицинских наук, врач-психолог Медицинского центра «СА-клиник», г. Киев; e-mail: yudin.ma@gmail.com

YUDIN Mykhailo Anatoliiovych, MD, PhD, clinical psychologist of Medical Center "SA-Clinic", Kyiv; e-mail: yudin.ma@gmail.com

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-02-084+ 616.89-02-056

О. В. Кіосєва

СИСТЕМА ПСИХОПРЕВЕНТИВНИХ ОСВІТНІХ ЗАХОДІВ ЩОДО ВЖИВАННЯ
ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН ОСОБАМИ МОЛОДОГО ВІКУУкраїнський науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
kiohelen@mail.ru

Актуальність. У статті наведені дані, які відображають основні принципи поетапної, диференційованої багаторівневої побудови психопревентивних освітніх заходів щодо вживання психоактивних речовин особами молодого віку. Особлива увага приділена профілактичній роботі з молоддю, яка має супутні коморбідні порушення.

Мета дослідження – на основі вивчення механізмів формування особливостей психічних розладів при вживанні ПАР розробити систему психопревентивних освітніх заходів щодо осіб молодого віку, а також студентів вищих навчальних закладів.

Матеріали і методи: інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, математико-статистичний методи дослідження 732 студентів вишів, юнаків та дівчат віком від 18 до 25 років, які були поділені за курсами навчання.

Результати. Розроблена система превентивних освітніх заходів у структурі первинної та вторинної превенції відрізнялась науковою обґрунтованістю, комплексністю, етапністю.

Комплексна програма враховувала якісні та змістовні феномени, пов'язані з формуванням характеру вживання ПАР у молодих людей, у тому числі тих, які мають порушення адаптації.

Висновки. Отримані позитивні результати профілактичної роботи серед молоді дозволяють зробити висновок про високу ефективність розробленої нами системи заходів. Перспективним напрямком подальших досліджень є здійснення психопревентивних освітніх заходів у студентському середовищі, що сприятиме значному підвищенню ефективності роботи лікарів-психологів, педагогів, психіатрів, запобігаючи росту показників вживання психоактивних речовин молоддю.

Ключові слова:
психопревенція,
психопрофілактика,
психоосвіта,
психоактивні речовини,
особи молодого віку.

Актуальність. Вживання молоддю психоактивних речовин (ПАР) є вкрай актуальною, багаторівневою та складною проблемою сьогодення у всьому світі.

До ПАР належать речовини, що впливають на психіку людини (тютюн, алкоголь, психотропні лікарські засоби, опіати, похідні ефедрину, канабіноїди тощо). Згідно з науково-медичними даними, близько 60 % хворих на наркоманію – молодь до 25 років.

Дитячий фонд ООН, презентуючи результати дослідження «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотиків» [1], зазначив наступне:

1. Учнівська молодь України має легкий доступ до сигарет, алкоголю і наркотиків.

2. Досвід вживання ПАР в Україні достатньо високий: 64 % дівчат і юнаків віком 15–17 років мають досвід куріння, 87 % – вживання алкоголю, 25 % – наркотиків, 25 % учнівської молоді використовують заборонені наркотичні речовини (особливо марихуану або гашиш). 12 % учнівської молоді хоча б один раз вживали марихуану; 3 % опитаних – екстазі та «курільні» суміші. Перша проба марихуани або гашишу відбулася для 2 % у 13 років або раніше, а для 5 % – до 15 років.

Звертаючись до проблеми тютюнокуріння необхідно зазначити, що, за даними ВООЗ, тютюн руйнує життя близько половини людей, які його вживають; щорічно призводить майже до 6 млн випадків смерті, з яких понад 5 млн припадає на курців та на колишніх курців

тютюну, більше 600 тис. – на пасивних курців [2]. Якщо не буде вжито термінових заходів, число щорічних випадків смерті до 2030 року може перевищити 8 млн. У XX столітті тютюн став причиною 100 млн епізодів смерті. При збереженні нинішніх тенденцій, в XXI столітті через вживання тютюну може трапитися до 1 млрд випадків смерті. У дорослих людей вторинний тютюновий дим викликає серйозні серцево-судинні та респіраторні захворювання, включаючи ішемічну хворобу серця і рак легень, у дітей грудного віку – раптову смерть; у вагітних жінок призводить до народження дітей з низькою масою тіла. Майже половина дітей регулярно дихають повітрям, забрудненим тютюновим димом, в місцях громадського користування. У 2004 році на частку дітей припадало 28 % фактів свідчення смерті, асоційованих з вторинним тютюновим димом. При цьому тільки 16 % населення світу захищене національними законами, які мають на меті забезпечення середовища, вільного від тютюнового диму. Дослідження показують, що далеко не всі люди розуміють небезпеку для здоров'я, пов'язану з вживанням тютюну. Наприклад, обстеження, проведене в 2009 році в країнах Південної Америки, показало, що лише 38 % курців знають про те, що куріння призводить до розвитку ішемічної хвороби серця, і лише 27 % – що воно викликає інсульт. Більшість курців, які знають про небезпечність вживання тютюну, хочуть позбутися цієї залежності. Консультування та використання медикаментозної терапії можуть більш ніж подвоїти ймовірність того, що спроби курця кинути палити увінчаються успіхом.

У 2008 році ВООЗ ввела комплекс практичних заходів, які не вимагають великих витрат, для розширення масштабів функціонування Рамкової конвенції ВООЗ на місцях:

- моніторинг вживання тютюну і заходів профілактики;
- захист людей від вживання тютюну;
- пропозиція допомоги в цілях припинення вживання тютюну;
- попередження про небезпеку, пов'язану з тютюнокурінням;
- забезпечення дотримання заборон на рекламу, стимулювання продажу й спонсорство тютюну;
- підвищення податків на тютюнові вироби.

Вживання ПАР найчастіше є коморбідною складовою адаптаційних порушень, особливо в осіб молодого віку [3]. Розлади адаптації (F43.2 за МКХ-10) характеризуються як стан суб'єктивного дистресу та емоційного розладу, що перешкоджають соціальному функціонуванню і продуктивній діяльності, виникаючи у період адаптації до значної зміни в житті або стресової життєвої події. Домінуючу роль у виникненні та динаміці проявів адаптаційних розладів відіграє індивідуальна передиспонує особистісна матриця людини, однак пусковим механізмом, безумовно, є стресовий фактор [4–6]. Результати дослідження 188 студентів економічного факультету одного з університетів України, проведеного з метою оцінки виразності психоемоційних порушень, які потенційно впливають на процес адаптації і навчання, дозволяють констатувати, що вони в рамках дезадаптаційної нозології у студентів молодших курсів мають субклінічний рівень прояву. Провідне місце при цьому займають до-

нозологічні форми дисфункції тривожно-депресивного, фобічного, емоційно лабільного характеру, соматовегетативного спектра, що є предикторами формування клінічної симптоматики розладів адаптації.

Тому розробка і впровадження профілактичних програм, направлених на зниження вживання ПАР населенням, на державному рівні є вкрай актуальними.

Необхідно зазначити, що сучасна практика розробки профілактичних програм, спрямованих на зниження вживання молоддю ПАР, підкреслює важливість використання медичних, біологічних, соціально-економічних, особистісних факторів у пропаганді «здорового способу життя».

Мета – на основі вивчення механізмів формування особливостей психічних розладів при вживанні ПАР розробити систему психопреventивних освітніх заходів щодо осіб молодого віку, а також студентів вищих навчальних закладів.

Психопревенція – це комплекс заходів, які забезпечують психічне здоров'я, комфорт, найоптимальнішу працездатність, що перешкоджає, в кінцевому підсумку, розвитку психічних і психосоматичних захворювань. Психопревенція вживання ПАР повинна проводитися в сукупності з психогігієнічними, освітніми заходами з урахуванням факторів ризику і особливостей формування адиктивної патології [7]. Розрізняють первинну, вторинну і третинну психопревенцію. Локусом нашого дослідження стала первинна і вторинна психопревенція вживання ПАР, оскільки третинна психопрофілактика, як система заходів, спрямованих на запобігання виникненню інвалідності при хронічних захворюваннях, проводиться в умовах лікувального закладу.

Формування системи заходів, що стосуються первинної психопревенції вживання ПАР, передбачає досягнення таких цілей:

а) зміна ціннісного ставлення студентської молоді до вживання ПАР, а також формування особистої відповідальності за свою поведінку;

б) гальмування процесу залучення студентства в процес вживання ПАР, що визначається зміною поведінкових пріоритетів, формуванням відповідних установок.

Система психопрофілактичної освіти в структурі вторинної психопрофілактики була розроблена для студентів, які мають адаптаційні порушення і вживають ПАР.

Матеріали та методи дослідження

У період 2013–2014 навчальних років з метою вивчення сприйняття, усвідомлення та ставлення студентів медичного університету до проблеми вживання психоактивних речовини у молодіжному середовищі, а також наявності адаптаційних порушень ми провели дослідження з дотриманням принципів біоетики та деонтології за умови інформованої згоди серед 732 студентів, юнаків та дівчат віком від 18 до 25 років, які були поділені за курсами навчання, шляхом опитування у формі багатофакторного анонімного анкетування, що містило 117 запитань з множинним вибором відповідей.

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

На основі результатів проведеного дослідження розроблено та реалізовано на практиці систему психопреventивних освітніх заходів для даного контингенту.

Результати та їх обговорення

Розроблена система превентивних освітніх заходів у структурі первинної та вторинної превенції відрізнялась науковою обґрунтованістю, комплексністю, етапністю. Комплексна програма враховувала якісні та змістовні феномени, пов'язані з формуванням характеру вживання ПАР у молодих людей, у тому числі тих, які мають порушення адаптації.

Перший профілактичний освітній етап мав на меті запобігання вживанню ПАР шляхом проведення превентивних занять, інтерактивних бесід, подачі лекційного матеріалу, в результаті чого було здійснено:

- підвищення психосоціальної та особистісної обізнаності студентів;
- інформування з питань запобігання ВІЛ-інфікуванню, наркотичним та алкогольним проблемам;
- формування навичок підтримки здорового способу життя;
- обґрунтування та засвоєння молоддю принципів особистісної резистентності та компетентності, а саме: протистояння соціальному тиску, відстоювання власної позиції, формування переконливої власної впевненої поведінки в соціумі, критичного ставлення до нав'язування негативних стереотипів щодо вживання ПАР, самоповаги та самоконтролю у прийнятті відповідних рішень (рис. 1).

У змістовну частину освітньої програми первинної психопревенції, що має, безумовно, стратегічні цілі, входили такі питання, що стосуються вживання ПАР:

- епідеміології (за видами ПАР), інструментарію, державної політики, роз'яснення виключно комерційної спрямованості при поширенні;
- пояснення причин формування, факторів ризику, клінічної картини, коморбідних патологій;
- соціальних, психофізіологічних, клінічних і фінансових наслідків вживання ПАР;
- пропозицій щодо формування альтернативної мотиваційно-поведінкової домінанти в осіб, схильних до вживання ПАР;
- особливостей діагностики, корекції та лікування;
- психологічного захисту в критичних ситуаціях залучення до вживання ПАР.

Важливе місце займала мотивація молоді до активної взаємодії під час занять, включення у роботу в групах, зацікавленість тематичним матеріалом та можливість його ефективного засвоєння.

Система профілактики вживання ПАР серед молоді складалася з двох інтерактивних блоків: превентивне інформування та превентивна інтерактивна освіта з чітким розмежуванням інформаційного та освітнього компонентів системи. Якщо перший був спрямований на застереження щодо небезпек та особливостей наслідків вживання ПАР, то другий – більш структурований, пов'язаний з тренінгом молоді та орієнтований на активізацію мотивації, зміну ставлення та поведінки стосовно вживання психоактивних речовин.

На початку роботи респондентам надавалася базова інформація про реальний зміст проблем і небезпек, пов'язаних з вживанням ПАР, у формі плакатів, брошур, відеоматеріалів, презентацій тощо.

Темами для превентивного інформування були здоров'я та ризик, пов'язаний з вживанням ПАР; ставлення до ПАР; ПАР та вагітність; ПАР та керування транспортом; ПАР та харчування; ПАР та родина; ПАР та здоров'я тощо. Групи, з якими проводили навчання, включали до 50–60 студентів.

Превентивна інтерактивна освіта передбачала також профілактично-навчальні тренінги, на яких особливу увагу приділяли формуванню адекватної самооцінки у студентів шляхом використання спеціальних інформаційних листків для вивчення та аналізу, тематичних вправ для виконання. Методом самооцінки можна визначити модель поведінки щодо вживання тютюну, наркотиків і алкоголю, а також підходи до зміни поведінкових патернів та відповідного зменшення споживання ПАР.

Превентивна інтервенція – це дія, спрямована на зміну внутрішньої та зовнішньої організації життя людини, пов'язана із пропонуванням допомоги в неосудливий підтримуючий спосіб. Автор здійснював не тільки інтервенцію у психологічний простір студентів, а й тренував навички такого втручання у представників найближчого оточення респондентів з метою трансляції психопреventивних освітніх елементів на молодь, яка не потрапила у коло нашого профілактичного впливу.

Метод превентивної інтервенції допомагав студентам звернутись до друзів, учнів ВНЗ, що вживають ПАР, поговорити зі знайомою людиною таким чином, щоб вона звернула увагу на своє споживання ПАР та захотіла змінити поведінку.

Превентивно-навчальний тренінг зі студентами тривав не менше години та проводився у невеликих групах по 10–15 слухачів, було забезпечене заохочування у спілкуванні та надана можливість кожному учасникові висловлюватися та брати участь у процесі. В іншому разі не вистачало часу на адекватне надання інформації, дискусію, а також запитання й відповіді. Кожне інтерактивне заняття у малих групах потребувало не більше двох годин або перерви після 1,5–2-х годин – щоб учасники не відчували «інформаційного перевантаження». Тривалість формальних лекційних програм не перевищувала півгодини, оскільки через нестачу взаємодії здатність слухачів до концентрації



Рис. 1. Система психопреventивних освітніх заходів серед молоді

уваги зменшувалася. Таким чином, на якісному рівні була забезпечена групова динаміка: вислуховування → бесіди → обговорення проблем → інтеграція матеріалу у психологічні макети самооцінки, аналізу → прийняття рішень щодо зміни поведінкових патернів.

Вторинна превенція проводилась у вигляді інтерактивних тренінгів зі студентами, які мали порушення адаптації та вживали ПАР. Точкою докладання психопревентивних заходів стали біосоціальні, суб'єктивно-особистісні та поведінкові фактори ризику і патогенетичні механізми реалізації поведінкового патерна – вживання ПАР: контроль над імпульсивною поведінкою, характер самооцінки, погана переносимість фрустрації, розлади адаптації; а мішенями – афективні, когнітивні, вольові та поведінкові функції респондента, що вживає ПАР. Особливим чином впродовж роботи з молоддю акцентувалися поняття «мій здоровий спосіб життя», «особисте рішення», «особистий вибір». Проводився аналіз різних «сценаріїв» життя людей, які обрали шлях вживання наркотиків, тютюну чи алкоголю. Молоді люди визначалися з власною життєвою позицією, цінностями, вчилися відстоювати свої переконання та погляди, будували свій власний «сценарій життя» на основі питань: хто я є і ким я хочу бути?

Під час превентивних інтервенцій застосовували переважно наступні інтерактивні методи навчання: робота в малих групах, рольові ігри, соціальні тренінги, аналіз проблемних ситуацій. У навчанні з активною участю студентів використовували досвід, думки й знання членів групи, створювали продуктивну атмосферу для розкриття та розвитку можливостей, а також пропонували джерело взаємного комфорту, що стимулювало процес прийняття рішення щодо формування здорового способу життя, адекватного ставлення до ПАР. Основною характерною складовою заходів було те, що значна увага приділялась міркуванням, враженням, знанням студентів.

Питання профілактичної роботи з молоддю представлено у таблиці 1.

Усі психологічні вправи були синтонні загальним суспільним цінностям і доступні у виконанні. Тематичні вправи та інтерактивні методики дозволяли формувати у студентів критичне мислення та безпечну поведінку. На заняттях значна увага приділялась не тільки практичним вправам, а й груповому обговоренню, що дозволяло ефективно формувати захисні механізми, послабити фактори ризику вживання ПАР.

Було враховано такі маркери особистісних детермінант як акцентуовані формування особистості (суджень, оцінок, принципів, ідеалів, переконань), самосвідомість, самовизначення, прагнення до самовиховання, самопізнання, самовдосконалення, світогляд, психосексуальні орієнтації, ставлення до громадських прав та обов'язків.

Після опрацювання проблемної поведінки вживання ПАР йшов наступний етап – навчання нової, конструктивнішої поведінки. Було визначено коло ситуацій, в яких необхідно змінити способи реагування і проводити відпрацювання навичок нової ефективної поведінки. Крім того, на цьому етапі обговорювались випадки поновлення вживання ПАР, до чого молода людина повинна бути підготовленою і знати, як з цим впоратися.

Таблиця 1. Питання превентивної освітньої роботи зі студентами

Питання	Змістове наповнення
Інформування щодо	• феномену безпеки та небезпеки; • ризику та захисту, фізичного, психічного та духовного здоров'я; • поганого або доброго настрою, небезпечних знань, ситуацій; • соціального та особистісного провокуючих факторів ризику появи проблем вживання ПАР; • соціального тиску, задоволення та хвороби, безпечних захоплень та інтересів, реклами та її мети; • помилкових уявлень про вживання алкоголю, тютюну та наркотиків; • поняття про дружбу, кохання, успіх і залежність
Актуальне ставлення до власних проявів життєдіяльності	• здоров'я; • індивідуальність; • усвідомлений вибір; • емоції та почуття; • життєві негаразди; • особистісна резистентність до вживання ПАР
Формування корисних навичок	• протистояння соціальному тиску; • прийняття вірного рішення; • критичного мислення, ефективного спілкування; • формування самоповаги, впевненості, самоконтролю

Профілактичний курс для педагогічних працівників складався з трьох тем, які були представлені у формі коротких профілактичних інформаційних інтервенцій, кожна з яких тривала не більше 30 хвилин, мала чітку структуру та сценарій проведення. Заняття розпочинали з вправи на активізацію уваги учасників групового процесу. Етапи профілактичного заняття: вправа на активізацію уваги, актуалізація теми, оцінка рівня інформованості, тематичний блок, одержання інформації в паперовому або у відеовигляді.

Завданням педагогічного колективу було сформувати політику щодо профілактики вживання ПАР у студентському середовищі (табл. 2). Ефективність профілактичної програми передбачала не одноразові заходи, а спектр скоординованих і постійних дій педагогів та кураторів студентських навчальних груп. Успішність програми базувалася на певних принципах.

Особлива увага була приділена рекомендаціям керівництву університету щодо положень про профілактику вживання ПАР у ВНЗ, які зумовлюються визначенням рестриктивної позиції закладу з цього приводу та практичних шляхів щодо запобігання вживанню ПАР серед молоді. Ці положення визначали та окреслювали лінію поведінки адміністрації, педагогів, штатних психологів навчального закладу. Було рекомендовано визначитись з такими питаннями:

- визнання, що вживання ПАР шкодить здоров'ю молоді людини;
- формування бази для прийняття дисциплінарних санкцій, які застосовуються до порушників заборони щодо вживання ПАР на території ВНЗ, гуртожитків тощо;
- механізму підтримки бажання студентів, що вживають ПАР, добровільно звертатися за допомогою;
- організації консультування та надання ранньої допомоги студентам, що вживають ПАР;

Таблиця 2. Особливості психопреventивних освітніх заходів, які педагогічний та адміністративний склад ВНЗ проводить зі студентською молоддю

Група впливу	Мета впливу	Характер впливу
Студенти ВНЗ	а) інформування про наслідки вживання ПАР: епідеміологія, діагностика, етіопатогенез, клінічна картина, соціальні, психофізіологічні, комунікативні, особистісні, клінічні та фінансові наслідки вживання ПАР, психологічний захист у критичних ситуаціях залучення до вживання ПАР, профілактика рецидивів вживання ПАР, відповіді на питання, що цікавлять, і уточнювальні питання; б) забезпечення умов для формування позитивних стресостійких патернів поведінки у молоді, заснованих на адекватному самосприйнятті та відповідальності за здійснювані вчинки, здатності проаналізувати, оцінити і змінити небажані, негативні психоемоційні, поведінкові кліше; в) навчання прийомам самоконтролю, саморегуляції, освоєння соціального імунітету, формування внутрішньоособистісних мотивів і системи цінностей, що відповідають здоровому способу життя, розвиток навичок досягнення індивідуальних цілей в реальному житті	як правило, в групі та індивідуальне у вигляді бесід, лекцій, тренінгів, тематичних зустрічей, поширення медичної науково-популярної тематичної літератури
Педагогічний колектив, штатні психологи (за наявності таких у штаті)	в) навчання прийомам самоконтролю, саморегуляції, освоєння соціального імунітету, формування внутрішньоособистісних мотивів і системи цінностей, що відповідають здоровому способу життя, розвиток навичок досягнення індивідуальних цілей в реальному житті	групові тренінги, лекції, бесіди, консультації, в тому числі індивідуальні, поширення медичної науково-популярної тематичної літератури
Адміністрація	а) визнання, що вживання ПАР – це проблема із здоров'ям молодшої людини; б) формування бази для прийняття дисциплінарних санкцій, які застосовуються до порушників, заборона вживання ПАР на території ВНЗ, гуртожитків тощо; в) створення механізму підтримки бажання студентів, що вживають ПАР, добровільно звертатися за допомогою; г) організація консультування та надання ранньої допомоги штатними психологами; д) збереження принципів конфіденційності та анонімності для студентів, які звернулися за допомогою; е) участь студентів у реабілітаційних програмах	лекції, роз'яснювальні бесіди, консультації, ознайомлення з медичною науково-популярною тематичною літературою

Таблиця 3. Характеристика етапів психопреventionних заходів запобігання вживанню ПАР студентами ВНЗ

Етапи	Змістовна частина	Тривалість заходів
I	а) вступна індивідуальна робота з кожним респондентом, який звернувся за допомогою або консультацією; б) виявлення психічних і поведінкових функцій-мішеней для корекційної роботи; в) проведення роз'яснювальної, раціональної психотерапії; г) формування нової мотиваційно-поведінкової домінанти	1–1,5 години
II	а) психологічна корекція; б) застосування аутогенного тренування; в) проведення особистісно-орієнтованої реконструктивної, поведінкової психотерапії, тренінгу комунікативних навичок, арт-терапії, трансакційного аналізу, нейролінгвістичного програмування; г) групова психокорекційна робота	2 тижні – 1,5 місяця
III	проведення підтримувальної психокорекції та навчання студентів психопрофілактичним навичкам саморегуляції, самоконтролю	0,5–1 місяць

- принципів збереження конфіденційності та анонімності для студентів, що звернулись за допомогою;
- участі студентів в реабілітаційних програмах (організаційний аспект);
- неприпустимості стигматизації та дискримінації студентів, які мають хімічну залежність, визнали це та проходять курс лікування та/або реабілітації.

Вторинна психопрофілактика, як програма, що має тактичну мету і виступає в альянсі з психотерапією та / або психокорекцією, – це комплекс заходів, спрямованих на запобігання небезпечному для життя або несприятливому перебігу психічного (або іншого) захворювання, що вже розпочалося. Психокорекція – один з видів психологічної допомоги, спрямованої на виправлення особливостей психологічного розвитку, які не відповідають оптимальній моделі, за допомогою спеціальних засобів психологічного впливу, а також на формування у особистості необхідних психологічних якостей для поліпшення її соціалізації та адаптації до життєвих умов. Психокорекційні впливи можуть бути наступних видів: переконання, навчання, наслідування, підкріплення. Розрізняють індивідуальну і групову психокорекцію. При індивідуальній – психіатр (або медичний психолог) працює з пацієнтом за відсутності сторонніх осіб. При груповій робота відбувається відразу з групою пацієнтів зі схожими проблемами, причому ефект досягається за рахунок взаємодії і взаємовпливу

людей один на одного [8]. У процесі проведення вторинної психопреventionі також були використані елементи психопреventionної освіти в структурі всіх видів психотерапевтичного впливу.

Для проведених нами заходів була характерна етапність (табл. 3).

Перший, ініціальний етап, характеризувався встановленням робочого альянсу між молодшою людиною, що вживає ПАР, і психіатром. Він містив психологічне інтерв'ювання, визначення показників соціального функціонування та якості життя (які розглядалися як ефективні психокорекційні мішені), усвідомлення наявності проблеми, пов'язаної з вживанням ПАР і переосмислення оцінки власного «Я».

Другий, основний етап, складався з динамічних психокорекційних заходів в альянсі «психіатр – пацієнт», спрямованих на нівелювання потягу до вживання ПАР.

Третій, завершальний, підтримувальний і протирецидивний етап, сприяв закріпленню позитивних змін і досягненню максимальної за тривалістю ремісії.

Висновки

Отримані нами позитивні результати профілактичної роботи серед молоді дозволяють стверджувати, що розроблена система заходів має високу ефективність.

Надзвичайно актуальним в Україні є систематичне, закріплене на законодавчому та державному рівнях

проведення профілактичних заходів щодо запобігання вживанню ПАР серед підлітків та студентства, як найчисленнішої групи ризику.

Перспективним напрямком подальших досліджень є здійснення психопреventивних освітніх заходів у студентському середовищі, що сприятиме підвищенню ефективності роботи лікарів-психологів, педагогів, психіатрів, перешкоджатиме росту показників вживання психоактивних речовин молоддю.

Список використаної літератури

1. В Украине снижается уровень распространения табакокурения, употребления алкоголя и наркотических веществ среди подростков [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://pharmavit.com/v-ukraine-snizhaetsya-uroven-rasprostraneniya-tabakokureniya-upotrebleniya-alkogolya-i-narkoticheskikh-veshchestv-sredi-podrostkov-71184.html> (дата обращения 15.07.2016). – Название с экрана.
2. Табак [Электронный ресурс]: информационный бюллетень ВОЗ №339, 2015 г. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru> (дата обращения 10.07.2016). – Название с экрана.
3. Киосева Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов / Е. В. Киосева // Украинский вестник психоневрологии. – 2016. – Т. 24, № 1 (86). – С. 60–63.
4. Осуховская Е. С. Взаимопотенцирующие процессы, ассоциированные с формированием химических и нехимических аддикций у лиц молодого возраста / Е. С. Осуховская // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 102–108.
5. Осуховская Е. С. Адаптационные расстройства у лиц молодого возраста с патологической зависимостью от азартных игр, страдающих табакокурением и употребляющих спиртные напитки / Е. С. Осуховская // Медицинская психология. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 80–84.
6. Садыкова Р. Г. Стратегии и основные направления организации работы по профилактике наркотизации населения / Р. Г. Садыкова, В. Д. Менделевич,

А. Н. Грязнов // Руководство по аддиктологии; под ред. В. Д. Менделевича. – СПб., 2007. – Гл. 30. – С. 725–731.

7. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия: монография / под ред. Б. Д. Карвасарского. – 3-е изд. перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – 944 с.

References

1. V Ukraine snizhaetsia uroven rasprostraneniya tabakokureniia, upotrebleniia alkogolia i narkoticheskikh veshchestv sredi podrostkov. [In Ukraine reduced the prevalence of smoking, alcohol and drugs among adolescents]. (2012, June 13). Pharmavit [Pharma world]. Retrieved from: <http://pharmavit.com/v-ukraine-snizhaetsya-uroven-rasprostraneniya-tabakokureniya-upotrebleniya-alkogolya-i-narkoticheskikh-veshchestv-sredi-podrostkov-71184.html> (Accessed 15.07.2016).
2. Tabak. Informatsionnyi biulleten N°339. [Tobacco. Fact sheet N°339]. (2016, June). VOZ [WHO]. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru/> (Accessed 10.07.2016).
3. Kioseva, E. V. (2016). Psikhopatologicheskaia kharakteristika emotsionalnoi sfery u studentov mladshikh kursov. [Psychopathological characteristics of the emotional sphere in younger students]. Ukrain's'kyi visnyk psikhonevrolohii [Ukrainian Journal Psychoneurology]. Vol. 24, issue 1 (86), pp. 60–63.
4. Osukhovska, O. S. (2011). Vzaimopotentsiruiushchie protsessy, assotsiirovannye s formirovaniem khimicheskikh i nekhimicheskikh addiktii u litc molodogo vozrasta. [Interpotentiate processes associated with the formation of chemical and non-chemical addiction among young people]. Arkhiv psykhiatrii. [Archives of psychiatry]. Vol. 17, no. 4 (67), pp. 102–108.
5. Osukhovskaya, E. S. (2012). Adaptatsionnye rasstroistva u litc molodogo vozrasta s patologicheskoi zavisimosti ot azartnykh igr, stradaushchikh tabakokureniem i upotrebliaushchikh spirtnye napitki. [Adaptation disorders in young persons with pathological addiction to gambling, tobacco smoking and drinking alcohol]. Meditsinskaya psikhologiya. [Medical psychology]. Vol. 7, no. 1 (25), pp. 80–84.
6. Sadykova, R. G., Mendelevich, V. D. & Griaznov, A. N. (2007). Strategii i osnovnye napravleniia organizatsii raboty po profilaktike narkotizatsii naseleniia. [Strategy and main directions of the organization of work on the prevention of drug addiction population]. V knige: Rukovodstvo po addiktologii. [In: Guidelines for addictology]. St. Petersburg, Pt. 30, pp. 725–731.
7. Karvasarskii, B. D. (2006). Psikhoterapevticheskaya entsiklopediia. [Psychotherapeutic encyclopedia]. St. Petersburg, Piter Publ., 944 p.

СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЛИЦАМИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Е. В. Киосева

Актуальность. В статье приведены данные, отражающие основные принципы поэтапного, дифференцированного многоуровневого формирования психопрофилактических образовательных мероприятий, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ лицами молодого возраста. Особое внимание уделено профилактической работе с молодежью, имеющей сопутствующие коморбидные нарушения.

Цель исследования – на основе изучения механизмов формирования особенностей психических расстройств при употреблении психоактивных веществ (ПАВ) разработать систему психопреventивных образовательных мероприятий в отношении лиц молодого возраста, а также студентов высших учебных заведений.

Материалы и методы. Информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностические, математико-статистический методы исследования 732 студентов вузов, юношей и девушек в возрасте от 18 до 25 лет, которые были разделены по курсам обучения.

Результаты. Разработанная система превентивных образовательных мероприятий в структуре первичной и вторичной превенции отличалась научной обоснованностью, комплексностью, этапностью. Комплексная программа учитывала качественные и содержательные феномены, связанные с формированием характера употребления ПАВ у молодых людей, в том числе имеющих нарушения адаптации.

Выводы. Полученные положительные результаты профилактической работы среди молодежи позволяют сделать вывод о высокой эффективности разработанной нами системы. Перспективным направлением дальнейших исследований является осуществление психопреventивных образовательных мероприятий в студенческой среде, что значительно будет способствовать повышению эффективности работы врачей-психологов, педагогов, психиатров, препятствуя росту показателей употребления психоактивных веществ молодежью.

Ключевые слова: психопревенция, психопрофилактика, психообразование, психоактивные вещества, лица молодого возраста.

SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS OF THE EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR THE PREVENTION OF SUBSTANCE USE BY YOUNG PERSONS

O. V. Kioseva

Background. The article presents data reflecting the basic principles of gradual, differentiated multilevel formation psychoprophylaxis educational activities aimed at preventing drug use by young persons. Particular attention is paid to preventive work with young people having related comorbid disorders.

Objective – based on the study of mechanisms of formation characteristics of mental disorders in the use of psychoactive substances (PAS) to develop a system psychoprophylaxis educational interventions for young people and university students.

Methods and materials. The information-analytical, socio-demographic, clinical and anamnestic, clinical, psychopathological, psychodiagnostic, mathematical and statistical methods of research 732 university students, boys and girls between the ages of 18 and 25 years, who were divided on the course of study.

Results. A system of preventive educational activities in the structure of primary and secondary prevention are scientific validity, comprehensiveness, landmark. Comprehensive program takes into account the qualitative and meaningful phenomena associated with the formation of the nature of substance use among young people, including those with adjustment disorder.

Conclusions. These positive results of preventive work among youth suggest a high efficiency our system. A promising direction for further research is the implementation of psychoprophylaxis educational activities among students that will significantly enhance the efficiency of medical psychologists, educators, psychiatrists, that will prevent the growth rates of substance use youth.

Key words: psychoprophylaxis educational activities, psyhoprevention, psychoprophylaxis, psychoeducation, psychoactive substances, young persons.

Стаття надійшла до редакції 21.07.2016.

КИОСЕВА Олена Вікторівна, кандидат медичних наук, докторант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ; e-mail: kioshelen@mail.ru

КИОСЕВА Елена Викторовна, кандидат медицинских наук, докторант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев; e-mail: kioshelen@mail.ru

KIOSIEVA Olena Viktorivna, MD, PhD, Competitor for Doctor of Sciences of Ukrainian research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: kioshelen@mail.ru

М. В. Савіна

ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПОДРУЖЖІВ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ЖІНОК
ТА РІЗНИМ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї

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

ms@kharkov.ua

Актуальність. Захворювання жінки на психічні, зокрема адиктивні розлади, відображається на її психопатологічному стані, рівні соціальної активності, якості життя та змінює функціонування сім'ї. Сім'я з адаптогенного ресурсу може стати патогенним джерелом дезадаптації. Вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявами адиктивної поведінки (АП) у жінок та феноменом здоров'я сім'ї є важливою проблемою медичної психології.

Мета – вивчити особливості копіngu у подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінки у жінок для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Матеріали і методи. Обстежено 321 подружню пару (ПП) (досліджувана група, ДГ) з порушеннями сімейних стосунків та АП у жінок. ДГ була поділена на 3 групи залежно від типу АД. Групи порівняння сформували з 50 ПП із порушенням здоров'я родини без АП у жінок (група порівняння 1, ГП1), та 50 умовно гармонійних ПП (група порівняння 2, ГП2). Адиктивний статус вивчали за допомогою батареї AUDIT-подібних тестів, особливості копіngu – за методиками психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма.

Результати. Виокремлено основні варіанти поєднання копіngu у обстежених ПП. Визначено типи стійкого зворотного кореляційного зв'язку між типами поведінки у конфліктних ситуаціях у жінок та чоловіків різних досліджуваних груп. Копінг-поведінка, притаманна жінкам з АП, не мала суттєвого впливу на її формування, проте, наявність АП, особливо на рівні клінічно окресленого розладу, негативно впливала на збереження та прогресування неконструктивної поведінки, погіршуючи тим самим порушення сімейного функціонування.

Висновки. Усім проблемним подружжям притаманна відсутність використання адаптивних копінг-стратегій. Дані поведінкові патерни, які, з одного боку, ставали підґрунтям розвитку порушень здоров'я сім'ї, а з іншого – потенціювали його прогресування, не мали значимих відмінностей серед подружжів ДГ1, ДГ2, ДГ3 та ГП1. Отримані дані були покладені нами в основу розробки системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок.

Ключові слова:
копінг-поведінка,
адиктивна поведінка,
жінки, порушення
здоров'я сім'ї.

Актуальність. Сучасні тенденції наукового пізнання полягають у необхідності визначення специфіки окремих контингентів, а не тільки у вивченні хворих з певною нозологією. На сьогодні особливої актуальності набувають дослідження, засновані на персоніфікованому підході [1]. Якщо в полі психіатричних досліджень цей підхід отримав гідне визнання та не викликає суперечок [2, 3], то науковий простір медицини залежностей, на жаль, досі залишається поза персоніфікованими методологічними підходами.

Захворювання жінки на психічні, зокрема адиктивні розлади, відображається не тільки на її психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя [4 – 6]. При цьому головного «удару» зазнає сім'я хворої, адже внаслідок розвитку стану залежності у жінки деформації піддається насамперед функціонування її родини. У таких випадках сім'я з адаптогенного ресурсу може перетворитися на патогенне джерело дезадаптації, прово-

куючи виникнення наркопатології або запобігаючи її стабілізації та ремісії, створюючи таким чином порочне коло взаємообтяжливих впливів. З огляду на вищезазначене можна стверджувати, що робота, спрямована на вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявами адиктивної поведінки (АП) у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, є важливою проблемою медичної психології.

Мета – вивчення особливостей копіngu у подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінки у жінок для визначення мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології обстежено 321 подружню пару (ПП), яка звернулася 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. В якості груп порівняння обстежено 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).

Спираючись на попередні результати вивчення адиктивного статусу обстежених [7], отримані з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [8, 9], 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 нехімічною адикцією у вигляді надмірного захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми – 34,6 % (111 ПП);

- ДГ3 – жінки з нехімічною адикцією у вигляді надмірного захоплення їжею, сексом, чаєм/кавою або фітнесом – 32,1 % (103 ПП).

Особливості копіngu вивчали з використанням методики психологічної діагностики копіngu-поведінки Е. Хейма [10], яка дозволяє досліджувати 26 ситуаційно-специфічних варіантів копіngu, класифікованих відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності (когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми). Методика призначена для виявлення індивідуального стилю подолання стресу, може використовуватися для діагностики як непродуктивних патернів поведінки, так і ресурсів особистості.

Результати та їх обговорення

У результаті дослідження виявили розбіжності основних варіантів копіngu як за частотою, так і за ступенем вираженості. Результати дослідження варіантів механізмів копіngu-поведінки жінок досліджуваних груп відображені у таблиці 1, чоловіків – у таблиці 2.

Таблиця 1. Варіанти копіngu-поведінки жінок у досліджуваних групах (за методикою Е. Хейма)

Варіант копіngu-поведінки / стратегії	Групи жінок								
	ДГ1 (n = 107)			ДГ2 (n = 111)			ДГ3 (n = 103)		
	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копіngu-стратегії									
Ігнорування	26	8,1	2,7	29	8,7	2,8	26	8,4	2,8
Смиріння	27	8,4	2,8	28	8,4	2,8	27	8,7	2,8
Дисимуляція	28	8,7	2,8	29	8,7	2,8	27	8,7	2,8
Збереження самовладання	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Проблемний аналіз	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносність	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Релігійність	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Розгубленість	26	8,1	2,7	25	7,5	2,6	23	7,4	2,6
Додача сенсу	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Установка власної цінності	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Емоційні копіngu-стратегії									
Протест	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Емоційна розрядка	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Придушення емоцій	26	8,1	2,7	32	9,6	2,9	25	8,1	2,7
Оптимізм	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Пасивна кооперація	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Покірність	28	8,7	2,8	28	8,4	2,8	27	8,7	2,8
Самозвинувачення	27	8,4	2,8	26	7,8	2,7	26	8,4	2,8
Агресивність	26	8,1	2,7	25	7,5	2,6	25	8,1	2,7
Поведінкові копіngu-стратегії									
Відволікання	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Альтруїзм	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Активне уникнення	45	14,0	3,5	45	13,5	3,4	43	13,9	3,5
Компенсація	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Конструктивна активність	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відступ	43	13,4	3,4	43	12,9	3,4	41	13,3	3,4
Співпраця	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Звернення	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Таблиця 2. Варіанти копінг-поведінки чоловіків у досліджуваних групах (за методикою Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки / стратегії	Групи чоловіків								
	ДГ1 (n = 107)			ДГ2 (n = 111)			ДГ3 (n = 103)		
	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копінг-стратегії									
Ігнорування	14	4,4	2,0	17	5,1	2,2	16	5,2	2,2
Смирення	15	4,7	2,1	16	4,8	2,1	15	4,9	2,1
Дисимуляція	14	4,4	2,0	16	4,8	2,1	14	4,5	2,1
Збереження самовладання	–	–	–	–	–	–	15	4,9	2,1
Проблемний аналіз	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносність	17	5,3	2,2	15	4,5	2,1	15	4,9	2,1
Релігійність	15	4,7	2,1	16	4,8	2,1	15	4,9	2,1
Розгубленість	17	5,3	2,2	16	4,8	2,1	13	4,2	2,0
Додача сенсу	15	4,7	2,1	15	4,5	2,1	–	–	–
Установка власної цінності	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Емоційні копінг-стратегії									
Протест	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Емоційна розрядка	19	5,9	2,4	20	6,0	2,4	16	5,2	2,2
Придушення емоцій	19	5,9	2,4	19	5,7	2,3	–	–	–
Оптимізм	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Пасивна кооперація	14	4,4	2,0	22	6,6	2,5	22	7,1	2,6
Покірність	17	5,3	2,2	18	5,4	2,3	25	8,1	2,7
Самозвинувачення	20	6,2	2,4	17	5,1	2,2	22	7,1	2,6
Агресивність	18	5,6	2,3	15	4,5	2,1	18	5,8	2,3
Поведінкові копінг-стратегії									
Відволікання	19	5,9	2,4	21	6,3	2,4	21	6,8	2,5
Альтруїзм	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Активне уникнення	29	9,0	2,9	22	6,6	2,5	21	6,8	2,5
Компенсація	16	5,0	2,2	23	6,9	2,5	17	5,5	2,3
Конструктивна активність	21	6,5	2,5	22	6,6	2,5	25	8,1	2,7
Відступ	22	6,9	2,5	23	6,9	2,5	19	6,1	2,4
Співпраця	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Звернення	–	–	–	–	–	–	–	–	–

У результаті аналізу даних, представлених у таблиці 1, виявлено, що у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 в цілому серед когнітивних копінг-стратегій переважали відповідно: ігнорування – 8,1 %, 8,7 %, 8,4 %, смирення – 8,4 %, 8,4 %, 8,7 %, дисимуляція – 8,7 %, 8,7 %, 8,7 %, розгубленість – 8,1 %, 7,5 %, 7,4 %. Серед емоційних копінг-стратегій у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 переважали відповідно: придушення емоцій – 8,1 %, 9,6 %, 8,1 %, покірність – 8,7 %, 8,4 %, 8,7 %, самозвинувачення – 8,4 %, 7,8 %, 8,4 %, агресивність – 8,1 %, 7,5 %, 8,1 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 переважали відповідно: активне уникнення – 14,0 %, 13,5 %, 13,9 %, відступ – 13,4 %, 12,9 %, 13,3 % ($p \leq 0,05$).

У результаті аналізу даних, представлених у таблиці 2, виявлено, що у чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3 в цілому серед когнітивних копінг-стратегій переважали відповідно: ігнорування – 4,4 %, 5,1 %, 5,2 %, смирення – 4,7 %, 4,8 %, 4,9 %, дисимуляція – 4,4 %, 4,8 %, 4,5 %, відносність – 5,3 %, 4,5 %, 4,9 %, релігійність – 4,7 %, 4,8 %, 4,9 %, розгубленість – 5,3 %, 4,8 %, 4,2 %, додача сенсу – 4,7 %, 4,5 %, у ДГ3 не виявлено.

Серед емоційних копінг-стратегій у чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3 в цілому переважали відповідно: емоційна розрядка – 5,9 %, 6,0 %, 5,2 %, придушення емоцій – 5,9 %, 5,7 %, у ДГ3 не виявлено, пасивна

кооперація – 4,4 %, 6,6 %, 7,1 %, покірність – 5,3 %, 5,4 %, 8,1 %, самозвинувачення – 6,2 %, 5,1 %, 7,1 %, агресивність – 5,6 %, 4,5 %, 5,8 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій у чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3 переважали відповідно: відволікання – 5,9 %, 6,3 %, 6,8 %, активне уникнення – 9,0 %, 6,6 %, 6,8 %, компенсація – 5,0 %, 6,9 %, 5,5 %, конструктивна активність – 6,5 %, 6,6 %, 8,1 %, відступ – 6,9 %, 6,9 %, 6,1 % ($p \leq 0,05$).

Результати дослідження варіантів механізмів копінг-поведінки жінок груп порівняння представлені у таблиці 3, чоловіків – у таблиці 4.

У результаті аналізу даних, представлених у таблиці 3, виявлено, що у жінок ГП1 в цілому серед когнітивних копінг-стратегій переважали ігнорування – 8,7 %, смирення – 8,0 %, дисимуляція – 8,7 %, розгубленість – 8,0 % ($p \leq 0,05$). У ГП2 переважали збереження самовладання – 10,7 %, проблемний аналіз – 12,0 %, установка власної цінності – 10,7 % ($p \leq 0,05$). Серед емоційних копінг-стратегій у жінок ГП1 переважали придушення емоцій – 8,7 %, покірність – 8,0 %, самозвинувачення – 7,3 %, агресивність – 9,3 % ($p \leq 0,05$). У ГП2 переважали протест – 18,0 %, оптимізм – 15,3 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій у жінок ГП1 переважали активне уникнення – 15,3 %, відступ – 18,0 % ($p \leq 0,05$). У жінок ГП2 переважали альтруїзм – 11,3 %, конструк-

Таблиця 3. Варіанти копінг-поведінки жінок у групах порівняння (за методикою Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки / стратегії	Групи жінок					
	ГП1 (n = 50)			ГП2 (n = 50)		
	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копінг-стратегії						
Ігнорування	13	8,7	2,8	–	–	–
Смирення	12	8,0	2,7	–	–	–
Дисимуляція	13	8,7	2,8	–	–	–
Збереження самовладання	–	–	–	16	10,7	3,1
Проблемний аналіз	–	–	–	18	12,0	3,2
Відносність	–	–	–	–	–	–
Релігійність	–	–	–	–	–	–
Розгубленість	12	8,0	2,7	–	–	–
Додача сенсу	–	–	–	–	–	–
Установка власної цінності	–	–	–	16	10,7	3,1
Емоційні копінг-стратегії						
Протест	–	–	–	27	18,0	3,8
Емоційна розрядка	–	–	–	–	–	–
Придушення емоцій	13	8,7	2,8	–	–	–
Оптимізм	–	–	–	23	15,3	3,6
Пасивна кооперація	–	–	–	–	–	–
Покірність	12	8,0	2,7	–	–	–
Самозвинувачення	11	7,3	2,6	–	–	–
Агресивність	14	9,3	2,9	–	–	–
Поведінкові копінг-стратегії						
Відволікання	–	–	–	–	–	–
Альтруїзм	–	–	–	17	11,3	3,2
Активне уникнення	23	15,3	3,6	–	–	–
Компенсація	–	–	–	–	–	–
Конструктивна активність	–	–	–	6	12,0	3,2
Відступ	27	18,0	3,8	–	–	–
Співпраця	–	–	–	16	10,7	3,1
Звернення	–	–	–	17	11,3	3,2

тивна активність – 12,0 %, співпраця – 10,7 %, звернення – 11,3 % ($p \leq 0,05$).

У результаті аналізу даних, представлених у таблиці 4, виявлено, що у чоловіків ГП1 в цілому серед когнітивних копінг-стратегій переважали ігнорування – 8,7 %, смирення – 8,7 %, дисимуляція – 9,3 %, розгубленість – 6,7 % ($p \leq 0,05$). У ГП2 переважали збереження самовладання – 10,7 %, проблемний аналіз – 10,7 %, установка власної цінності – 12,0 % ($p \leq 0,05$). Серед емоційних копінг-стратегій у чоловіків ГП1 переважали

Таблиця 4. Варіанти копінг-поведінки чоловіків у групах порівняння (за методикою Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки / стратегії	Групи жінок					
	ГП1 (n = 50)			ГП2 (n = 50)		
	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копінг-стратегії						
Ігнорування	13	8,7	2,8	–	–	–
Смирення	13	8,7	2,8	–	–	–
Дисимуляція	14	9,3	2,9	–	–	–
Збереження самовладання	–	–	–	16	10,7	3,1
Проблемний аналіз	–	–	–	16	10,7	3,1
Відносність	–	–	–	–	–	–
Релігійність	–	–	–	–	–	–
Розгубленість	10	6,7	2,5	–	–	–
Додача сенсу	–	–	–	–	–	–
Установка власної цінності	–	–	–	18	12,0	3,2
Емоційні копінг-стратегії						
Протест	–	–	–	23	15,3	3,6
Емоційна розрядка	–	–	–	–	–	–
Придушення емоцій	13	8,7	2,8	–	–	–
Оптимізм	–	–	–	27	18,0	3,8
Пасивна кооперація	–	–	–	–	–	–
Покірність	12	8,0	2,7	–	–	–
Самозвинувачення	13	8,7	2,8	–	–	–
Агресивність	12	8,0	2,7	–	–	–
Поведінкові копінг-стратегії						
Відволікання	–	–	–	–	–	–
Альтруїзм	–	–	–	17	11,3	3,2
Активне уникнення	26	17,3	3,8	–	–	–
Компенсація	–	–	–	–	–	–
Конструктивна активність	–	–	–	6	12,0	3,2
Відступ	24	16,0	3,7	–	–	–
Співпраця	–	–	–	17	11,3	3,2
Звернення	–	–	–	16	10,7	3,1

придушення емоцій – 8,7 %, покірність – 8,0 %, самозвинувачення – 8,7 %, агресивність – 8,0 % ($p \leq 0,05$). У ГП2 переважали протест – 15,3 %, оптимізм – 18,0 % ($p \leq 0,05$). Серед поведінкових копінг-стратегій у чоловіків ГП1 переважали активне уникнення – 17,3 %, відступ – 16,0 %. У ГП2 переважали альтруїзм – 11,3 %, конструктивна активність – 12,0 %, співпраця – 11,3 %, звернення – 10,0 % ($p \leq 0,05$). Розподіл видів і ступеня адаптивності копіngu у жінок та чоловіків досліджуваних груп відображені у таблиці 5.

У результаті аналізу даних, представлених у таблиці 5, виявлено, що в цілому види та структура копінгу у жінок ДГ1, ДГ2, ДГ3 розподілилися наступним чином. Когнітивний компонент: адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 33,3 %, 33,3 %, 33,3 % відповідно. Емоційний компонент: адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 33,3 %, 33,3 %, 33,3 % відповідно. Поведінковий компонент: адаптивні – не виявлено, відносно адаптивні – 5,9 %, 6,9 %, 6,1 % та не адаптивні – 27,4 %, 26,4 %, 27,2 % відповідно ($p \leq 0,05$).

У чоловіків ДГ1, ДГ2, ДГ3 відповідно: когнітивний компонент: адаптивні – не виявлено, відносно адаптивні – 14,6 %, 13,8 %, 9,7 %, не адаптивні – 18,7 %, 19,5 %, 18,8 %. Емоційний компонент: адаптивні – не виявлено, відносно адаптивні – 10,3 %, 12,6 %, 12,3 %, не адаптивні – 23,1 %, 20,7 %, 21,0 % відповідно. Поведінковий компонент: адаптивні – не виявлено, відносно адаптивні – 17,4 %, 19,8 %, 20,4 %, не адаптивні – 15,9 %, 13,5 %, 12,9 % відповідно ($p \leq 0,05$). Розподіл видів і ступеня адаптивності копінгу у жінок та чоловіків груп порівняння відображено у таблиці 6.

У результаті аналізу даних, представлених у таблиці 6, виявлено, що в цілому види та структура копінгу у жінок ГП1, ГП2 розподілилися наступним чином. Когнітивний компонент: у ГП1 адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 100,0 %. У ГП2 – адаптивні – 100,0 %, відносно адаптивні та не адаптивні – не виявлено. Емоційний компонент: у ГП1 адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 100,0 %. У ГП2 – адаптивні – 100,0 %, відносно адаптивні та не адаптивні – не виявлено. Поведінковий компонент: у ГП1 адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 100,0 %. У ГП2 – адаптивні – 100,0 %, відносно адаптивні та не адаптивні – не виявлено ($p \leq 0,05$).

У чоловіків ГП1, ГП2 відповідно види та структура копінгу розподілилися наступним чином: когнітивний компонент: у ГП1 адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 100,0 %. У ГП2 – адаптивні – 100,0 %, відносно адаптивні та не адаптивні – не виявлено. Емоційний компонент: у ГП1 адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 100,0 %. У ГП2 – адаптивні – 100,0 %, відносно адаптивні та не

Таблиця 5. Види і ступінь адаптивності копінгу у жінок та чоловіків досліджуваних груп (за методикою Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки / стратегії	Групи жінок								
	ДГ1 (n = 107)			ДГ2 (n = 111)			ДГ3 (n = 103)		
	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копінг-стратегії									
Адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	107	33,3	4,7	111	33,3	4,7	103	33,3	4,7
Емоційні копінг-стратегії									
Адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	107	33,3	4,7	111	33,3	4,7	103	33,3	4,7
Поведінкові копінг-стратегії									
Адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносно адаптивні	19	5,9	2,4	23	6,9	2,5	19	6,1	2,4
Не адаптивні	88	27,4	4,5	88	26,4	4,4	84	27,2	4,4
Варіант копінг-поведінки / стратегії	Групи чоловіків								
	ДГ1 (n = 107)			ДГ2 (n = 111)			ДГ3 (n = 103)		
	N	%	± m	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копінг-стратегії									
Адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносно адаптивні	47	14,6	3,5	46	13,8	3,5	30	9,7	3,0
Не адаптивні	60	18,7	3,9	65	19,5	4,0	58	18,8	3,9
Емоційні копінг-стратегії									
Адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносно адаптивні	33	10,3	3,0	42	12,6	3,3	38	12,3	3,3
Не адаптивні	74	23,1	4,2	69	20,7	4,1	65	21,0	4,1
Поведінкові копінг-стратегії									
Адаптивні	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Відносно адаптивні	56	17,4	3,8	66	19,8	4,0	63	20,4	4,0
Не адаптивні	51	15,9	3,7	45	13,5	3,4	40	12,9	3,4

Таблиця 6. Види і ступінь адаптивності копінг у жінок та чоловіків груп порівняння (за методикою Е. Хейма)

Варіант копінг-поведінки / стратегії	Групи жінок					
	ГП1 (n = 50)			ГП2 (n = 50)		
	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копінг-стратегії						
Адаптивні	–	–	–	50	100,0	0,0
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	50	100,0	0,0	–	–	–
Емоційні копінг-стратегії						
Адаптивні	–	–	–	50	100,0	0,0
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	50	100,0	0,0	–	–	–
Поведінкові копінг-стратегії						
Адаптивні	–	–	–	50	100,0	0,0
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	50	100,0	0,0	–	–	–
Групи чоловіків						
Варіант копінг-поведінки / стратегії	Групи чоловіків					
	ГП1 (n = 50)			ГП2 (n = 50)		
	N	%	± m	N	%	± m
Когнітивні копінг-стратегії						
Адаптивні	–	–	–	50	100,0	0,0
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	50	100,0	0,0	–	–	–
Емоційні копінг-стратегії						
Адаптивні	–	–	–	50	100,0	0,0
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	50	100,0	0,0	–	–	–
Поведінкові копінг-стратегії						
Адаптивні	–	–	–	50	100,0	0,0
Відносно адаптивні	–	–	–	–	–	–
Не адаптивні	50	100,0	0,0	–	–	–

адаптивні – не виявлено. Поведінковий компонент: у ГП1 адаптивні та відносно адаптивні – не виявлено, не адаптивні – 100,0 %. У ГП2 – адаптивні – 100,0 %, відносно адаптивні та не адаптивні – не виявлено ($p \leq 0,05$).

Узагальнюючи діагностику копінг-поведінки виокремлено основні варіанти поєднання:

- У ДГ1 – серед жінок – «Ігнорування», «Смиріння», «Дисимуляція», «Розгубленість». Серед чоловіків – «Відносність», «Релігійність», «Додача сенсу».
- У ДГ2 – серед жінок – «Активне уникнення», «Відступ». Серед чоловіків – «Відволікання», «Компенсація», «Конструктивна активність».
- У ДГ3 – серед жінок – «Придушення емоцій», «Пасивна кооперація», «Покірність», «Самозвинувачення», «Агресивність». Серед чоловіків – «Емоційна розрядка», «Оптимізм».

- У ГП1 – серед жінок та чоловіків – «Відносність», «Релігійність», «Додача сенсу», «Емоційна розрядка», «Пасивна кооперація», «Відволікання», «Компенсація», «Конструктивна активність».
- У ГП2 – серед жінок та чоловіків – «Збереження самовладання», «Проблемний аналіз», «Установка власної цінності», «Протест», «Альтруїзм», «Співпраця», «Звернення».

Стійкий зворотний кореляційний зв'язок (тобто і жінка і чоловік мали даний тип) між типами поведінки у конфліктних ситуаціях у жінок та чоловіків досліджуваних груп виявлено між:

- У ДГ1 – «Суперництво»-«Пристаосування» та «Компроміс»-«Уникання».
- У ДГ2 – «Пристаосування»-«Уникання» та «Компроміс»-«Суперництво».
- У ДГ3 – «Суперництво»-«Уникання» та «Компроміс»-«Пристаосування».
- У ГП1 – «Уникання»-«Компроміс», «Компроміс»-«Співпраця» та «Уникання»-«Співпраця».
- У ГП2 – «Співпраця»-«Співпраця».

Висновки

Результати роботи свідчать, що відсутність використання адаптивних копінг-стратегій притаманна усім проблемним подружжям. Дані поведінкові патерни, які, з одного боку, ставали підґрунтям розвитку порушень здоров'я сім'ї, а з іншого – потенціювали його прогресування, не мали значимих відмінностей серед подружжів ДГ1, ДГ2, ДГ3 та ГП1. Ми вважаємо, що копінг-поведінка, притаманна жінкам з АП, не мала суттєвого впливу на її формування, проте наявність АП, особливо на рівні клінічно окресленого розладу, негативно впливала на збереження та прогресування неконструктивної поведінки, погіршуючи тим самим порушення сімейного функціонування.

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

Список використаної літератури

1. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82) – С. 5–11.
2. Юр'єва Н. М. Гендероспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію: аналіз феномену та особливості терапії і психосоціальної реабілітації / Н. М. Юр'єва // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 2 (79). – С. 139–146.
3. Маркова М. В. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості / М. В. Маркова, К. А. Косенко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80) – С. 69–73.
4. Аймедов К. В. Психологічні особливості жінок, хворих на алкогольну залежність / К. В. Аймедов, К. В. Рябукін // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. – 2015. – № 1–2. – С. 81–84.
5. Жданова М. П. Психотерапія порушення здоров'я сім'ї при алкоголізмі у жінки / М. П. Жданова // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, № 2 (51). – С. 60–67.
6. Маркова М. В. Роль хімічної залежності в розвитку внутрішньосімейної дезадаптації / М. В. Маркова, Т. В. Селюкова // Архів психіатрії. – 2000. – № 3–4 (22–23). – С. 25–26.
7. 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.
8. Метод комплексной оценки аддиктивного 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. 56–70.

9. АДДИТИВНИЙ СТАТУС І МЕТОД ЕГО КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ПРИ ПОМОЦІ СИСТЕМИ AUDIT-ПОДОБНИХ ТЕСТОВ / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. [и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33–45.
10. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 4-е изд. / Б. Д. Карвасарский. – СПб. : Питер, 2011. – 864 с.

References

1. Voloshyn, V. P., & Maruta, N. O. (2015). Stratehiia okhorony psykichnoho zdorovia naselennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody [The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii* – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 23, issue 1 (82), pp. 5–11.
2. Yurieva, N. M. (2014). Henderospetsifichna dezadaptatsiia sotsialnoho funktsionuvannia u zhink, khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu: analiz fenomenu ta osoblyvosti terapii i psykhosotsialnoi reabilitatsii [Gender due to specific exclusion of social functioning in women afflicted with paranoid schizophrenia: analysis of the phenomenon and features therapy and psychosocial rehabilitation]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii* – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 22, issue 2 (79), pp. 139–146.
3. Markova, M. V., & Kosenko, K. A. Psykhoterapiia v kompleksnomu likuvanni zhink, khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu, pry riznykh modeliakh rodyynnoi vzaiemodii: obgruntuvannia, zahalni pidkhody, spetsyficni osoblyvosti [Psychotherapy in complex treatment of women with paranoid schizophrenia at different models family interaction: grounds, common approaches, specific features]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii* – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 22, issue 3 (80), pp. 69–73.
4. Aymedov, K. V., & Riabukhin, K. V. (2015). Psykholohichni osoblyvosti zhink, khvorykh na alkoholnu zalezhnist [Psychological features of women suffering alcohol addiction]. *Choloviche zdorovia, henderna ta psykhosomatychna medytsyna* – Men's health, gender and psychosomatic medicine Ukrainian Journal, no. 1–2, pp. 81–84.
5. Zhdanova, M. P. (2007). Psihoterapiia narushenija zdorov'ja sem'i pri alkogolizme u zheny [Psychotherapy of disorder the family health in women's alcoholism]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii* – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 15, issue 2 (51), pp. 60–67.
6. Markova, M. V., & Seliukova, T. V. (2000). Rol khimichnoi zalezhnosti v rozvytku vnutrishnosimeinoi dezadaptatsii [The role of chemical dependency in the development of intrafamily disadaptation]. *Arkhiv psykhatrii* – Archives of psychiatry, vol. 6, no. 3–4 (22–23), pp. 25–26.
7. Savina, M. V. (2016). Strukturni i fenomenolohichni osoblyvosti adyktivnoi povedinky u zhink z porushenniam simeinoi vzaiemodii [Structural and phenomenological peculiarities of addictive behavior disorders in women with family interaction]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii* – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 24, issue 1 (86), pp. 111–115.
8. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F., Grinevich, E. G., Markova, M. V., Musienko, G. A., ... Vygazova, O. V. (2009). Metod kompleksnoji ocenki additivnogo statusa individa i populjacii s pomoshh'ju sistemy audit-podobnyh testov [The method of integrated assessment addictive status of the individual and the population using the AUDIT-like system tests]. *Visnyk psykhatrii ta psykhofarmakoterapii* – Journal of Psychiatry and psychopharmacotherapy, no. 2 (16), pp. 56–70.
9. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F., Grinevich, E. G., Markova, M. V., Musienko, G. A., ... Vygazova, O. V. (2010). Additivnyj status i metod ego kompleksnoji ocenki pri pomoshhi sistemy AUDIT-podobnyh testov [Addictive status and method of its comprehensive assessment using the AUDIT-like system tests]. *Psihicheskoe zdorov'e* – Mental health, no. 6 (49), pp. 33–45.
10. Karvasarskij, B. D. (2011). Klinicheskaja psihologija [Clinical psychology]. Saint Petersburg, Piter, 864 p.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГА СУПРУГОВ С АДДИТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ЖЕНЩИН И РАЗНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ М. В. Савина

Актуальность. Заболевания женщины психическими, в частности аддитивными расстройствами, отражаются на ее психопатологическом состоянии, уровне социальной активности, качества жизни и изменяет функционирование семьи. Семья из адаптогенного ресурса может превратиться в патогенный источник дезадаптации. Изучение взаимосвязей между механизмами формирования и проявлениями аддитивного поведения (АП) у женщин и феноменом здоровья семьи является важной проблемой медицинской психологии.

Цель – изучить особенности копинга у супругов с разным состоянием здоровья семьи и зависимого поведения у женщин для определения мишеней дальнейшей психокоррекционной работы.

Материалы и методы. Обследовано 321 супружескую пару (СП) (исследуемая группа, ИГ) с нарушениями семейных отношений с АП у женщин. ИГ, в зависимости от типа АП, была разделена 3 группы. Группы сравнения сформировано из 50 СП с нарушением здоровья семьи без АП у женщин и (группа сравнения 1, ГС1), 50 условно гармоничных СП (группа сравнения 2, ГС2). Аддитивный статус изучали с помощью батареи AUDIT-подобных тестов, особенности копинга – по методике психологической диагностики копинг-поведения Э. Хейма.

Результаты. Выделены основные варианты сочетания копинга у обследованных СП. Определены типы устойчивой обратной корреляционной связи между типами поведения в конфликтных ситуациях у женщин и мужчин разных исследуемых групп. Копинг-поведение, присущее женщинам с АП, не оказывало существенного влияния на его формирование, однако наличие АП, особенно на уровне клинически выраженного расстройства, негативно влияло на сохранение и прогрессирование неконструктивного поведения, ухудшая тем самым нарушения семейного функционирования.

Выводы. Отсутствие использования адаптивных копинг-стратегий присуще всем проблемным СП. Данные поведенческие паттерны, которые, с одной стороны, становились основой развития нарушений здоровья семьи, а с другой – потенцировавшие его прогрессирование, не имели значимых различий среди супругов ИГ1, ИГ2, ИГ3 и ГС1. Полученные данные были положены нами в основу разработки системы психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин.

Ключевые слова: копинг-поведение, аддитивное поведение, женщины, нарушения здоровья семьи.

FEATURES OF COPING OF COUPLES WITH ADDICTIVE BEHAVIOR OF WIVES AND THE DIFFERENT STATE OF FAMILY HEALTH M. V. Savina

Background. Mental disorders of women, particularly addictive disorders, are affected on their psychopathological state, the level of social activity, quality of life and alters the functioning of the family. Family from adaptogenic resource can become a source of pathogenic maladjustment. The study of the relationship between the mechanisms of formation and manifestation of addictive behavior (AB) in women and family health phenomenon is an important problem of medical psychology.

Objective. To study the features of coping of the couple with different family health and addictive behavior in women and to determine targets for further psychocorrectional work.

Materials and methods. The study involved 321 married couple (MC) (study group, SG) with impaired family relations with the AB of women. SG, depending on the type AB, the group was divided into the three groups. Comparison groups formed from the MC 50 in violation of the family's health without women and AB (comparison 1, CG 1), 50 conditionally harmonious MC (comparison group 2, CG 2). Addictive status was studied using battery AUDIT-like tests, especially coping – by the method of psychological diagnosis coping behavior E. Heim.

Results. The basic options of combination of coping are obtained in the examined MC. The types of stable inverse correlation identified between the types of behavior in conflict situations in women and men of different study groups. Coping behavior, which is inherent in women with addictive behavior, had no significant effect on its formation. But presence of addictive behavior, especially at the level of symptomatic disorders, had a negative impact on the conservation and progression of disruptive behavior, thereby worsening violations of family functioning.

Conclusions. The lack of use of adaptive coping strategies is common to all troubled married couples. These behavioral patterns that, on the one hand, became the basis for the development of family health problems, and on the other – to potentiate its progression, were not significant differences among the spouses SG1, SG2, SG3, and CG1. The data were put in us the basis of the development of the system of psychological correction and psychoprophylactic support family health in the presence of AB in women.

Key words: coping behavior, addictive behavior, women, family health disorders.

Стаття надійшла до редакції 02.08.2016 р.

САВИНА Майя Васильевна, к.мед.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии та медичної психології Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна Міністерства освіти України, м. Харків; e-mail: ms@kharkov.ua

САВИНА Майя Васильевна, к.мед.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета им. В. Н. Каразина Министерства образования Украины, г. Харьков; e-mail: ms@kharkov.ua

SAVINA Maiia Vasyilivna, MD, PhD, Docent, Associate Professor of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education of Ukraine, Kharkiv; e-mail: ms@kharkov.ua

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89 + 61:340.631

О.П. Олійник, О.А. Ревенко, О.Г. Голованова, О.В. Радзевілова
СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ЕКСПЕРТИЗА ОСІБ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ
В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ (АНАЛІЗ ГАЛУЗЕВОЇ СТАТИСТИЧНОЇ ЗВІТНОСТІ)

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

Актуальність. Військові дії в Україні призвели до зростання кількості судово-психіатричних експертиз учасникам бойових дій з психогенними психічними розладами. Це вимагає динамічних підходів до удосконалення діагностики та судово-психіатричної експертної оцінки психогенних психічних розладів в учасників бойових дій, забезпечення дотримання вимог законодавства, підвищення обґрунтованості судових рішень, запобігання порушенням прав людини.

Мета дослідження – проаналізувати актуальний стан проблеми судово-психіатричної експертизи осіб, які брали участь в антитерористичній операції, за даними офіційної статистичної звітності МОЗ України.

Матеріали та методи. За допомогою інформаційно-аналітичного та статистичного методів було проаналізовано звіти з 24 регіонів України щодо проведення судово-психіатричних експертиз осіб, які брали участь в АТО.

Результати. За 2015 рік було проведено 82 судово-психіатричні експертизи учасникам АТО, з них 59 (72%) амбулаторних і 23 (28%) стаціонарних. Усі під експертні перебували у статусі підсудних або підслідних. Частка комплексних експертиз із залученням психолога в якості експерта становила 36,6%. З поданих статистичних звітів видно, що в 10 областях України взагалі не проводились судово-психіатричні експертизи особам, які брали участь в АТО. Фактично такі показники можуть бути обумовлені юридичною неврегульованістю статусу учасника бойових дій на той час. Загальна структура експертних діагнозів була такою: 57,3% підекспертних були визнані психічно здоровими; 23,2% – з психічними розладами рубрики F40-F48; 6,1% – F06.3-9; F07; 4,9% – F10-F10.9; 1,2% – F11-F16; F18-F19; 1,2% – F60-F69. З них такими, що були здатні усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння злочину, були 89%; 6,1% перебували в стані обмеженої осудності; 4,9% склали нез'ясовані випадки.

Висновки. Серед експертних діагнозів в учасників бойових дій з психічними розладами превалювали розлади із розділу F4 (невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади), без конкретизації по вузьких діагностичних рубриках. Враховуючи значну роль психогенного чинника доречною є участь експерта-психолога при проведенні експертизи особам, які брали участь в АТО.

Ключові слова:
судово-психіатрична
експертиза,
посттравматичні
стресові розлади,
учасники бойових дій.

Актуальність. Військові дії на Сході України призвели до збільшення психогенних психічних розладів серед цивільного населення, тимчасово переселених осіб та військовослужбовців [1, 2]. Водночас відмічається зростання кількості військових злочинів та фактів вчинення правопорушень особами, які брали участь у бойових діях. У частини цих осіб спостерігаються психічні розлади, у тому числі стресогенного характеру, що обумовлює необхідність проведення судово-психіатричної або комплексної судової психолого-психіатричної експертизи з метою встановлення впливу цих психічних розладів на

здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. По суті, судово-психіатрична експертиза (СПЕ) визначає медико-правові наслідки, які впливають на застосування або незастосування покарання та його вид, а також на можливість отримання, за потреби, адекватної психореабілітаційної допомоги. Реалії сьогодення, внаслідок яких сформувався та продовжує формуватись особливий контингент осіб – учасників бойових дій, вимагають динамічних підходів до удосконалення діагностики та судово-психіатричної експертної оцінки психогенних психічних розладів в учасників бойових дій,

забезпечення дотримання вимог законодавства у частині законності та об'єктивності судової експертизи, підвищення обґрунтованості судових рішень (вироків, ухвал), запобігання порушенням прав людини. Вищенаведені обставини обумовлюють необхідність моніторингу стану проблеми та отримання об'єктивної інформації щодо СПЕ осіб, які брали участь у бойових діях. З цієї метою авторами, в рамках виконання проекту «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)», було проаналізовано дані офіційної статистичної звітності МОЗ України щодо судово-психіатричних експертиз осіб, які брали участь в антитерористичній операції.

Матеріали та методи дослідження

На початку 2016 року до Міністерства охорони здоров'я України були вперше подані звіти з регіонів щодо проведення судово-психіатричних експертиз осіб, які брали участь в антитерористичній операції (АТО). З цієї метою, відповідно до порядку формування зведених державних та галузевих статистичних звітів [3], окремо щодо учасників АТО надавалась інформація відповідно до таблиць 2200, 2300, 2400, 2500 форми № 38 – здоров. До МОЗ інформацію надали 24 регіональні експертні установи, також враховували дані з Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, статистичний.

Результати та їх обговорення

Як свідчать отримані дані (табл. 1), всього за 2015 рік учасникам АТО було проведено 82 СПЕ, з них 59 (72%) амбулаторних і 23 (28%) стаціонарних. Усі особи, які підлягали СПЕ, перебували в статусі підсудних або підслідних у кримінальних провадженнях. Експертизи свідкам, потерпілим сторонам по цивільних справах не проводилися.

Частка комплексних експертиз із залученням психолога в якості експерта становила 36,6% від загальної кількості СПЕ; серед амбулаторних СПЕ цей відсоток становив 37,3%, серед стаціонарних – 39,1%. Загалом для учасників АТО цей показник виявився вищим, порівняно із загальною кількістю аналогічних експертиз за рік.

З поданих статистичних звітів видно, що в 10 областях України взагалі не проводились СПЕ особам, які

брали участь в АТО. Фактично такі показники можуть бути обумовлені юридичною неврегульованістю статусу учасника АТО серед осіб, які проходили СПЕ на той час. Деякі регіони повідомляли, що вони не проводили СПЕ діючим учасникам АТО. Проте відповідно до порядку формування державних та галузевих статистичних звітів йдеться про осіб, які брали участь в АТО. Це значно ширший контингент, який потрібно охопити для аналізу з метою подальшого надання адекватної допомоги.

Дані, наведені у таблиці 2, свідчать про відсутність будь-якої закономірності в розподілі судово-психіатричних експертиз учасників АТО по регіонах України, хоча доречним було б припустити, що в регіонах, які межують із зоною АТО, їх кількість мала бути більшою. Зважаючи на те, що експертизи зазвичай проводяться за місцем розгляду кримінальних справ, така тенденція може свідчити, що частину правопорушень учасники АТО скоюють на території поза межами бойових дій (під час відпусток, відряджень, після демобілізації тощо) або за злочини, скоєні в зоні АТО, експертне обстеження особа проходить вже за місцем проживання.

Аналіз експертних діагнозів показав, що на амбулаторних СПЕ 62,7% підекспертних були визнані психічно здоровими; 37,3% учасників АТО на час скоєння правопорушення мали ті чи інші психічні порушення, нозологічна структура яких підпадала під наступні рубрики:

- 18,6% – невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-F48);
- 8,5% – непсихотичні психічні розлади органічного походження (F06.3-9; F07);
- 6,8% – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F10-F10.9), за виключенням гострої інтоксикації та психотичних розладів (F10.00-F10.07; F10.01; F10.4; F10.5);
- 1,7% – психічні розлади внаслідок вживання наркотичних, інших психоактивних речовин (ПАР) (F11-F16; F18-F19);
- 1,7% – розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F60-F69).

Виходячи з експертних рішень, згідно з якими 98,3% підекспертних були визнані осудними, виявлені психічні розлади мали невиражений характер і не позбавляли їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними на час скоєння правопорушень. Лише в одному випадку (1,7%) експерти прийняли рішення про обмежену здатність усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними в особи з органічними психічними розладами непсихотичного рівня (табл. 3).

Таблиця 1. Обсяг судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік

Особи, які підлягали СПЕ	Пройшли експертизу		В тому числі					
			амбулаторну			стаціонарну		у судовому засіданні
	всього	з них комплексну	всього	у тому числі		всього	з них комп-лексну	
				комплексну	посмертну			
Підслідні та підсудні	82	30	59	22	–	23	9	–
Свідки та потерпілі	–	–	–	–	–	–	–	–
Особи, які проходили СПЕ за цивільними справами	–	–	–	–	–	–	–	–
Всього	82	30	59	22	–	23	9	–

Таблиця 2. Розподіл судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік по регіонах

Регіони України, у яких функціонують СПЕК (області)	Пройшли експертизу		В тому числі					
			амбулаторну			стаціонарну		у судовому засіданні
	всього	з них комплексну	всього	у тому числі		всього	з них комплексну	
				комплексну	посмертну			
Вінницька	–	–	–	–	–	–	–	–
Волинська	–	–	–	–	–	–	–	–
Дніпропетровська	–	–	–	–	–	–	–	–
Донецька	12	5	4	2	–	8	3	–
Житомирська	4	4	4	4	–	–	–	–
Закарпатська	–	–	–	–	–	–	–	–
Запорізька	3	3	3	3	–	–	–	–
Івано-Франківська	1	–	1	–	–	–	–	–
Київська	2	–	2	–	–	–	–	–
Кіровоградська	6	1	6	1	–	–	–	–
Луганська	6	1	6	1	–	–	–	–
Львівська	12	5	4	2	–	8	3	–
Миколаївська	8	2	8	2	–	–	–	–
Одеська	–	–	–	–	–	–	–	–
Полтавська	–	–	–	–	–	–	–	–
Рівненська	2	1	2	1	–	–	–	–
Сумська	–	–	–	–	–	–	–	–
Тернопільська	–	–	–	–	–	–	–	–
Харківська	–	–	–	–	–	–	–	–
Херсонська	8	4	6	3	–	2	1	–
Хмельницька	6	3	1	1	–	5	2	–
Черкаська	5	–	5	–	–	–	–	–
Чернівецька	5	–	5	–	–	–	–	–
Чернігівська	–	–	–	–	–	–	–	–
УНДІСПН	2	1	2	1	–	–	–	–
Всього	82	30	59	21	–	23	9	–

Структура експертних діагнозів та рішень на стаціонарних СПЕ була дещо іншою. Однозначно особами без психічних розладів були визнані 43,5% підекспертних; 34,7% мали ознаки психічних розладів, які входили до рубрики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F48); 17,4% осіб з невротичними розладами експерти визнали такими, що не повною мірою могли усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння правопорушення. Нез'ясованими залишились 5 випадків, які були нозологічно не визначені, з них один випадок за експертним рішенням зазначений як осудний (табл. 4).

Загальна структура експертних діагнозів учасників АТО, які пройшли СПЕ у 2015 році, була такою:

- 57,3% підекспертних були визнані психічно здоровими;
- 23,2% – з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40-F48);
- 6,1% – з неспсихотичними психічними розладами органічного походження (F06.3-9; F07);
- 4,9% – з розладами психіки та поведінки внаслідок

док вживання алкоголю (F10-F10.9), за виключенням гострої інтоксикації та психотичних розладів (F10.00-F10.07; F10.01; F10.4; F10.5);

- 1,2% – психічні розлади внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР (F11-F16; F18-F19);
- 1,2% – розлади особистості та поведінки у зрілому віці (F60-F69).

З них такими, що були здатні усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння злочину були 89%; 6,1% перебували в стані обмеженої осудності; 4,9% становили нез'ясовані випадки. Згідно з поданими даними, психопатологічним підґрунтям визнання особи обмежено осудною були виражені невротичні, пов'язані зі стресом, психічні розлади (4,9%) та неспсихотичні психічні розлади органічного походження, що не досягають недоумства (1,2%). В усіх випадках визнання особи такою, що під час скоєння злочину обмежено могла усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, експертні комісії рекомендували судам застосувати амбулаторні примусові заходи медичного характеру (табл. 5).

Таблиця 3. Нозологічний розподіл амбулаторних судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік

Назва рубрики	Шифр за МКХ-10	Пройшли СПЕ	З них визнані			Рекомендовані заходи медичного характеру					
			осудними	обмежено осудними	неосудними	ПЗМХ					Піклування родичів з обов'язковим лікарським наглядом
						стаціонарний нагляд			амбулаторні		
						суворий	пошилений	звичайний	всього	з них обмежено осудним	
Органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки	F00-F09	5	4	1	-	-	-	-	1	1	-
з них деменція, усі форми	F00-F03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
у т.ч.: судинна деменція	F01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
деменція внаслідок епілепсії	F02.8x3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Інші психози та слабоумство органічного походження	F04, F05, F06.0,1,2; F09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	F06.3-9; F07	4	3	1	-	-	-	-	1	1	-
з них: внаслідок епілепсії	F06. x3; F07.83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
судинних захворювань головного мозку	F06. x4; F07.82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шизофренія	F20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шизотипові розлади	F21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Гострі та транзиторні маячні розлади	F23; F24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Шизоафективні розлади	F25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хронічні та інші психотичні розлади	F22; F28; F29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Афективні розлади	F30-F39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
з них афективні психотичні розлади	F30.2; F31.2,5; F31.6; F32.2,3; F33.2,3; F34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	F40-F48	11	11	-	-	-	-	-	-	-	-
Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями	F50-F59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	F60-F69	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Розумова відсталість	F70-F79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку	F80-F89; F90-F98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	F10-F10.9	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-
з них: гостра інтоксикація	F10.00-F10.07; F10.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
психотичні розлади	F10.4; F10.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади психіки внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР	F11-F16; F18-F19	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Діагноз не уточнено, експертне рішення не винесено	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Визнано психічно здоровими		37	37	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього пройшли СПЕ		59	58	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблиця 4. Нозологічний розподіл стаціонарних судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік

Назва рубрики	Шифр за МКХ-10	Пройшли СПЕ	З них визнані			Рекомендовані заходи медичного характеру					
			осудними	обмежено осудними	неосудними	ПЗМХ					Піклування родичів з обов'язковим лікарським наглядом
						стаціонарний нагляд			амбулаторні		
						суворий	пошилений	звичайний	всього	з них обмежено осудним	
Органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки:	F00-F09	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
з них деменція, усі форми	F00-F03	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
у т.ч.: судинна деменція	F01	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
деменція внаслідок епілепсії	F02.8x3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Інші психози та слабоумство органічного походження	F04, F05, F06.0,1,2; F09	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	F06.3-9; F07	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
з них: внаслідок епілепсії	F06. x3; F07.83	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
судинних захворювань головного мозку	F06. x4; F07.82	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Шизофренія	F20	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Шизотипові розлади	F21	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гострі та транзиторні маячні розлади	F23; F24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Шизоафективні розлади	F25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Хронічні та інші психотичні розлади	F22; F28; F29	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Афективні розлади	F30-F39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
з них афективні психотичні розлади	F30.2; F31.2,5; F31.6; F32.2,3; F33.2,3; F34	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	F40-F48	8	4	4	–	–	–	–	4	4	–
Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями	F50-F59	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	F60-F69	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Розумова відсталість	F70-F79	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Розлади психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку	F80-F89; F90-F98	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	F10-F10.9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
з них: гостра інтоксикація	F10.00-F10.07; F10.01	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
психотичні розлади	F10.4; F10.5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Розлади психіки внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР	F11-F16; F18-F19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Діагноз не уточнено, експертне рішення не винесено		–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Визнано психічно здоровими		10	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Неповні дані		5	1	?	?	–	–	–	–	–	–
Всього пройшли СПЕ		23	15	4	–	–	–	–	4	4	–

Висновки

Офіційні статистичні звітні форми МОЗ України не передбачають окремого обліку ПТСР при судово-психіатричній експертизі. Враховується лише загальна кількість розладів із розділу F4 (невротичні, пов'язані зі стресом

та соматоформні розлади), без конкретизації по вузьких діагностичних рубриках.

Слід зазначити, що експертним установам необхідно більш ретельно підходити до заповнення форми 38-здоров. для осіб, які брали участь в АТО, для можливості подальшого аналізу й розробки адекватних програм

Таблиця 5. Нозологічний розподіл судово-психіатричних експертиз учасників АТО за 2015 рік

Назва рубрики	Шифр за МКХ-10	Пройшли СПЕ	З них визнані			Рекомендовані заходи медичного характеру						Піклування родичів з обов'язковим лікарським наглядом
			осудними	обмежено осудними	неосудними	ПЗМХ						
						стаціонарний нагляд			амбулаторні			
						суворий	поширений	звичайний	всього	з них обмежено осудним		
Органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки:	F00-F09	5	4	1	-	-	-	-	1	1	-	
з них деменція, усі форми	F00-F03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
у т.ч.: судинна деменція	F01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
деменція внаслідок епілепсії	F02.8x3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Інші психози та слабоумство органічного походження	F04, F05, F06.0,1,2; F09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Непсихотичні психічні розлади органічного походження	F06.3-9; F07	5	4	1	-	-	-	-	1	1	-	
з них: внаслідок епілепсії	F06. x3; F07.83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
судинних захворювань головного мозку	F06. x4; F07.82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Шизофренія	F20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Шизотипові розлади	F21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Гострі та транзиторні маячні розлади	F23; F24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Шизоафективні розлади	F25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Хронічні та інші психотичні розлади	F22; F28; F29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Афективні розлади	F30-F39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
з них афективні психотичні розлади	F30.2; F31.2,5; F31.6; F32.2,3; F33.2,3; F34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	F40-F48	19	15	4	-	-	-	-	4	4	-	
Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями	F50-F59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Розлади особистості та поведінки у зрілому віці	F60-F69	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Розумова відсталість	F70-F79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Розлади психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку	F80-F89; F90-F98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	F10-F10.9	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	
з них: гостра інтоксикація	F10.00-F10.07; F10.01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
психотичні розлади	F10.4; F10.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Розлади психіки внаслідок вживання наркотичних, інших ПАР	F11-F16; F18-F19	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Діагноз не уточнено, експертне рішення не винесено		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Визнано психічно здоровими		47	47	-	-	-	-	-	-	-	-	
Неповні дані		5	1	?	?	-	-	-	-	-	-	
Всього пройшли СПЕ		82	73	5	-	-	-	-	5	5	-	

надання допомоги такому контингенту. Превалювання в нозологічній структурі експертних діагнозів з рубрики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів свідчить про значну етіопатогенетичну роль стресогенних впливів, набутих під час бойових дій у зоні АТО.

Враховуючи вплив психологічного чинника як фактора етіопатогенезу, вольового критерію обмеженої осудності та основи психореабілітаційних програм, доречним вбачається участь психолога-експерта при проведенні експертизи особам, які брали участь в АТО.

Список використаної літератури

1. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013–2015 рр. / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 2 (85). – С. 20–27.
2. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2013–2015 рр. // Центр медичної статистики МОЗ України; Український НДІ соціальної судової психіатрії та наркології МОЗ України. – Кіровоград: ПП «Поліум», 2016. – 80 с.
3. Порядок формування зведених державних та галузевих статистичних звітів МОЗ 2015 рік [The order of formation of the consolidated government and industry statistical reports of the Ministry of health 2015] Available at: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/center.html> 2015-11-10. (accessed 31.07.2016).

References

1. Pinchuk, I. Ya., Petrichenko, O. O., Kolodezhny, O. V., & Zdoryk, I. F. (2016). *Dynamica psichynogo zdorovya naselenya Ukrainy y period 2013-2015* [Dynamics of the mental

health of population of Ukraine in the during 2013-2015]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*. Vol. 22, no. 2 (85), pp. 20-27.

2. *Psykhychno zdorovia naselennia Ukrainy. Analitichno-statystychnyi dovidnyk 2013-2015 rr.* [Mental health of population in Ukraine. Analytical and statistical handbook 2013-2015] (2016). *Ukrainskyi NDI sotsialnoi i sudovoi psykhiatrii ta narkologii 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», 80 p.
3. *Poryadok formuvannya zvedenyh derzhavnyh ta galuzevyh statystychnykh zvitiv MOZ 2015 rik* [The order of formation of the consolidated government and industry statistical reports of the Ministry of health 2015] (2015, November 10). Retrieved from: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc/center.html>. (accessed 31.07.2016).

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЛИЦ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ (АНАЛИЗ ОТРАСЛЕВОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ)

О.П. Олейник, А.А. Ревенко, Е.Г. Голованова, А.В. Радзевилова

Актуальность. Военные действия в Украине способствуют росту количества судебно-психиатрических экспертиз участникам боевых действий с психогенными психическими расстройствами. Это требует динамических подходов к совершенствованию диагностики и судебно-психиатрической экспертной оценки психогенных психических расстройств у участников боевых действий, обеспечению соблюдения требований законодательства, повышению обоснованности судебных решений, предупреждению нарушений прав человека.

Цель исследования – проанализировать актуальное состояние проблемы судебно-психиатрической экспертизы лиц, принимавших участие в антитеррористической операции, по данным официальной статистической отчетности МЗ Украины.

Материалы и методы. С помощью информационно-аналитического и статистического методов были проанализированы отчеты из 24 регионов Украины относительно проведения судебно-психиатрических экспертиз лиц, принимавших участие в АТО.

Результаты. За 2015 год было проведено 82 СПЭ участникам АТО, из них 59 (72%) амбулаторных и 23 (28%) стационарных. Все обследуемые находились в статусе подсудимых или подозреваемых. Доля комплексных экспертиз с привлечением психолога в качестве эксперта составила 36,6%. Из представленных статистических отчетов усматривается, что в 10 областях Украины вообще не проводились СПЭ лицам, принимавшим участие в АТО. Фактически такие показатели могут быть обусловлены юридической неурегулированностью статуса участника боевых действий на то время. Общая структура экспертных диагнозов была такой: 57,3% подэкспертных были признаны психически здоровыми; 23,2% – с психическими расстройствами рубрики F40-F48; 6,1% – F06.3-9; F07; 4,9% – F10-F10.9; 1,2% – F11-F16; F18-F19; 1,2% – F60-F69. Из них способными осознавать значение своих действий и руководить ими во время совершения преступления были 89%; 6,1% находились в состоянии ограниченной вменяемости; 4,9% составили невыясненные случаи.

Выводы. Среди экспертных диагнозов у участников боевых действий с психическими расстройствами преобладали расстройства из раздела F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), без конкретизации по узким диагностическим рубрикам. Учитывая значительную роль психогенного фактора, уместным является участие эксперта-психолога при проведении экспертизы лицам, принимавшим участие в АТО.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, посттравматические стрессовые расстройства, участники боевых действий.

FORENSIC PSYCHIATRIC EVALUATION OF PERSONS WHO PARTICIPATED IN THE ANTI-TERRORIST OPERATION (ANALYSIS OF BRANCH STATISTICAL REPORTS)

О.П. Олейник, А.А. Ревенко, Е.Г. Голованова, А.В. Радзевилова

Background. Military actions in Ukraine give rise to the growing number of forensic psychiatric evaluations of combatants with stress-related mental disorders. This requires dynamic approaches for the improvement of diagnosis and forensic psychiatric expert assessment of stress-related mental disorders of combatants to ensure compliance with legal requirements, validity of judicial decisions and prevention of human rights violations.

Objective. The purpose of the study is to analyze the current state of the forensic psychiatric evaluation of individuals who took part in the Anti-Terrorist Operation (ATO) according to official statistical reports of the Ministry of Health of Ukraine.

Materials and methods. In analyzed Reports on forensic psychiatric evaluations of ATO combatants from 24 regions of Ukraine. were analyzed. Analytical and statistical methods were used.

Results. In 2015 there were 82 forensic psychiatric evaluations conducted for the ATO participants, of whom 59 (72%) outpatient and 23 (28%) — in-patient. All the subjects were in the status of accused or defendant. Part of complex (multispecialty) forensic psychological-psychiatric expertise was 36.6%. Presented statistical reports show that in 10 regions of Ukraine there were no cases of forensic psychiatric evaluation of ATO participants. In fact, such indicators could be due to the unresolved legal status of the combatants at the time. The general structure of the expert diagnoses was as follows: 57.3% of subjects were found mentally healthy; 23.2% had mental disorders of section F40-F48; 6.1% – F06.3-9; F07; 4.9% – F10-F10.9; 1.2% – F11-F16; F18-F19; 1.2% – F60-F69. 89% of subjects were declared to be responsible for their actions, and diminished responsibility was found in 6.1% of cases. In 4.9% diagnosis and expert conclusion were not made.

Conclusions. Among the expert diagnoses in combatants with mental disorders prevailed section F4 (neurotic, stress-related and somatoform disorders), without specifying the narrow diagnostic category. Given the significant role of psychogenic factors, appropriate is the involvement of a psychologist expert in the examination, persons who participated in the ATO.

Key words: forensic psychiatric expertise, post-traumatic stress disorder, combatants.

Стаття надійшла до редакції 05.08.2016 р.

ОЛЕЙНИК Оксана Петрівна, к.мед.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ; e-mail: sudprof@ukr.net

РЕВЕНКО Олександр Анатолійович, д.мед.н., професор, керівник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ
ГОЛОВАНОВА Олена Григорівна, старший науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: amara.olena@gmail.com

РАДЗЕВИЛОВА Олександра Володимирівна, науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: alexic@list.ru

ОЛЕЙНИК Оксана Петровна, к.мед.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины (УНДІ ССПН МЗ Украины), г. Киев; e-mail: sudprof@ukr.net
РЕВЕНКО Александр Анатольевич, д.мед.н., профессор, руководитель отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев
ГОЛОВАНОВА Елена Григорьевна, старший научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев; e-mail: amara.olena@gmail.com

РАДЗЕВИЛОВА Александра Владимировна, научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев; e-mail: alexic@list.ru

OLIINYK Oksana Petrivna, MD, PhD, Leading researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination Ukrainian research Institute of social and forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv; e-mail: sudprof@ukr.net
REVENOK Oleksandr Anatoliyovich, MD, PhD, Prof., Head of the Department of complex forensic-psychiatric examination of URI SFPDA MHU, Kyiv
HOLOVANOVA Olena Hryhorivna, Senior researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: amara.olena@gmail.com
RADZEVILOVA Oleksandra Volodymyrivna, Research associate of the Department of complex forensic-psychiatric examination of URI SFPDA MHU, Kyiv; e-mail: alexic@list.ru

АНОНС ПОДІЙ



SAVE the DATE

April,
27–29, 2017

Annual psychiatry international conference
**PSYCHIATRY OF THE XXI CENTURY:
ISSUES AND INNOVATIVE DECISIONS**



www.rimon.in.ua/psyconference/2017



Ukrainian Research Institute of
Social and Forensic Psychiatry
and Drug Abuse



The Ukrainian
Psychiatric
Association



Charitable foundation
Research Innovations in Medicine «RIMON»
Tel./fax +38-044-537 52 77
foundation@rimon.in.ua
<http://rimon.in.ua>

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Співробітники інституту (професори, доктори та кандидати медичних наук) зі спеціальностей «Психіатрія», «Дитяча психіатрія», «Наркологія», «Медична психологія», «Психотерапія» на базі консультативно-поліклінічного відділення надають дорослим та дітям консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу при психічних та поведінкових розладах.

Ви можете дістатися до нас за такими маршрутами:

- Від станції метро «Дорогожичі» тролейбус № 27 до зупинки «Лікарня ім. Павлова»
- Від залізничного вокзалу маршрутне таксі № 18+7 до зупинки «Лікарня ім. Павлова»
- Від станції метро «Петрівка» тролейбус № 27 до зупинки «Кирилівська церква»
- Від станції метро «Контрактова площа» трамвай № 11, № 12 до зупинки «Стадіон Спартак»



Як нас знайти:

Україна, 04080, м. Київ,
вул. Кирилівська, 103,
Телефон: 044-468-32-58
e-mail: undisspn@ukr.net

1 РАЗ НА МІСЯЦЬ

суспензія для ін'єкцій
продовженої дії

КСЕПЛІОН®

паліперидону пальмітат

Від досягнень науки до здоров'я пацієнтів



PNC/KSEPLION/15/0002

Коротка інструкція для медичного застосування препарату КСЕПЛІОН® (XEPILION®)

Склад: діюча речовина: paliperidone palmitate; 1 мл суспензії містить паліперидону пальмітату у кількості, що відповідає 100 мг паліперидону. **Лікарська форма.** Суспензія для ін'єкцій продовженої дії. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичний засіб (нейролептик). Код АТХ N05A X13. **Показання.** Підтримуюча терапія симптомів шизофренії у дорослих, стан яких стабілізовано паліперидоном або рисперидоном. У окремих випадках дорослим пацієнтам з шизофренією, які раніше ефективно лікувалися паліперидоном або рисперидоном, Ксепліон® можна застосовувати без попередньої стабілізації пероральними препаратами даної групи, якщо психотичні симптоми хворого варіюють від легкого до помірного ступеня і якщо показано лікування ін'єкційними лікарськими формами продовженої дії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, або до рисперидону. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована початкова доза Ксепліону® становить 150 мг у порції день лікування та 100 мг через 1 тиждень (восьмий день лікування). З метою швидкого досягнення терапевтичної концентрації, обидві ін'єкції слід вводити в дельтоподібний м'яз. Рекомендована щомісячна підтримуюча доза – 75 мг; у залежності від індивідуальної переносимості та/або ефективності дозу можна збільшити або зменшити в діапазоні 25-150 мг. Пацієнтам, які мають надлишкову масу тіла або ожиріння, може бути потрібне підвищення дози. Після другої дози наступні ін'єкції можна вводити в дельтоподібний або сідничний м'яз. Підтримуючу дозу можна коригувати щомісячно. Паліперидону пальмітат призначений тільки для інтравенного застосування. Для більш докладної інформації див. повну інструкцію для медичного застосування. **Діти.** Безпека та ефективність застосування Ксепліону® дітям не встановлені, тому препарат не застосовують у цій віковій групі. **Побічні реакції.** Найчастішими побічними реакціями під час клінічних досліджень були безсоння, головний біль, тривожність, інфекції верхніх дихальних шляхів, реакції у місці ін'єкції, паркінсонізм, збільшення маси тіла, акатизія, ажитація, седація/сонливість, нудота, запор, запаморочення, м'язово-скелетний біль, тахікардія, тремор, біль у животі, блювання, діарея, слабкість та дистонія. З них акатизія та седація/сонливість виявилися дозозалежними побічними реакціями. Стосовно повного профілю безпеки препарату – див. інструкцію для медичного застосування. **Термін придатності.** 2 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування.

Регістраційне посвідчення МОЗ України № UA/13547/01/01 від 02.04.2014 терміном на 5 років.
Текст складено у відповідності з інструкцією для медичного застосування, яку затверджено МОЗ України 02.04.2014 зі змінами від 26.01.2015.

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою:
04070, м. Київ, вул. Сковороди, 19. Тел. (044) 490 64 64, факс (044) 490 64 65.

janssen
фармацевтична компанія
of Johnson & Johnson