

ISSN 2410-7484

Т. 23, 1 (88)' 2017

Науково-практичний журнал

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARKHIV PSYKHIATRII

Vol. 23, no. 1 (88)' 2017



WWW.UNDISSPN.ORG.UA

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 та методи (materials and methods);
 - г) результати (results);
 - д) висновки (conclusions);
 - е) ключові слова (keywords) (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 (СІ).
- **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 виносках.

- **Ілюстрації** (рисунки, діаграми, фотографії) надаються у двох примірниках. Зі зворотного боку рисунків олівцем слід зазначити прізвище першого автора, номер рисунка, позначення верху рисунка. Рисунки не мають бути перевантажені текстовими написами. Якщо ілюстрації подаються в електронному вигляді, вони мають бути збережені в форматі JPG (300–600 dpi). Ілюстрації (графіки, діаграми, формули) мають бути чіткими, фотографії – контрастними. Малюнки й таблиці не повинні дублювати один одного. У графіках і діаграмах має бути зазначено, що дано на осях координат, на наведених кривих тощо.
- **Скорочення.** Не є припустимим скорочення слів, назв (крім загальноприйнятих скорочень мір фізичних, хімічних, а також математичних одиниць і термінів, та скорочень, визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила» та ГОСТ 7.12-93 «Библиографическая запись. Сокращения слов на русском языке. Общие требования и правила»). Міри подаються за Міжнародною системою одиниць (СІ) в українському / російському позначенні.
- **Список використаної літератури** формується двома блоками: традиційним та додатковим для закордонних баз даних. Традиційний блок списку літератури оформлюється в один із таких способів: 1) у порядку появи посилань у тексті; 2) в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків; 3) у хронологічному порядку. Бібліографічний опис джерел слід складати відповідно до чинних стандартів з бібліотечної та видавничої справи, міжнародних і державного стандартів з обов'язковим наведенням назв праць. Зокрема, потрібну інформацію можна одержати із таких міждержавних і державних стандартів:
 - ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання (ГОСТ 7.1–2003, IDT)»;
 - ДСТУ 3582-97 «Інформація та документація. Скорочення слів в українській мові у 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 колеґії, підлягають рецензуванню.
- Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.
- Редакційна колеґія правомірно 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 колеґія 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 колеґією та внесення висновку щодо затвердження матеріалу до публікації автору буде повідомлено про це листом за електронною адресою, яка вказана для комунікації.

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

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 23, № 1 (88) '2017

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

Ц. Б. Абдрахімова, Л. О. Булахова, О. О. Древіцька, І. А. Марценковський, О. П. Олійник, О. С. Осуховська, В. Я. Пішель, М. Ю. Поливіяна, С. Г. Полшкова, О. А. Ревенок, Н. М. Степанова, С. І. Табачников, Є. М. Харченко, О. С. Чабан, С. С. Шум, О. В. Ціомік

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. Напреєнко (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. Утрін (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: jar.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 № 3 від 15.03.2017 р.).
Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3
Формат 60x84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».
Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друку арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 192.

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, 2017.

ARKHIV PSYKHIIATRII • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal

Vol. 23, no. 1 (88) '2017

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

C. B. Abdriakhimova, L. O. Bulakhova, O. O. Drevitska, I. A. Martsenkovsky, O. P. Oliinyk, O. S. Osukhovska, V. Ya. Pishel, M. Yu. Polyviana, S. G. Polshkova, O. A. Revenok, N. M. Stepanova, S. I. Tabachnikov, Ye. M. Kharchenko, O. S. Chaban, S. S. Shum, O. V. Tsiomik

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. Ivniyev (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 № 3 dated 15 March 2017).

Printed Ltd. «Djulia print» 03057, Kyiv, Dovzhenko str., 3

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, Ю. В. Ячник, А. К. Ладик-Бризгалова, Л. О. Булахова</i> ПСИХОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ І СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ В УКРАЇНІ	6
--	---

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. О. Хаустова</i> ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОЇ ДЕПРЕСІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ	11
<i>О. П. Романів, М. А. Устюгова</i> ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗАКАРПАТСЬКОГО РЕГІОНУ З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ	23
<i>І. І. Анікіна</i> ДИЗАЙН ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРІАНТІВ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ.	28
<i>В. О. Бедлінський</i> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ, ТА У ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОГЕННИМИ АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ НАСТРОЮ	33

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>О. Л. Лизак</i> ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ СИСТЕМИ СТАНДАРТНИХ КАТЕГОРІЙ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТЕМИ КОНФЛІКТНИХ СТОСУНКІВ (ЦТКС-ЛУ) ДЛЯ ОЦІНКИ ПАТЕРНІВ СТОСУНКІВ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС СТАЦІОНАРНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ	37
<i>В. І. Пономарьов, О. В. Самойлова</i> ПОКАЗНИКИ РІВНІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ РИЗИКІВ У ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ З ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ	45
<i>О. В. Ткаченко</i> ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ.	52

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. П. Олійник</i> ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ УСПІШНОЇ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ	56
--	----

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ПСИХІАТРІЯ ХХІ СТОЛІТТЯ: ПРОБЛЕМИ ТА ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ», 27-29 КВІТНЯ 2017 Р., М. КИЇВ ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

<i>Д. І. Бойко, Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник</i> ФАКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ЕПІЗОДОМ ПСИХОЗУ	61
<i>Л. О. Герасименко</i> ФАКТОРИ ПСИХОТРАВМИ У ЖІНОК З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ	62

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>I. Ya. Pinchuk, Yu. V. Yachnik, A. K. Ladyk-Bryzgalova, L. O. Bulakhova</i> PSYCHOLOGICAL RECOVERY AND SOCIAL INTEGRATION OF VETERANS IN UKRAINE	6
---	---

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>O. O. Khaustova</i> TREATMENT OF RESISTANT DEPRESSION: THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM AND PROSPECTIVE THERAPEUTIC TRENDS.	11
<i>O. P. Romaniv, M. A. Ustyugova</i> FEATURES OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER IN TRANS-CARPATHION REGION.	23
<i>I. I. Anikina</i> DESIGN AND METHODOLOGY OF THE STUDY OF THE VARIANTS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY	28
<i>V. O. Bedlinskyi</i> COMPARATIVE ASSESSMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY AND PATIENTS WITH ENDOGENOUS AFFECTIVE MOOD DISORDER	33

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>O. L. Lyzak</i> USING THE UKRAINIAN VERSION OF THE ALTERNATIVE SYSTEM OF THE STANDARD CATEGORIES OF THE CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME (CCRT-LU) FOR EVALUATION OF RELATIONSHIP PATTERNS OF INPATIENTS DURING PSYCHOTHERAPY.	37
<i>V. I. Ponomarov, O. V. Samoilova</i> INDICATOR OF THE LEVEL OF SUICIDAL RISK OF INTERNALLY DISPLACED CHILDREN WITH MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER ...	45
<i>O. V. Tkachenko</i> PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH THE MODERATE SEVERITY 2ND TYPE DIABETES MELLITUS ...	52

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>O. P. Oliynyk</i> ORGANIZATIONAL AND LEGAL FOUNDATIONS OF SUCCESSFUL REINTEGRATION OF FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS	56
---	----

ANNUAL PSYCHIATRY INTERNATIONAL CONFERENCE PSYCHIATRY OF THE XXI CENTURY: ISSUES AND INNOVATIVE DECISIONS 27-29 APRIL 2017, KYIV ABSTRACTS

<i>D. I. Bojko, L. V. Zhyvotovska, G. T. Sonnik</i> SUICIDE RISK FACTORS IN PATIENTS WITH FIRST EPISODE OF PSYCHOSIS.	61
<i>L. O. Herasymenko</i> FACTORS OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER.	62

<i>Т. Ю. Ільницька</i> РОЛЬ РОЗЛАДУ З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ПРЕМОРБІДІ ПРИ ПСИХІЧНІЙ ТРАВМІ	63	<i>T. Yu. Ilnytska</i> ADHD ROLE IN PREMORBIDE AFTER THE POSTTRAUMATIC STRESS	63
<i>И. В. Калугин, Е. А. Хаустова</i> ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	64	<i>I. V. Kalugin, O. O. Khaustova</i> THE PROBLEM OF COMMITMENT TO THERAPY IN GERONTOPSIHYATRIC PATIENTS	64
<i>С. С. Кирилюк, А. В. Борщевська</i> ШКІЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ: СУЧАСНИЙ КОНТЕКСТ	66	<i>S. S. Kyrylyuk, A. V. Borshchevska</i> SCHOOL EXCLUSION: THE MODERN CONTEXT	66
<i>О. А. Козерацька</i> СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ ПРАВООПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ.....	69	<i>O. A. Kozeratska</i> FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION OF THE PERPETRATORS OF SEXUAL CRIMES	69
<i>В. А. Курило</i> ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН, СУПРУГИ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ.....	71	<i>V. A. Kurilo</i> INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MENTALLY HEALTHY WOMEN, WHOSE SPOUSES SUFFER FROM PERSONALITY DISORDER	71
<i>І. С. Майдан</i> ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО ПЕРІОДУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ	72	<i>I. S. Maydan</i> MENTAL DISORDERS IN PREMENSTRUAL PERIOD: A CONTEMPORARY VIEW AT THE PROBLEM.....	72
<i>О. П. Олійник</i> ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В СУДОВО-ЕКСПЕРТНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ	73	<i>O. P. Oliinyk</i> MENTAL DISORDERS DUE TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE IN FORENSIC EXPERTISE.....	73
<i>І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, О. О. Древіцька, О. М. Мишаківська, І. Ф. Здорик</i> ПСИХІАТРИЧНІ ЦЕНТРИ ДЕННОГО ДОГЛЯДУ – ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ	74	<i>I. Ya. Pinchuk, O. V. Kolodezhny, O. O. Drevitska, O. M. Myshakivska, I. F. Zdoryk</i> PSYCHIATRIC DAYCARE CENTERS – A PERSPECTIVE COURSE OF MENTAL HEALTHCARE	74
<i>В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко</i> КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	75	<i>V. Ya. Pishel, M. Yu. Polyviana, K. V. Guzenko</i> CLINICAL POLYMORPHISM OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS AT PARTICIPANTS IN THE ATO	75
<i>Н. Г. Пшук, О. О. Белов</i> ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНОГО ПАТОМОРФОЗУ ЦИРКУЛЯРНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ..	76	<i>N. G. Pshuk, O. O. Belov</i> FEATURES OF SOCIO-DEMOGRAPHIC PATHOMORPHOSIS OF CIRCULAR DEPRESSIVE DISORDERS	76
<i>Н. Г. Пшук, А. О. Камінська</i> ПОРІВНЯЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ БАЗИСНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ТА ЇХ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ	77	<i>N. G. Pshuk, A. O. Kaminska</i> COMPARATIVE FEATURES OF BASIC COPING-STRATEGIES IN PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS AND THEIR REFERENCE RELATIVES	77
<i>А. М. Скрипніков, К. В. Гринь, Я. П. Мартиненко</i> ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ	79	<i>A. M. Skrypnikov, K. V. Gryn', I. P. Martynenko</i> THERAPEUTIC ASPECTS OF TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS AND ADAPTATION DISORDERS	79
<i>Г. Т. Сонник, О. В. Погорілко, Л. А. Боднар, Є. В. Шиндер</i> БІОРИТМОЛОГІЧНА ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ У ХВОРИХ НА ДИСОЦІАТИВНІ РОЗЛАДИ.....	80	<i>G. T. Sonnik, O. V. Pogorilko, L. A. Bodnar, E. V. Shynder</i> BIORHYTHMOLOGICAL INDIVIDUALITY IN PATIENTS WITH DISSOCIATIVE DISORDERS	80



ДОРОГІ ДРУЗІ, КОЛЕГИ, ЧИТАЧІ!

Від імені редакційної колегії та редакційної ради, від себе особисто вітаю Вас з новим Науковим 2017 роком! У новому році ми маємо амбітні плани, надії і сподівання на позитивні зміни та втілення заповітних мрій.

Наука – галузь, що протягом століть об'єднує людей усього світу, незалежно від їхніх національних традицій, політичних переконань і релігійної належності.

Хочу подякувати всім своїм колегам, науковцям і практичним медикам, які надсилали свої наукові праці до нашого журналу в 2016 році, за підтримку при виконанні поставлених державою стратегічних завдань, спрямованих на реформування психіатричної галузі, за витримку, милосердя, нову наукову думку при виконанні свого професійного обов'язку, за те, що своєю щоденною працею Ви піклуетесь про найвищу цінність – здоров'я людини.

Аналізуючи досвід розвитку системи охорони психічного здоров'я в державах, які зазнали військового конфлікту, бачимо, що визнання її важливості відбувалося саме в такий важкий та складний період для цих країн. Тому, сподіваючись на прийняття наприкінці 2017 року Української Національної програми охорони психічного здоров'я, закликаю Вас до широкого обговорення цього питання на сторінках нашого журналу.

Хочу нагадати, що в 2005 році група фахівців під керівництвом ВООЗ уперше напрацювала проект документу «Концепція Державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 рр.». Цей документ з'явився на сайті МОЗ України 04.04.2006 року в статусі: проект – громадське обговорення. Він справив неоднозначне враження як на професійну спільноту, так і на політичну еліту України. Удосконалення цього документу відбувалося до 2008 року. В лютому 2008 року «Концепція Державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні» була розглянута на засіданні круглого столу при Комітеті з питань охорони здоров'я. Однак на той час керівництво держави та політична еліта не були готові усвідомити важливість питання охорони психічного здоров'я населення України. Другим важливим кроком на шляху лобіювання «Концепції Державної програми розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2020 р.» стало обговорення цього документу Міжвідомчою координаційною радою з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні, яка була створена в МОЗ України наприкінці 2013 року. В представленому документі були визначені основні причини недостатньої ефективності надання психіатричної допомоги та запропоновані шляхи розв'язання проблем. Проте події 2014 року знову зупинили зацікавленість державних лідерів цим документом. На Парламентських слуханнях у грудні 2015 року у виступі на тему «Психічне здоров'я – важлива складова національної безпеки держави та стабільності суспільства» була зазначена актуальність питання охорони психічного здоров'я та необхідність затвердження Державної Програми охорони психічного здоров'я населення України. Десятирічний термін роботи наразі отримав очікуваний результат – Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 23.11.2015 № 1393 «Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року» Міністерство охорони здоров'я України зобов'язане розробити проект комплексної національної стратегії у галузі психічного здоров'я дорослих і дітей в Україні на період до 2020 року.

Запрошуємо усіх долучитися до обговорення цього важливого документа на сторінках «Архіву психіатрії» в 2017 році.

У квітні 2017 року Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, разом із АПУ, проводить щорічну науково-практичну конференцію з міжнародною участю. До участі у її роботі запрошуються науковці, молоді

вчені, докторанти, аспіранти, психіатри, дитячі психіатри, сімейні лікарі, організатори охорони здоров'я, соціальні працівники, медсестри, психологи та інші фахівці, які працюють у сфері психічного здоров'я. У конференції братимуть участь відомі світові експерти з питань психічного здоров'я, серед яких Обраний Президент Всесвітньої психіатричної асоціації (WPA) Хелен Херрман (Австралія); Президент секції дитячої психіатрії WPA, професор відділення дитячої та підліткової психіатрії Департаменту психіатрії Психіатричного Інституту Л. Портера, Університет Каліфорнії, професор Беннетт Левенталь (Сан-Франциско, США); Керівник центру дитячого та підліткового психічного здоров'я та захисту дітей Університету Трондхейм, секретар секції дитячої психіатрії WPA професор Норберт Скокаускас (Норвегія); Професор факультету психології університету Йоганна Вольфганга Гете Хартмут Бергер (Німеччина); Директор Центру з навчання та досліджень залежної поведінки Каліфорнійського Університету, професор психіатрії Каліфорнійського Університету Ігор Куценок (Сан-Дієго, США); Генеральний секретар громадської організації «Глобальна ініціатива у психіатрії» советолог Роберт ван Ворен (Нідерланди) та інші наші колеги, за участю яких відбудуться пленарні лекції та наукові симпозиуми з актуальних питань охорони психічного здоров'я.

Конференція відбувається у часи, що вимагають від всієї медичної спільноти щоденної копіткої праці над виконанням масштабних завдань реформування системи охорони здоров'я держави. Війна на Сході торкнулася багатьох громадян, і наявність великої кількості вимушених переселенців створила додаткове навантаження на існуючі служби. Водночас політичні проблеми в країні зміцнили прагнення до реформування системи охорони психічного здоров'я та впровадження сучасних підходів, які допоможуть перейти від високоінституціональної системи до спільнотних служб охорони психічного здоров'я. Плануємо друкувати на сторінках нашого журналу найцікавіші наукові праці наших колег з України та з закордону. Сподіваємося, що нам вдасться втілити у практичну реальність все те важливе, що буде обговорено на сторінках «Архіву психіатрії», а амбітні завдання, спільні зусилля та прагнення досягти поставленої мети неодмінно приведуть нас усіх до успіху.

Користуючись нагодою, хочу бажати усім авторам статей та читачам нашого журналу отримати у новому науковому 2017 році яскраві враження та незабутні зустрічі, здобути довгоочікувані перемоги та приємні сюрпризи, зміцнити силу духу та здоров'я, мати родинний затишок та суспільний добробут.

З повагою,

**Директор Українського
науково-дослідного інституту соціальної і
судової психіатрії та наркології МОЗ України,
доктор медичних наук,
головний редактор журналу «Архів психіатрії»
Ірина ПІНЧУК**

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

UDC [616.89:616.45-001.1/.3]-036.82:316.614+355.292.3

I. Ya. Pinchuk, Iu. V. Yachnik, A. K. Ladyk-Bryzgalova, L. O. Bulakhova

PSYCHOLOGICAL RECOVERY AND SOCIAL INTEGRATION OF VETERANS IN UKRAINE

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry
and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kiev, Ukraine

yuliaya4nik@gmail.com

Background. Starting from 2013 Ukrainian population is under the influence of potentially traumatic events, many militaries are involved in resolving armed conflict. The preliminary analysis of conflict consequences on mental health of veterans is needed in order to address possible problems and prevent negative outcomes.

Objectives – (1) to analyze the structure and prevalence of severe stress reaction and adjustment disorders among veterans in Ukraine, (2) to examine mental health state of servicemen who participated in hybrid warfare in the East of Ukraine; (3) to analyze committed suicide cases in servicemen in order to obtain preliminary findings about impact of traumatic events on mental health of servicemen and to develop recommendations for state strategy to counteract harmful consequences.

Materials and methods. The 2015 statistical data from reports provided by state healthcare institutions of Ukraine were studied to examine structure and prevalence of severe stress reaction and adjustment disorders among militaries and total population. The combatant servicemen treated in veterans hospital were interviewed and completed mental health state examination to determine the prevalence of stress-related disorders and psychological consequences of war experience. The cases of committed suicide among militaries were studied according to investigation materials.

Results. During year 2015 psychiatric institutions of Ukraine admitted 941 combatant servicemen with mental disorders caused by severe stress reaction and adjustment disorders; among them 70,9% suffered from posttraumatic stress disorder (PTSD), 21,5 % – from short depression episode and 4,8 % – from acute stress reaction. Among all combatant servicemen treated in veterans hospital (study stage 1) 11 % had signs of clinically significant anxiety and clinical depression, 26 % had subclinical anxiety signs and 21 % had subclinical depression signs. PTSD was diagnosed in 18,7 % (22,5 % on study stage 2) persons, adjustment disorder (AD) in 12,5 % (27,3 % on study stage 2). 100,0 % servicemen with PTSD participated in combat operations and 51,5 % with AD. First signs of AD appeared after 4-8 months (in average $6,63 \pm 0,45$), PTSD after 6-10 months (in average $8,68 \pm 0,46$). Aggressive behavior was registered in 23,2 % men with PTSD and 1,4 % with AD. Suicidal ideations had 19,6 % persons with PTSD and 20,6 % with AD. The results of committed suicides analysis showed main suicide mode was gunshot 61 %, 46 % servicemen at the moment of suicidal attempt were intoxicated with alcohol or drugs.

Conclusions. It is anticipated that preliminary analysis of the given data would allow to imagine the true scale of consequences related to trauma and would serve as a rationale for the coming reorientation of state mental health care system, considering the needs of the servicemen suffering from trauma. Comprehensive state mental health strategy for veterans must include: constant mental health monitoring and risk-assessment among servicemen, drug and alcohol abuse prevention programs among servicemen and veterans, suicide prevention programs among servicemen, establishment of specialized psychiatric departments with appropriately trained staff.

Keywords: mental health of veterans, psychological recovery, social inclusion, PTSD, state strategy.

Starting from 2013 Ukrainian population is under the influence of potentially traumatic events. Dignity revolution, Crimea annexation, the war in the East of Ukraine – all this have led to countless physical and psychological traumas and losses. Many people were displaced from their homes or cut

off from specialized medical assistance and mental health services. As of October 6, 2016 1 696 326 internally displaced persons from the occupied territories were registered in Ukraine.

Ukrainian servicemen, involved in the conflict, are still under extreme psychological pressure. Therefore, they often

have signs of mental disorders and lose fighting capacity. The occurrence of combat trauma contributes to direct and indirect life threat, information blockade, staying in isolated shelters, sleep disturbance regime, lack of time to make decisions, lack of professional skills, psychological unpreparedness, lack of material resources, etc [1, 2]. Traumatic disorders often manifest also after returning home, where fighters additionally faced with incomprehension from the family and the need to completely transit from combat mode in peacetime operation.

According to other countries experience in similar situations, only integrated approach – individual, family, community, state – can be effective in addressing mental health problems and preventing negative outcomes in veterans [3-6]. However, to adapt this experience in Ukraine preliminary analysis of conflict consequences on mental health of veterans is needed.

The aim of the study was to collect evidence-based data on mental health needs of militaries and combatants in order to develop a state-based strategy on mental healthcare of servicemen.

Objectives

1. To measure the prevalence of stress-related mental health disorders.
2. To examine their structure and characteristics.
3. To examine access of militaries with consequences of war trauma to mental health services.
4. To study cases of committed suicide among militaries.
5. To draft evidence-based recommendations for state strategy on mental healthcare of servicemen.

The study was conducted by research group from Ukrainian Scientific Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine and was carried out in several directions. Firstly, the data about mental health state of servicemen who were treated in veteran hospital was collected. Secondly, the structure and prevalence of stress-related mental health disorders among militaries and combatants was analyzed according to official statistic reports of state mental health facilities. And thirdly cases of committed suicide among militaries were studied according to investigation materials.

Materials and methods

The study of mental health state of servicemen was carried out in two stages. During the first stage (Oct 2014 – Feb 2015) 96 servicemen from the first wave of mobilization who were treated in veteran hospital were examined. During the second stage (Aug 2015 – May 2016) 248 servicemen were examined. In both cases clinical interviews, ICD-10 diagnostics and rating scales (HADS, Wartegg Drawing Test, Peritraumatic dissociation questionnaire) were used.

The structure and prevalence of stress-related mental health disorders were studied according to official statistic reports of state mental health facilities for 2015 year.

In order to study the cases of committed suicides among militaries, researchers from Institute developed an addition to criminal investigation procedure in case of serviceman suicide. According to this addition, investigators collected additional information about the persons who committed suicide and their behavior on the eve of

it. 82 cases of committed suicides were analyzed during May 2015 – Sep 2016.

Results

On first stage of the study of mental health state of servicemen 96 men were assessed. Average age was $31,4 \pm 7$ years old. 54 % serviceman had a family and 50 % had children, only 3 % had special military education, most of them (78 %) had bachelor's degree, and 22 % had secondary education. 43 % of tested subjects stayed in the conflict zone from 3 to 4 months, 36 % – from 1 to 2 months, and 21 % more than 5 months. The average duration of staying in the conflict zone was 120 days. PTSD was diagnosed in 18,7 % persons, adjustment disorder in 12,5 %. According to HADS 26 % responders had borderline anxiety, 21 % borderline depression, 11 % clinical anxiety and depression. 36 % of responders had moderate scores of peritraumatic dissociation, 16 % high and 3 % very high. Among personnel characteristics (Wartegg test) most common were: low self-esteem, problems in self-perception and self-presentation (86 %), high adaptability (67 %), internalizing behavior (92 %), emotional distress and low problem solving capacity (58 %).

On second stage 249 servicemen (male) with mental health complaints participated in the study. 78 persons had separate symptoms of mental health disturbance, 56 (22,5 %) – PTSD, 68 (27,3 %) – Adjustment disorder (AD), 17 (6,8 %) – Organic emotionally labile disorder, 13 (5,2 %) – Neurasthenia, 10 (4,0 %) – postcontussive syndrome, 7 (2,8 %) – other organic behavioral and personality disorders. For further research two largest groups (with PTSD and Adjustment disorder) were particularly studied.

Average age of persons with PTSD was $35,11 \pm 0,95$, with AD – $35,81 \pm 1,16$ years old. Previous military service indicated 19 (33,9 %) individuals with PTSD and 26 (38,2 %) individuals with AD. Preliminary training before departure to conflict zone was in average 1 month and most (95,2 %) of soldiers indicated the lack of psychological training and support. 56 (100,0 %) servicemen with PTSD participated in combat operations and 35 (51,5 %) with AD, physical violence experienced 3 (5,4 %) and 15 (22,1 %) servicemen with PTSD and AD, 45 (75,0 %) of servicemen with PTSD were injured and 19 (27,9 %) with AD, 54 (96,4 %) and 31 (45,6 %) of servicemen with PTSD and AD witnessed death of colleagues. The most prevalent symptoms of PTSD were avoidance and increased excitability. First signs of AD appeared after 4-8 months (in average $6,63 \pm 0,45$), PTSD after 6-10 months (in average $8,68 \pm 0,46$). Considerable adjustment difficulties at the start of service noted 20 (35,7 %) men with PTSD and 25 (36,8 %) with AD. 18 (32,1 %) and 8 (11,8 %) servicemen with PTSD and AD confessed in coping with stress by alcohol. However, 70 % participants noted that their colleagues used alcohol during the service.

Aggressive behavior was registered in 13 (23,2 %) men with PTSD and 1 man with AD. Aggressive behavior correlated with direct stress factors, personal problems, negative relationships with comrades, difficult financial situation, out-statute relations, educational and professional difficulties 4 (7,1 %), family difficulties 12 (21,4 %), severity of psychopathology, especially anxiety (14,7 %), tense 61–89,7 %, sleep dysregulations 41 (60,3 %), pain syndrome 17 (30,4 %).

Suicidal ideations had 11 (19,6 %) persons with PTSD and 14 (20,6 %) with AD. Those who were prone to suicidal beha-

vior were mostly older than 30 years (16–64,0 %) and mostly single (15–60,0 %). They had such features as low sociability, isolation (17–68,0 %), anxiety, guilt and mistrust (11–44,0 %), and dramatization of events (8–32,0 %), inadequate self-esteem (4–16,0 %). Feeling guilty about dead comrades was observed in 5 (8,9 %) and self-blaming ideas about comrades injuries in 6 (10,7 %) men with PTSD. However, in patients with AD thoughts of guilt and anxiety concerned only relatives and were observed in 11 (16,2 %) patients.

According to state statistical reports in 2015 3522 people were admitted to state mental health services suffering from primary stress-related disorders. Among them there were 941 servicemen. PTSD was diagnosed in 686 servicemen (civilian), acute stress reaction in 47, and short-term depressive reaction in 208 militaries. Mental disorders incidence among servicemen caused by acute stress reaction and adjustment disorders is 26,7 % of similar total population morbidity. PTSD incidence in servicemen is 59,2 % of similar total population morbidity. Mental and behavioral disorders (F00-F99) were recorded in 2359 of veterans, participants of Antiterroristic operation. Among them, the psychotic disorders were diagnosed in 113 (4,8 %) patients.

The results of committed suicides analysis: Study group was presented with 82 male person, average age was 33 years old, most having secondary and secondary technical education. Every third of them was married and had children. 60 % were religious with only 3 % being atheistic. The duration of staying in the conflict zone was between 3 and 6 months and more.

Modes of suicides were presented with gunshot in 61 %, hanging – in 29 %; 46 % servicemen at the moment of suicidal attempt were intoxicated with alcohol or drugs. Most common personnel characteristics were secretiveness, anxiety, isolation, irritability.

Discussion and Conclusions

The structure of post-traumatic mental disorders in combatants is represented by PTSD and adjustment disorders, which is consistent with research from other countries [7, 8]. The incidence of PTSD was significantly and expectedly higher among veterans than among civilians. Additional postconcussive syndrome is more common in patients with a diagnosis of PTSD than those without PTSD. This also corresponds to the experience of previous studies, according to which persons who have suffered contusion (mild cranio-cerebral trauma) have a significantly higher risk of PTSD [9]. Postconcussive syndrome can complicate the process of diagnosis of PTSD because of neurocognitive and other symptoms.

Most servicemen tend to access civil psychiatric clinics where they cannot receive the appropriate treatment because specialists usually receive limited training about working with combatants. A possible solution to this problem may be seen in the the creation of specialized services for militaries and training mental health specialists to treat post-traumatic disorders in combatants.

Among all groups of soldiers who participated in the study the term of staying in the combat zone often exaggerated 6 months. This fact requires further attention because long-term continuous stay in the combat zone is associated with an increased frequency of PTSD and depression [4].

The prevalence of avoidance and increased excitability symptoms in the structure of PTSD may be associated with an increased risk of unconstructive behavior, depression, impulsiveness and aggression and requires further study. Increased alcohol consumption, prolonged physical health problems, including chronic pain, may also increase the risk of hetero- and autoaggressive behavior. Suicidal ideas are met among the group of soldiers with PTSD more often than in the group with adjustment disorder. The presence of suicidal ideation in soldiers with posttraumatic mental disorders is predictive for suicidal acts and requires mandatory risk assessment and priority to treatment.

On the suicide mode gunshot wound prevailed. The high mortality rate of this method identifies a number of factors: the availability of firearms in militaries and the inability to interrupt lethality attempts inside.

Almost half of suicide attempts and completed under the influence of alcohol or drugs. Alcohol abuse can lead to suicidal actions through disinhibition, impulsivity and infringement opinions, but it can also be used as a means of facilitating experiences related to the act of committing suicide (Maurizio Pompili et al., 2010). Mental disorders and stress can increase the risk of suicidal behavior, but can also can have mutual influence of alcohol.

Assessment of suicide risk should be included in the mandatory procedures during medical examination of soldiers who returned from combat zones and have experience trauma.

Comprehensive state mental health strategy for veterans must include:

- constant mental health monitoring and risk-assessment among servicemen;
- drug and alcohol abuse prevention programs among servicemen and veterans;
- suicide prevention programs among servicemen;
- establishment of specialized psychiatric departments with appropriately trained staff.

Preliminary analysis of the provided data allowed us to imagine the full extent of the trauma-related consequences. On this basis rationale for future reorientation of state mental health system was created taking into account the needs of servicemen.

Servicemen need social, psychological and medical help which is provided according to the place of the residence by multidisciplinary team on the basis of individual rehabilitation program. To establish high-quality psychological rehabilitation and social integration of veterans it is necessary to join the efforts of veterans themselves, their brothers in arms, families and all competent state services and authorities.

Implications for future research

It is necessary to study the long-term consequences of participation in Antiterroristic operation and to study characteristics of the adaptation process of veterans in the community with time perspective.

References

1. Tanielian, T. L., & Jaycox, L. (2008). *Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica, CA: RAND, 498 p. ISBN/EAN: 9780833044549.
2. Ramchand, R., Rudavsky, R., Grant, S., Tanielian, T., & Jaycox, L. (2015). Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan. *Current Psychiatry Reports*, vol. 17, issue 5, article 37. Retrieved from:

- <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-015-0575-z> (accessed 17.08.2016). DOI: 10.1007/s11920-015-0575-z
- Zeiss, A. M., & Karlin, B. E. (2008). Integrating mental health and primary care services in the Department of Veterans Affairs health care system. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 15, issue 1, pp. 73–78. DOI: 10.1007/s10880-008-9100-4
 - IOM (Institute of Medicine). (2012). Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: Initial assessment. Washington, DC: The National Academies Press, 414 p. (ISBN: 978-0-309-25421-2).
 - Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2012). Preventing Suicides in US Service Members and Veterans, Concerns After a Decade of War. *JAMA*, vol. 308, no. 7, pp. 671–672. DOI: 10.1001/jama.2012.9955
 - Burnam, M. A., Meredith, L. A., Tanielian, T., & Jaycox, L. H. (2009). Mental Health Care for Iraq and Afghanistan War Veterans. *Health Affairs*, vol. 28, issue 3, pp. 771–782. DOI: 10.1377/hlthaff.28.3.771
 - Thomas, J. L., Wilk, J. E., Riviere, L. A., McGurk, D., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2010). Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and national guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 67, issue 6, pp. 614–623. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.54
 - Trivedi, R. B., Post, E. P., Sun, H., Pomerantz, A., Saxon, A. J., Piette, J. D., ... Nelson, K. (2015). Prevalence, Comorbidity, and Prognosis of Mental Health among US Veterans. *American Journal of Public Health*, vol. 105, issue 12, pp. 2564–2569. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302836
 - VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. (2010). Management of Post-Traumatic Stress Working Group. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Retrieved from: http://www.healthquality.va.gov/ptsd/ptsd_full.pdf (accessed 20.08.2016).
 - Prevalence of, Risk Factors for, and Consequences of Posttraumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in Military Populations Deployed to Iraq and Afghanistan / R. Ramchand, R. Rudavsky, S. Grant [et al.] // *Current Psychiatry Reports*. – 2015. – Vol. 17, issue 5. Режим доступу: <https://www.law.upenn.edu/live/files/4865-prevalence-of-risk-factors-for-and-consequences-of> (дата звернення: 16.08.2016).
 - Zeiss, A. M. Integrating mental health and primary care services in the Department of Veterans Affairs health care system / A. M. Zeiss, B. E. Karlin // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. – 2008. – Vol. 15, issue 1. – P. 73–78. DOI: 10.1007/s10880-008-9100-4.
 - Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: Initial assessment. IOM (Institute of Medicine). – Washington, DC: The National Academies Press, 2012. – 414 p. (ISBN: 978-0-309-25421-2).
 - Hoge, C. W. Preventing Suicides in US Service Members and Veterans, Concerns After a Decade of War / C. W. Hoge, C. A. Castro // *JAMA*. – 2012. – Vol. 308, no. 7. – P. 671–672. DOI: 10.1001/jama.2012.9955.
 - Mental Health Care For Iraq And Afghanistan War Veterans / M. A. Burnam, L. A. Meredith, T. Tanielian, L. H. Jaycox // *Health Affairs*. – 2009. – Vol. 28, issue 3. – P. 771–782. DOI: 10.1377/hlthaff.28.3.771.
 - Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and national guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq / J. L. Thomas, J. E. Wilk, L. A. Riviere [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67, issue 6. – P. 614–623. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.54.
 - Prevalence, Comorbidity, and Prognosis of Mental Health Among US Veterans / R. B. Trivedi, E. P. Post, H. Sun [et al.] // *American Journal of Public Health*. – 2015. – Vol. 105, issue 12. – P. 2564–2569. DOI: 10.2105/AJPH.2015.302836.
 - VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. Management of Post-Traumatic Stress Working Group. Washington, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2010. Режим доступу: http://www.healthquality.va.gov/ptsd/ptsd_full.pdf (дата звернення: 20.08.2016).

Список використаної літератури

- Tanielian T. L. Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery / T. L. Tanielian, L. Jaycox // Santa Monica, CA: RAND, 2008. – 498 p. (ISBN/EAN: 9780833044549).

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ І СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ В УКРАЇНІ

І. Я. Пінчук, Ю. В. Ячник, А. К. Ладик-Бризгалова, Л. О. Булахова

Актуальність. Починаючи з 2013 року населення України знаходиться під впливом потенційно травматичних подій, багато військових задіяні у вирішенні воєнного конфлікту. Для запобігання негативним наслідкам необхідний попередній аналіз актуального стану психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів.

Мета. 1) проаналізувати структуру та поширеність розладів, пов'язаних зі стресом, серед ветеранів в Україні; 2) вивчити стан психічного здоров'я військовослужбовців, які брали участь в АТО на Сході України; 3) проаналізувати випадки самогубств військовослужбовців з метою отримання попередніх висновків про вплив травматичних подій на їх психічне здоров'я і розробки рекомендацій для створення державної стратегії охорони психічного здоров'я ветеранів.

Матеріали та методи дослідження. Статистичні дані звітів державних установ охорони здоров'я України за 2015 рік були проаналізовані з метою вивчення структури і поширеності розладів, пов'язаних зі стресом, серед учасників АТО та населення загалом. Проведено дослідження стану психічного здоров'я військовослужбовців, які перебували на лікуванні в госпіталі ветеранів, для визначення поширеності розладів, пов'язаних зі стресом. Були вивчені випадки самогубств, скоєних військовослужбовцями, відповідно до матеріалів слідства.

Результати. Впродовж 2015 року 941 військовослужбовець був госпіталізований до психіатричних державних установ з психічними розладами, пов'язаними зі стресом; серед них 70,9 % страждали від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), 21,5 % – від короткого депресивного епізоду та 4,8 % – від гострої реакції на стрес. Серед всіх військовослужбовців, які перебували на лікуванні в госпіталі ветеранів (1 етап дослідження) 11 % мали ознаки клінічно значимої тривоги і депресії, 26 % – субклінічні ознаки тривоги і 21 % – субклінічні ознаки депресії. ПТСР був діагностований у 18,7 % (22,5 % на 2 етапі дослідження) осіб, розлади адаптації (РА) – у 12,5 % (27,3 % на 2 етапі дослідження) осіб. 100,0 % військовослужбовців з ПТСР і 51,5 % з РА брали участь у бойових діях. Перші ознаки РА з'явилися через 4–8 місяців (в середньому $6,63 \pm 0,45$), ПТСР – через 6–10 місяців (в середньому $8,68 \pm 0,46$). Агресивна поведінка була зареєстрована у 23,2 % осіб з ПТСР і у 1,4 % з РА, суїцидальні думки – у 19,6 % осіб з ПТСР і у 20,6 % з РА. Результати аналізу показали, що основним способом самогубства серед військовослужбовців були вогнепальні поранення – у 61 % випадків; 46 % військовослужбовців у момент скоєння самогубства були в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння.

Висновки. Передбачається, що попередній аналіз наведених даних дозволить уявити справжні масштаби наслідків, пов'язаних з травмою, і буде служити обґрунтуванням для майбутнього переорієнтування державної системи охорони психічного здоров'я з урахуванням потреб військовослужбовців. Комплексна державна стратегія охорони психічного здоров'я ветеранів має включати постійний моніторинг психічного здоров'я та оцінку ризиків серед військовослужбовців, програми з профілактики наркоманії та зловживання алкоголем серед військовослужбовців і ветеранів, програми з профілактики самогубств серед військовослужбовців, створення спеціалізованих психіатричних відділень з кваліфікованим персоналом.

Ключові слова: психічне здоров'я ветеранів, психологічне відновлення, соціальна інклюзія, ПТСР, державна стратегія.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ И СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ВЕТЕРАНОВ В УКРАИНЕ

И. Я. Пинчук, Ю. В. Ячник, А. К. Ладик-Брызгалова, Л. А. Булахова

Актуальность. Начиная с 2013 года, население Украины находится под влиянием потенциально травматических событий, много военных задействованы в решении военного конфликта. Для предупреждения негативных последствий необходимо провести предварительный анализ актуального состояния психического здоровья военнослужащих и ветеранов.

Цели. 1) проанализировать структуру и распространенность расстройств, связанных со стрессом, среди участников АТО в Украине; 2) изучить состояние психического здоровья военнослужащих, участвовавших в АТО на Востоке Украины; 3) проанализировать случаи самоубийств военнослужащих с целью получения предварительных выводов о влиянии травматических событий на их психическое здоровье и разработки рекомендаций для создания государственной стратегии охраны психического здоровья ветеранов.

Материалы и методы исследования. Статистические данные отчетов государственных учреждений здравоохранения Украины за 2015 год были проанализированы для изучения структуры и распространенности расстройств, связанных со стрессом, среди участников АТО и населения в целом. Было проведено исследование состояния психического здоровья военнослужащих, находившихся на лечении в госпитале ветеранов, для определения распространенности расстройств, связанных со стрессом. Были изучены случаи самоубийств, совершенных военнослужащими, согласно материалам следствия.

Результаты. В течение 2015 года 941 военнослужащий был госпитализирован в психиатрические государственные учреждения с психическими расстройствами, связанными со стрессом; среди них 70,9 % страдали от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), 21,5 % – от короткого депрессивного эпизода и 4,8 % – от острой реакции на стресс. Среди всех военнослужащих, находившихся на лечении в госпитале ветеранов (1 этап исследования), 11 % имели признаки клинически значимой тревоги и депрессии, 26 % – субклинические признаки тревоги и 21 % – субклинические признаки депрессии. ПТСР был диагностирован у 18,7 % (22,5 % на 2 этапе исследования) лиц, расстройства адаптации (РА) – у 12,5 % (27,3 % на 2 этапе исследования) человек. 100,0 % военнослужащих с ПТСР и 51,5 % с РА участвовали в боевых действиях. Первые признаки РА появились через 4–8 месяцев (в среднем $6,63 \pm 0,45$), ПТСР через 6–10 месяцев (в среднем $8,68 \pm 0,46$). Агрессивное поведение было зарегистрировано у 23,2 % лиц с ПТСР и у 1,4 % с РА, суицидальные мысли – у 19,6 % лиц с ПТСР и у 20,6 % с РА. Результаты анализа показали, что основным способом самоубийства среди военнослужащих были огнестрельные ранения – в 61 % случаев; 46 % военнослужащих в момент совершения самоубийства были в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Выводы. Предполагается, что предварительный анализ приведенных данных позволит представить истинные масштабы последствий, связанных с травмой, и будет служить обоснованием для будущей переориентации государственной системы охраны психического здоровья с учетом потребностей военнослужащих. Комплексная государственная стратегия охраны психического здоровья ветеранов должна включать постоянный мониторинг психического здоровья и оценку рисков среди военнослужащих, программы по профилактике наркомании и злоупотребления алкоголем среди военнослужащих и ветеранов, программы по профилактике самоубийств среди военнослужащих, создание специализированных психиатрических отделений с квалифицированным персоналом.

Ключевые слова: психическое здоровье ветеранов, психологическое восстановление, социальная инклюзия, ПТСР, государственная стратегия.

Стаття надійшла до редакції 28.01.2017 р.

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

YACHNIK Iuliia Viktorivna, MD, researcher of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: yuliaya4nik@gmail.com

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

BULAKHOVA Lidiia Oleksandrivna, MD, Sc.D., Professor, Child psychiatrist of the polyclinic department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine

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

ЯЧНИК Юлія Вікторівна, науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: yuliaya4nik@gmail.com

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

БУЛАХОВА Лідія Олександрівна, д.мед.н., професор, дитячий психіатр консультативно-поліклінічного відділення УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна

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

ЯЧНИК Юлия Викторовна, научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела УНДИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: yuliaya4nik@gmail.com

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

БУЛАХОВА Лидия Александровна, д.мед.н., профессор, детский психиатр консультативно-поликлинического отделения УНДИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.454-036.17-085

О. О. Хаустова

ЛІКУВАННЯ РЕЗИСТЕНТНОЇ ДЕПРЕСІЇ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ
ТА ПЕРСПЕКТИВНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ

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

7974247@gmail.com

Актуальність. Лікування резистентної депресії є справжнім викликом професійній компетентності фахівців з охорони психічного здоров'я, піднімає ряд діагностичних і терапевтичних проблем, потребує вирішення низки методологічних питань. Триває наукова дискусія навколо визначення резистентності депресії, оцінки ступеня редукції власне депресивної симптоматики, рівня соціального і рольового функціонування пацієнтів; продовжується удосконалення моделей визначення ступеня резистентності до різних видів терапії депресії; розробляються нові методи терапії і нові алгоритми комбінованої терапії. Кінцевою метою всіх цих зусиль мають бути практичні рекомендації з визначення терапевтичних можливостей лікування пацієнтів з резистентною депресією, що допоможуть лікарям приймати обґрунтовані рішення щодо стратегій втручання.

Метою даної роботи є аналіз терапевтичних можливостей лікування депресивних розладів, резистентних до терапії.

Матеріали та методи. Було проаналізовано публікації з баз даних Pubmed, MEDLINE, the Cochrane Library, Web of Science, Google Scholar за ключовими словами – депресія, лікування, резистентність, псевдорезистентність, терапевтична відповідь, опір до лікування, стратегії терапії резистентної депресії.

Результати. Визначена термінологія, що стосується до резистентної депресії: відсутність терапевтичної відповіді, адекватна доза, адекватна тривалість лікування, непереносимість антидепресанту, псевдорезистентність, відносний опір лікуванню, абсолютний опір лікуванню, лікування резистентної депресії, ремісія, видужання. Описані моделі визначення резистентності депресії: модель Thase & Rush; Європейська ступенева модель; ступенева модель Массачусетської лікарні; ступенева модель Модслі; форма історії лікування антидепресантами. Виділені фактори ризику лікування резистентної депресії, а також описані основні терапевтичні стратегії: оптимізація, перемикання, поєднання, додавання і немедикаментозна терапія. Особлива увага приділена застосуванню атипичних нейролептиків, зокрема арипіпразолу, в межах стратегії аугментації. Описаний комплексний підхід, що містить у собі різні комбінації вищеперерахованих стратегій.

Висновки. Кожний випадок резистентної до терапії депресії унікальний і потребує ретельної оцінки для визначення вірного діагнозу і якості терапевтичної відповіді на антидепресанти. Не менш важливою є оцінка факторів ризику для лікування резистентної депресії. Існує велика різноманітність варіантів для лікування резистентної депресії, тому при наданні допомоги пацієнтам, які від неї страждають, повинна бути використана кожна терапевтична стратегія. Поєднання терапії антидепресантами і атипичними антипсихотиками з антидепресивними якостями (наприклад, арипіпразолом) в поєднанні з психотерапевтичним втручанням та дотриманням адекватних доз і тривалості лікування має бути стратегією вибору для пацієнтів з резистентною до терапії депресією.

Ключові слова:

депресія, лікування, резистентність, псевдорезистентність, терапевтична відповідь, опір до лікування, стратегії терапії резистентної депресії.

Актуальність. Депресивні розлади є доволі поширеними захворюваннями, від яких щороку страждає 10–15 % світового населення. Отже, в будь-який час близько 14 мільйонів осіб потерпають від депресії, але не більше половини з них звертається за медичною допо-

могою і отримує певне лікування. Незважаючи на успіхи у розвитку психофармакології (введення в лікарську практику деяких нових антидепресантів) і визначення окремих біомаркерів депресії (що дозволяє прицільніше визначати тактику терапії), тільки 60–70 % пацієнтів з

депресією, що отримують лікування, позитивно реагують на терапію антидепресантами [1, 2]. Низка досліджень щодо задоволення життям пацієнтів з депресією доводить, що на тлі отримання антидепресивної терапії вони потребують також додаткових психосоціальних заходів для досягнення повної ремісії.

За різними оцінками, у 10–30 % пацієнтів з депресивними розладами не вдається домогтися позитивної терапевтичної відповіді на лікування антидепресантами [3]. У них зберігаються резистентні до лікування симптоми депресії почасти в поєднанні з утрудненнями в соціальному та професійному функціонуванні, погіршенням фізичного здоров'я, наявністю думок про самогубство. Такі пацієнти потребують застосування різних більш складних стратегій лікування, які, на жаль, не завжди стають ефективними. За допомогою різних терапевтичних стратегій повної ремісії можна досягти у 70–90 % пацієнтів з депресією, в тому числі у 10–30 % осіб, які виявили певну резистентність до лікування. На жаль, приблизно у 30 % пацієнтів з тих, хто виявився резистентним до терапії депресії, навіть складні лікувальні алгоритми не приводять до повної редукції депресивної симптоматики [4, 5].

Дуже показовим щодо чутливості пацієнтів з депресією до лікування було дослідження STAR*D. За його висновками, лише третина пацієнтів дійсно досягає стану ремісії, повністю звільняючись від депресивних симптомів. А 50–66 % пацієнтів, які страждають на депресію, не

повною мірою відповідають на терапію антидепресантами [6, 7]. Варто зазначити, що результати дослідження STAR*D були отримані в умовах реальної клінічної практики, коли пацієнти зверталися за медичною допомогою в тому числі на етапі первинної допомоги. Отже, вони відобразили реальний рівень ефективності або неефективності антидепресантів [8, 9]. Очевидно, що використання різноманітних підходів до лікування депресії, порівняно з терапією тільки антидепресантами, здатне змінити на краще загальний результат втручання.

Лікування резистентної депресії є справжнім викликом професійній компетентності фахівців з охорони психічного здоров'я, піднімає ряд діагностичних і терапевтичних проблем, потребує вирішення низки методологічних питань. Не повністю з'ясованим є визначення резистентності депресії: триває наукова дискусія навколо необхідності оцінки не тільки ступеня редукції власне депресивної симптоматики, а й рівня соціального і рольового функціонування пацієнтів; продовжується удосконалення моделей визначення ступеня резистентності до різних видів терапії депресії; розробляються нові методи терапії і нові алгоритми комбінованої терапії; постає питання верифікації прогностичних факторів лікування депресивних розладів. Кінцевою метою всіх цих зусиль мають бути практичні рекомендації з визначення терапевтичних можливостей лікування пацієнтів з резистентною депресією, що допоможуть лікарям приймати обґрунтовані рішення щодо стратегій втручання.

Метою даної роботи є аналіз терапевтичних можливостей лікування депресивних розладів, резистентних до терапії.

Визначення резистентності депресії

Термін «резистентна депресія» разом з теоретичним обґрунтуванням цього поняття вперше з'явився в середині вісімдесятих років минулого століття. З того часу в науковій медичній літературі для визначення нечутливості депресивного стану до лікування також вживають терміни «терапевтично резистентна депресія», «медикаментозно резистентна депресія», «медикаментозно стійка депресія», «стійка депресія», «терапевтично стійка депресія», «рефрактерна депресія», «стійка до лікування депресія» тощо. Всі ці терміни не є повністю тотожними, тому що вони можуть стосуватися до різних методів лікування (в тому числі немедикаментозного) і різних критеріїв оцінки нечутливості пацієнта до лікування. Говорячи про резистентність депресії деякі дослідники можуть мати на увазі депресивні стани із затяжним перебігом внаслідок різних причин, в тому числі нез'ясованих (власне перебіг захворювання, коморбідні стани, недотримання адекватного лікування тощо), або депресивні стани з неповною ремісією (збереження резидуальної депресивної симптоматики). Саме тому важливо чітко розуміти термінологію для визначення резистентності депресії (табл. 1) [4].

Виділяють первинну (справжню) терапевтичну резистентність, пов'язану з несприятливим перебігом захворювання і поганою піддатливістю стану пацієнта до лікування, що також залежить від багатьох інших біологічних факторів (цей вид резистентності на практиці зустрічається вкрай рідко). Вторинна (відносна) терапевтична резистентність пов'язана з розвитком певної адаптації

Таблиця 1. Термінологія для визначення резистентності депресії [цит. за 4]

Відсутність терапевтичної відповіді	Недостатня терапевтична відповідь зі значними залишковими симптомами; потрібна зміна плану лікування (менше 50 % редукції симптомів депресії за шкалою HAM-D)
Терапевтична відповідь	Відповідь, що є досить значною; не потребує зміни плану лікування (понад 50 % редукції симптомів депресії за шкалою HAM-D)
Ремісія	Досягнення практично безсимптомного стану (HAM-D ≤ 7 балів) протягом принаймні 2 тижнів поспіль
Видужання	Ремісія протягом 6 місяців поспіль
Відносний опір лікуванню	Відсутність відповіді на адекватну дозу потенційно ефективних ліків протягом достатнього періоду часу
Абсолютний опір лікуванню	Відсутність відповіді на максимальну дозу одного препарату впродовж тривалого періоду часу (наприклад, іміпрамін 300 мг/добу протягом 6 тижнів)
Лікування резистентної депресії	Відсутність терапевтичної відповіді (збереження значних депресивних симптомів), незважаючи на принаймні два курси лікування препаратами з різних фармакологічних класів, кожен з яких використовувався в адекватній дозі впродовж достатнього періоду часу
Адекватна доза	Пероральна доза, близька до рекомендованої максимальної дози відповідно до інструкції до препарату. Адекватна доза може бути меншою для пацієнтів похилого віку
Адекватна тривалість лікування	Щонайменше 4 тижні лікування поспіль, за умови, що пацієнт приймав адекватну дозу протягом принаймні 3 тижнів
Непереносимість антидепресанту	Неможливість досягнення або підтримання адекватної терапевтичної дози антидепресанту через ідіосинкразію або побічні ефекти

Примітка. HAM-D – шкала оцінки депресії М. Гамільтона.

організму хворого до психофармакотерапії, тобто вона формується внаслідок вживання певного препарату або класу препаратів (терапевтична відповідь розвивається набагато повільніше, ніж очікувалося, редукції піддаються лише окремі психопатологічні симптоми). Негативна терапевтична резистентність (інтолерантність) відображає підвищену чутливість до розвитку побічних ефектів, які перевищують основну дію призначених препаратів; у деяких випадках вона може бути подолана повільним титруванням (CІ33С, І33СН) або додаванням коректорів (при лікуванні типовими антипсихотиками). Псевдорезистентність пов'язана насамперед з неадекватною за дозуванням і тривалістю терапією (саме цей вид резистентності зустрічається найчастіше).

Для визначення ступеня резистентності депресії до лікування антидепресантами може бути застосована 6-ступенева класифікація. Нульовий ступінь (ступінь 0) свідчить, що пацієнт взагалі не отримував адекватного за дозуванням і тривалістю лікування. Резистентність першого ступеня означає відсутність терапевтичної відповіді на монотерапію (застосування одного класу антидепресантів). Другий ступінь резистентності передбачає відсутність терапевтичної відповіді на послідовну монотерапію двома антидепресантами різних класів (наприклад, CІ33С і ТЦА). Третій ступінь поєднує критерії ступеня 2 (послідовна монотерапія двома АД) і відсутність терапевтичної відповіді при додаванні до одного з двох курсів терапії додаткового препарату (літій, гормони щитоподібної залози, атипіві антипсихотики тощо). Четвертий ступінь резистентності виставляється при відсутності терапевтичної відповіді на два адекватні курси комбінованої терапії, причому в одному з них має бути застосований АД з класу інгібіторів моноаміноксидаз. П'ятий, найвищий ступінь резистентності, поєднує критерії 4 ступеня і відсутність терапевтичної відповіді на адекватний курс електросудомної терапії [4].

Існують інші методи визначення стадії лікування резистентної депресії. В систематичному огляді Н. G. Ruhé і співавторів (2012), який охоплював аналіз баз даних Pubmed, Embase і PsycINFO за період з 1985 року по січень 2010 року, було акцентовано на існуванні декількох моделей визначення резистентності депресії: вищеописана модель Thase & Rush (Thase and Rush Model); Європейська ступенева модель (European Staging Model); ступенева модель Массачусетської лікарні (Massachusetts General Hospital Staging model); ступенева модель Модслі (Maudsley Staging Model, MSM); форма історії лікування антидепресантами (Antidepressant Treatment History Form).

Європейська ступенева модель нараховує три рівні резистентності (а, b, c). Рівень «а» передбачає відсутність терапевтичної відповіді на один курс лікування (CІ33С, І33СН, ТЦА, ІМАО, інші антидепресанти або ЕСТ) в адекватній дозі тривалістю 6–8 тижнів. Рівень «b» означає резистентність до двох або більше курсів адекватної монотерапії антидепресантами різних класів; цей рівень поділяється на п'ять окремих ступенів залежно від тривалості лікування: 1 – 12–16 тижнів; 2 – 18–24 тижні; 3 – 24–32 тижні; 4 – 30–40 тижнів, 5 – від 36 тижнів до 1 року. Найтяжчий рівень резистентності – «с» – означає

резистентність до багатьох курсів адекватної терапії різними антидепресантами з використанням стратегій аугментації і з тривалістю лікування не менше одного року.

Наступні два методи обраховують ступінь резистентності у балах. Згідно зі ступеневою моделлю Массачусетської лікарні необхідно нараховувати 1 бал за кожну спробу невдалої монотерапії АД в адекватній дозі при тривалості лікування не менше 6 тижнів. При використанні стратегій оптимізації дози і тривалості терапії, або додавання чи комбінованої терапії, за кожну невдалу спробу нараховують 0,5 бала. Використання ЕСТ важить 3 бали.

Більш детально розроблена ступенева модель Модслі, яка дозволяє визначити ступінь резистентності від 0 до 20 балів. Ця модель оцінює окремі параметри, а саме тривалість депресивного стану, виразність симптомів на початку лікування, кількість застосованих ліків, використання аугментації і ЕСТ, а також загальне враження лікаря. Тривалість депресивного стану до 12 місяців (гострий стан) важить 1 бал, підгострий стан депресії (13–24 місяці) оцінюється в 2 бали, хронічна депресія тривалістю понад 24 місяці відповідає 3 балам. Субсиндромальна виразність симптомів на початку лікування означає 1 бал, легка депресія – 2 бали, помірна – 3 бали, тяжка без психотичних симптомів – 4 бали, тяжка з психотичними симптомами – 5 балів. Кількість препаратів, застосованих у невдалих курсах лікування, визначає окремі рівні, номери яких дорівнюють кількості балів: 1 – 1–2 препарати, 2 – 3–4 препарати, 3 – 5–6 препаратів, 4 – 7–10 препаратів, 5 – понад 10 препаратів. При використанні стратегії аугментації або ЕСТ нараховується відповідно по 1 балу. Загальне враження лікаря важить 3–5 балів.

Автори наголосили, що ці методи допомагають дослідникам і клініцистам у розумінні сутності резистентної депресії і створенні відповідного плану адекватних лікувальних заходів. Також вони повідомили про необхідність подальших досліджень щодо прогностичної валідності і надійності методів визначення ступеня резистентності депресивного розладу до терапії [10].

Корисним для лікаря-практика є метод модифікованої форми історії лікування антидепресантами (Modified Antidepressant Treatment History Form, АТНФ), яка чітко визначає адекватність тривалості і дозування АД, додаткових препаратів і навіть немедикаментозного втручання, виключаючи тим самим випадки псевдорезистентності (табл. 2) [11].

Аналізуючи необхідні добові дози окремих антидепресантів і мінімально достатню тривалість лікування для отримання терапевтичного ефекту відповідно до АТНФ, а також порівнюючи ці показники з практикою лікування пацієнтів з депресією в Україні, ми маємо засвідчити, що більшість випадків резистентної депресії насправді обумовлені псевдорезистентністю. Причому, насамперед це стосується використання недостатніх добових доз більшості антидепресантів.

Модифікована форма історії лікування антидепресантами також дозволяє визначити ступінь резистентності до терапії препаратами, що в лікуванні депресії зазвичай використовуються як додаткові (табл. 3).

Таблиця 2. Критерії визначення ступеня резистентності депресії до терапії антидепресантами (витяг з АТНГ)

Резистентність	Добові дози і тривалість терапії АД без терапевтичної відповіді			
	1 ступінь	2 ступінь	3 ступінь	4 ступінь
Трициклічні/тетрациклічні АД (ТЦА/ТеЦА)				
Тривалість	До 4 тижнів	≥ 4 тижнів	≥ 4 тижнів	≥ 4 тижнів
Amitriptyline, Imipramine, Clomipramine, Maprotiline, Doxepin	<100 мг	100–199 мг	200–299 мг	≥300 мг
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)				
Тривалість	</≥4 тижнів	≥4 тижнів	≥4 тижнів	≥4 тижнів
Fluoxetine	1–9 мг	10–19 мг	20–39 мг	40 мг
Fluvoxamine	100 мг	100–199 мг	200–299 мг	≥300 мг
Paroxetine	<1–9 мг	10–19 мг	20–29 мг	30 мг
Sertraline	<50 мг	50–99 мг	100–199 мг	200 мг
Citalopram	1–9 мг	10–19 мг	20–39 мг	40 мг
Escitalopram	1–4 мг	5–9 мг	10–19 мг	20 мг
Інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗЗСН)				
Duloxetine	< 30 мг	30–39 мг	40–59 мг	60 мг
Venlafaxine	< 75 мг	75–224 мг	225–374 мг	375 мг
Інгібітори моноамінооксидази (ІМАО)				
Phenelzine	<30 мг	31–60 мг	61–90 мг	91 мг
Moclobemide	<150 мг	150–299 мг	300–599 мг	600 мг
Інші антидепресанти				
Bupropion	< 150 мг	150–299 мг	300–449 мг	450 мг
Mirtazapine	< 15 мг	15–9 мг	30–44 мг	45 мг
Trazodone	< 200 мг	200–399 мг	400–599 мг	600 мг

Таблиця 3. Критерії визначення ступеня резистентності депресії до препаратів комбінованої терапії (витяг з АТНГ)

Резистентність	Добові дози і тривалість терапії АД без терапевтичної відповіді			
	1 ступінь	2 ступінь	3 ступінь	4 ступінь
Тривалість	</≥ 4 тижнів	≥ 4 тижнів	≥ 4 тижнів	≥ 4 тижнів
Lithium	Монотерапія < 600 мг	Монотерапія 600–899 мг	Монотерапія 900 мг	Резистентність до АД (рівень 3) + Li ≥2 тижні
Carbamazepine	< 400 мг	400–999 мг	1000 мг	
Lamotrigine	< 150 мг	150–299 мг	300 мг	
Thyroid Hormone	< 4 тижнів	<25 мкг	25–49 мкг	≥50 мкг
Antipsychotics	Будь-яка тривалість і доза	Для депресії з психозом: доза еквів. <400 chlorpromazine тривалістю <3 тижнів або монотерапія (доза еквів. ≥400 chlorpromazine тривалістю ≥3 тижнів)	Додаткове до АД лікування депресії з психозом в еквівалентній дозі ≥400 chlorpromazine тривалістю ≥3 тижнів	

Як бачимо, критерії резистентності до комбінованої терапії депресії є менш розробленими і містять меншу кількість позицій. У частині приєднання до терапії депресії антипсихотиків зазначений тільки перший ступінь резистентності з зауваженням, що окремі антипсихотичні препарати, їх дозування і тривалість терапії не враховані.

Такий стан речей обумовлений відсутністю на сьогодні достатньої доказової бази (кількості проведених клінічних досліджень) для визначення більш чітких критеріїв резистентності депресії до комбінованої з антипсихотиками терапії.

Навпаки, достатньо чітко визначені критерії резистентності щодо немедикаментозних видів терапії депресії, як психотерапевтичних, так і апаратних, за винятком світлотерапії (табл. 4). Для всіх прийнятних з точки зору доказової медицини методів психотерапії (когнітивно-поведінкової, інтерперсональної, активації поведінки) були вироблені однакові чотириступеневі критерії резистентності до лікування.

Серед апаратних методів виділяється електросудомна терапія, для якої, на відміну від усіх інших методів терапії, визначено п'ять ступенів резистентності депресії.

Таблиця 4. Критерії визначення ступеня резистентності депресії до окремих видів немедикаментозної терапії (витяг з АТНФ)

Резистентність	Кількість процедур/тривалість терапії				
	1 ступінь	2 ступінь	3 ступінь	4 ступінь	5 ступінь
Світлотерапія	Будь-яка				
Психотерапія					
Когнітивно-поведінкова терапія	<4 сесій	4–11 сесій	12–15 сесій	≥16 сесій	
Інтерперсональна терапія					
Терапія поведінковою активацією					
ЕСТ					
Унілатеральна	1–3 ЕСТ	4–6 ЕСТ	7–9 ЕСТ	10–12 ЕСТ	≥13 ЕСТ
Білатеральна	1–3 ЕСТ	4–6 ЕСТ		7–9 ЕСТ	≥10 ЕСТ
Інші нефармакологічні методи					
Стимуляція блукаючого нерва	<6 місяців	6–11 місяців	12–24 місяців	>24 місяців	
Транскраніальна магнітна стимуляція	<10 процедур	10–14 процедур	15–19 процедур	≥20 процедур	

Фактори ризику при лікуванні резистентної депресії

Лікування резистентної депресії є досить складним процесом, який потребує підвищених зусиль і лікаря, і пацієнта. Дуже важливими є підтримання терапевтичного альянсу з пацієнтом і майже перманентне проведення психоосвітніх заходів. Пацієнти з депресивними розладами повинні ділитися своїм внутрішнім досвідом переживання хвороби з лікарем, мати можливість вільно ставити будь-які запитання, пов'язані з факторами ризику резистентної депресії, зміною способу свого життя, більш ефективними варіантами лікування депресії, тривалістю лікування, тяжкістю побічних ефектів, а також суїцидальними думками і аутоагресивною поведінкою. Лікар, у свою чергу, має обговорювати з пацієнтом питання прихильності до лікування, впливу супутніх захворювань (таких як серцево-судинні, онкологічні хвороби, захворювання щитоподібної залози, розлади харчової поведінки), взаємодії між антидепресантами і іншими лікарськими засобами, можливі прояви майбутніх рецидивів депресії і фактори підвищеної уразливості до неї. Важливо донести до свідомості пацієнта інформацію, що збереження залишкових симптомів депресії пророкує гірший довгостроковий результат, тоді як досягнення стану ремісії асоціюється з більш сприятливим перебігом захворювання [12].

За даними досліджень, особи, які належать до національних меншин, мають меншу кількість міжособистісних зв'язків або матеріальних ресурсів, відмічають зниження соціального та рольового функціонування і якості життя, а також перебувають у хронічній депресії, можуть бути менш чутливими до терапії антидепресантами. Крім того, більш високий рівень об'єктивного стресу і низький рівень соціальної підтримки в родині, серед друзів і знайомих та в соціумі загалом також сприяють появі резистентних до лікування депресивних станів [4, 13, 14]. Для більшості пацієнтів з резистентною до терапії депресією притаманне поєднання різних факторів ризику (табл. 5), пов'язаних власне з особливостями поточного курсу лікування депресії, а

також з наявністю коморбідних соматичних і психічних захворювань.

Відомі п'ять основних стратегій (табл. 6), що використовуються для подолання часткової терапевтичної відповіді або відсутності відповіді на терапію антидепресантами, а саме: оптимізація, перемикування, поєднання, додавання і немедикаментозна терапія. Комплексний

Таблиця 5. Фактори ризику лікування резистентної депресії (модиф. [10])

Фактори ризику	Зауваження
Латентний період в лікуванні АД	Терапія АД може тривати 6–8 тижнів до появи адекватної терапевтичної відповіді
Пропуск дози АД	Ефективність терапії АД значно знижується, якщо ліки приймаються з пропуском дози
Неприємні побічні ефекти	Побічні ефекти мають тенденцію до зниження з плином часу. Необхідне правильне титрування препаратів і обов'язкове обговорення з пацієнтом можливих побічних ефектів. Доцільне призначення АД з врахуванням соматичних захворювань пацієнта для мінімізації побічних ефектів або їх використання для зменшення соматичних симптомів
Взаємодія з іншими препаратами	Поєднання деяких ліків з антидепресантами призводить до зменшення або збільшення фармакологічних властивостей самих ліків або АД, а в деяких випадках може відбутися взаємодія з небезпечними наслідками
Невірно підібраний АД або невірно підібрана доза АД	Антидепресанти працюють дуже по-різному у різних людей і необхідно підібрати потрібні ліки в правильному дозуванні, що часто вдається не з першого курсу лікування
Супутні соматичні захворювання	Супутні соматичні захворювання, такі як хвороби серця, рак або проблеми зі щитоподібною залозою, а також розлади харчової поведінки можуть сприяти депресії і повинні лікуватися одночасно
Супутні психічні захворювання	Супутні психічні захворювання потрібно лікувати одночасно з депресією
Зловживання алкоголем або наркотиками	Депресія може передувати або бути наслідком вживання психоактивних речовин. Ці стани також потребують належного лікування
Неправильний діагноз	У деяких випадках діагностується резистентна до лікування депресія, але стан хворого може бути обумовлений іншими причинами (органічне ураження головного мозку, терапія інтерферонами тощо)

Таблиця 6. Стратегії лікування резистентної депресії

Терапевтичні стратегії	
Оптимізація антидепресантів	Фактично підтверджена терапія у максимальній дозі протягом достатнього часу, верифікована рівнем концентрації цього антидепресанту в сироватці крові
Перемикання антидепресантів	Перехід від одного антидепресанту, що виявився неефективним, до інших всередині класу або до антидепресанту іншого класу; з СІЗЗС/ІЗЗСН до ТЦА, ІМАО і атипівих нейролептиків з антидепресивними властивостями
Поєднання антидепресантів	Додавання ще одного антидепресанту з різних класів, наприклад, ТЦА + ІМАО, СІЗЗС + ТЦА, СІЗЗС + атиповий антидепресант, СІЗЗС + буспірон тощо
Стратегії аугментації (додавання)	Додавання другого препарату, який не є антидепресантом, але може посилити антидепресивний ефект АД, наприклад літій, гормони щитоподібної залози, пиндолол, психостимулятори, атипові антипсихотичні препарати, статеві гормони, протисудомні / стабілізатори настрою і агоністи допаміну
Немедикаментозна терапія	Електросудомна терапія, стимуляція блукаючого нерва, транскраніальна магнітна стимуляція, глибока стимуляція мозку
Комплексний підхід	Застосування антидепресантів разом з іншими видами лікування, які включають в себе психотерапію, стратегії управління ризиками, зміни способу життя, такі як фізичні вправи і активний відпочинок
Додатковий підхід	Використання додаткових препаратів для зменшення побічної дії антидепресантів, а також для підвищення загальної ефективності терапії
Нейрохірургічні втручання	Ізольовані, тяжкі випадки лікування резистентної депресії

підхід містить у собі різні комбінації вищеперерахованих стратегій [15].

Не існує єдиного стандартного підходу до лікування резистентної до терапії депресії, тому пацієнт з таким станом потребує індивідуалізованого плану лікування, вироблення якого може потребувати багато часу і зусиль [29, 30]. Отже, при курації пацієнтів з резистентною до терапії депресією необхідно дотримуватися наступних принципів: визначити точний діагноз, у тому числі підтип депресії (тривожна, тужлива, меланхолійна тощо); оцінити супутні психічні і соматичні захворювання; визначити значущі соціально-психологічні стресорні фактори, а також ступінь соціальної та сімейної підтримки; забезпечити адекватну дозу і тривалість лікування; проводити моніторинг і лікування побічних ефектів; провести психоосвіту пацієнта щодо депресії і дії антидепресантів; забезпечити терапевтичний альянс з пацієнтом; прагнути досягти ремісії.

За даними багатьох досліджень, стратегія оптимізації антидепресанту першої лінії в адекватних дозах протягом тривалого періоду лікування (до 12 тижнів) має слабкі докази своєї ефективності [16]. Аналогічно, дослідження порівняння стратегій продовження терапії першої лінії і стратегії перемикання на інший

антидепресант з іншого класу також дали суперечливі результати [4]. Виявилось, що стратегія перемикання може бути корисною невеликій частці пацієнтів, але період напіввиведення препарату першої лінії і період відмиву повинні бути взяті до уваги, щоб обмежити ризик взаємодій впродовж перехідного періоду (наприклад, при призначенні флуоксетину як препарату першої лінії) [4, 16]. Стратегія комбінованого підходу також має недоліки, оскільки вона збільшує ризик побічних ефектів, не завжди даючи істотні клінічні переваги [4]. Дослідження показують, що другий курс монотерапії антидепресантом іншого профілю дії, як правило, буває ефективним для 50 % пацієнтів, які не відповіли на терапію першої лінії терапії. Тобто, близько 25 % пацієнтів з резистентною до лікування депресією реагують на стратегії оптимізації та поєднання, а інші 50 %, як правило, відповідають на стратегію перемикання. Решта 25 % пацієнтів з резистентною до терапії депресією є кандидатами для стратегій доповнення [16].

Створення індивідуалізованих стратегій доповнення передбачає урахування механізмів дії препаратів, які можуть бути використані в якості доповнення для лікування резистентної депресії, а також соматичний

Таблиця 7. Механізм дії препаратів, які можуть бути використані в якості доповнення для лікування резистентної депресії

Підсилюючий агент	Механізм дії
Літій	Потенціює серотонінергічну нейротрансмісію, модулює шлях фосфатидилінозиту
Триодтиронін	Потенціює норадренергічну нейротрансмісію, коригує субклінічний гіпотиреоз, який викликає симптоми, що нагадують депресію
Тетраодтиронін	Підсилює норадреналін у синапсах
Атипові антипсихотичні препарати	Поліпшує функції серотоніну, норадреналіну і дофаміну у фронтальній корі, а також функції інших нейромедіаторів, таких як глутамат
Психостимулятори	Поліпшує норадренергічну і дофамінергічну нейротрансмісію
Інозит	Попередник діацилгліцеринацилтрансфери і інозитолтрифосфату
Естроген	Впливає на ГАМК-ергічну, серотонінергічну, норадренергічну і холінергічну нейротрансмісію
Омега-3 жирні кислоти	Нормалізують зв'язки між нервовими клітинами; зменшують рівень фактора некрозу пухлин- α , інтерлейкіну В; простагландинів Е2-4; збільшують рівень нейротрофічного фактора мозку
Агоністи дофаміну	Підвищують рівень дофаміну
Ламотриджин	Блокує рецептори 5-гідрокситриптаміну 3, потенціює дофамін

стан пацієнтів для запобігання побічній дії комбінованої терапії (табл. 7).

Результати порівняльних досліджень свідчать, що додаткове застосування літію і гормонів щитоподібної залози дійсно збільшує антидепресивний ефект у пацієнтів з резистентною до терапії депресією, але переконливих доказів того, що додавання літію збільшує шанси ремісії, немає [17]. Гормони щитоподібної залози, бензодіазепіни, буспірон і піндолол, як додаткові до основної терапії препарати, також мають обмежений антидепресивний ефект [17]. Попри те, що додавання літію до сучасних антидепресантів виявилось більш ефективною і безпечною комбінацією, порівняно з додаванням гормону щитоподібної залози ТЗ [18], літій, як відомо, має вузьке терапевтичне вікно і потребує контролю рівня в крові для уникнення його токсичних концентрацій [17]. Варто зазначити, що після отримання негативної терапевтичної відповіді на антидепресант першої лінії СІЗЗС стратегії переходу на інший антидепресант як всередині класу СІЗЗС, так і на препарат іншого класу найчастіше мало-ефективні; тільки перехід від СІЗЗС до венлафаксину або міртазапіну потенційно може дати позитивний ефект [17, 19]. У відкритому дослідженні [20] міртазапін був ефективний у 38 % пацієнтів, які страждали на депресію, резистентну до стандартних антидепресантів. Слід зазначити, що перехід від більш нових антидепресантів до ТЦА після слабкої відповіді на них не має переконливих доказів ефективності [20]. Тимостабілізатори і психостимулятори також не можуть однозначно бути рекомендованими з огляду на їх побічні ефекти, в тому числі адиктивний потенціал психостимуляторів [15, 16, 18, 21, 22]. З іншого боку, застосування психостимуляторів може бути рекомендоване у пацієнтів з резистентною до терапії депресією з виразною загальмованістю, оскільки приводить до значного поліпшення настрою, енергійності і психомоторної активності. Був зроблений висновок про те, що швидкий початок дії психостимуляторів (2–3 години) після введення може допомогти перекрити терапевтичний латентний період звичайних антидепресантів і, ймовірно, посилює їх ефект [23].

Великий потенціал щодо лікування резистентної до терапії депресії мають атипові нейролептики, як у монотерапії, так і в комбінованій терапії. Відповідно до рекомендацій FDA, арипіпразол і кветіапін можуть використовуватися як додаткова терапія, і оланзапін може поєднуватися з флуоксетином. Результати мета-аналізів доводять, що застосування атипичних антипсихотиків майже вдвічі збільшує здатність досягти ремісії у пацієнтів з резистентною депресією [25, 26]. Серед побічних ефектів привертають увагу акатізія (для арипіпразолу), підвищена седатія (для кветіапіну), збільшення ваги і метаболічні порушення (для оланзапіну) [27]. Дозування атипичних антипсихотиків при резистентній депресії відрізняється від такого при лікуванні гострої манії або психотичних епізодів при шизофренії. Так, цільова доза для арипіпразолу у пацієнтів з депресією коливається від 5 до 20 мг на добу, причому починати терапію доцільно з 2 мг на добу [28]. Кветіапін демонструє свою антидепресивну ефективність у дозі 50–300 мг на добу, але найбільша редукція депресивних симптомів відбувається під впливом дози 150–300 мг на добу [24]. Оланзапін рекомендований в поєднанні з

флуоксетином в дозах від 3 мг / 25 мг до 12 мг / 50 мг на добу, залежно від тяжкості симптоматики [29].

Найбільшу доказову базу мають стратегії поєднання атипичних антипсихотиків з СІЗЗС і ІЗЗСН [18, 30, 31]. Великий мета-аналіз, що охоплював бази даних (PubMed, Google Scholar) з 1980 року по квітень 2013 року, засвідчив, що доказова база щодо стратегії додавання атипичних антипсихотиків (арипіпразолу, кветіапіну, оланзапіну) до традиційних антидепресантів є найбільшою і ретельною серед інших лікувальних підходів до курації резистентної до терапії депресії [29]. Дослідження доводять, що кветіапін і оланзапін позитивно діють на резистентні до терапії депресії з резидуальними симптомами тривоги і ажитації, оскільки седативна дія цих препаратів дозволяє швидше домогтися ремісії і підвищити якість життя пацієнтів [24, 29]. Втім, доволі складною для терапії є резистентна депресія з тужливим, меланхолійним афектом, апатією, зниженням життєвого тону і щоденної активності пацієнтів. У цих випадках препаратом вибору є арипіпразол, зважаючи на його фармакологічні властивості [32].

Арипіпразол в терапії резистентних депресій

Арипіпразол, «стабілізатор дофамінової системи», за визначенням S. Stahl [32], фармакологічно відрізняється від інших антипсихотиків, діючи як частковий агоніст дофамінових D₂ і D₃ рецепторів, серотонінових 5-HT_{1A} рецепторів, а також як антагоніст серотонінових 5-HT_{2A} рецепторів [33–36] (табл. 8).

Таблиця 8. Афінітність зв'язування арипіпразолу і клінічні властивості рецепторів [36]

Рецептори	Сила зв'язку	Лікувальні ефекти
D ₂	0,34	Антипсихотичний
D ₃	0,8	Антипсихотичний (в т.ч. на негативні симптоми), антиманіакальний, антидепресивний
5-HT _{1A}	1,7	Антидепресивний, анксиолітичний
5-HT _{2A}	3,4	Запобігає екстрапірамідним ефектам
5-HT _{2C}	15	Антидепресивний
5-HT ₇	29	Антидепресивний
H ₁	61	Анксиолітичний, снодійний
M ₁	>1000	Запобігає екстрапірамідним ефектам
α ₁	57	Гіпотензивний

Цей профіль пояснює фармакологічну доцільність застосування арипіпразолу в терапії депресії як препарату мультимодальної дії, що продемонстрував ефективність в якості додаткової терапії в клінічних дослідженнях [32, 34, 36]. Арипіпразол використовується в терапії резистентних депресій вже понад десять років. Дані клінічних досліджень засвідчили ефективність ад'ювантної терапії арипіпразолом у пацієнтів з резистентною до лікування депресією і при частковій терапевтичній відповіді на антидепресанти [25, 37–44].

Ще у дослідженні, опублікованому у 2004 році, було наголошено, що 46,7 % пацієнтів з резистентною до терапії депресією при додаванні арипіпразолу показали дуже значне зростання ефективності лікування. Автори зауважили, що арипіпразол, як частковий агоніст дофаміну, демонструє антидепресивний ефект, подібний до інших дофамінергічних агентів, таких як психостимулятори, без побічної дії останніх [37].

Наступні дослідження підтвердили антидепресивні якості арипіпразолу, починаючи з дози 2,5 мг на добу [38, 39]. Дослідження Marcus R. N. et al. показало ефективність арипіпразолу в терапії резистентної депресії 191 пацієнта в дозах 2–20 мг на добу (початкова доза 5 мг на добу, середня доза 11,0 мг на добу). Автори показали, що пацієнти, які отримували цей препарат в якості додаткової терапії, демонстрували кращу терапевтичну відповідь, порівняно з плацебо (32,4 % vs 17,4 %; $P < 0,001$), і досягали стану ремісії (25,4 % vs 15,2 %; $P = 0,016$) [40].

В іншому дослідженні при додаванні арипіпразолу до венлафаксину подовженої дії автори відмітили збільшення ремісій до 44 %, порівняно з додаванням плацебо (29 %) [25]. Вони також звернули увагу на достовірне зменшення суїцидальної налаштованості, а також на безпечність арипіпразолу щодо появи метаболічних і неврологічних порушень та подовження QTc. Втім, в інших роботах було виявлено деяке збільшення акатизії у пацієнтів похилого віку [27, 42].

У 2015 році був представлений аналіз наукової медичної електронної літератури за базами даних PubMed, EMBASE, the Cochrane Library, Web of Science, EBSCO, PsycINFO, EAGLE, та NTIS для досліджень, опублікованих включно по грудень 2013 року [43]. Результати 48 порівняльних досліджень 11 різних препаратів для додаткової терапії резистентної депресії (арипіпразол, бупропіон, ламотриджин, літій, метилфенідат, оланзапін, піндолол, кветіапін, рисперидон, гормони щитоподібної залози) загальною кількістю 6 654 пацієнтів підтвердити ефективність ($OR = 1,92$; 95 % CrI, 1,39–3,13) арипіпразолу ($OR = 1,85$; 95 % CrI, 1,27–2,27), гормонів щитоподібної залози ($OR = 1,84$; 95 % CrI, 1,06–3,56) і літію ($OR = 1,56$; 95 % CrI, 1,05–2,55), в порівнянні з плацебо. Причому кветіапін і арипіпразол значно випереджали за ефективністю тиреоїдні гормони і літій, тому саме атипіві антипсихотики були рекомендовані для пацієнтів з резистентною до терапії депресією.

У нещодавньому дослідженні групи дослідників на чолі з Н. Sugawara були визначені предиктори ефективності арипіпразолу в терапії резистентної депресії [44]. Загальний відсоток пацієнтів, які досягли ремісії при додаванні арипіпразолу, склав 36,5 %. Множинний логістичний регресійний аналіз показав, що додавання арипіпразолу було значно ефективнішим при біполярній депресії, ніж при монополярній. Крім того, відсутність коморбідних тривожних розладів і тривалість поточного епізоду > 3 місяців значною мірою були пов'язані з отриманням позитивного ефекту в терапії депресії при додаванні арипіпразолу. Причому, значущість відсутності коморбідних тривожних розладів для отримання позитивного ефекту для аугментації арипіпразолу була відмічена тільки для уніполярної депресії.

Отже, вимальовується клінічний портрет пацієнта, для якого стратегія аугментації арипіпразолу буде

оптимальною: поточний епізод тужливої, меланхолійної депресії з апатією тривалістю понад три місяці, зі зниженням життєвого тону і щоденної активності без значущих тривожних проявів у пацієнта, в тому числі похилого віку, з можливими соматичними захворюваннями (серцево-судинними, метаболічними, неврологічними).

Чималу питому вагу в лікуванні резистентної депресії мають і немедикаментозні методи [10]. ЕСТ застосовується в лікуванні пацієнтів, які не дали терапевтичної відповіді на всі варіанти медикаментозних стратегій лікування [45], але цей метод несе в собі ризик оборотних розладів пам'яті [46]. Деякі дослідження повідомили про відсутність когнітивних порушень з ЕСТ у підлітків з резистентною до терапії депресією при отриманні загального позитивного ефекту лікування [47]. Дедалі більше з достатньою ефективністю розширюється роль інших соматичних втручань для пацієнтів з резистентною до терапії депресією, в тому числі стимуляції блукаючого нерва і транскраніальної магнітної стимуляції. Але ці методи мають деякі побічні ефекти, тому вони потребують подальших досліджень, особливо великих контрольованих рандомізованих досліджень, спрямованих на поглиблене вивчення зон мозку, залучених у розвиток і лікування резистентної депресії [48, 49].

Декілька різних психотерапевтичних методів використовується при лікуванні резистентної до терапії депресії з достатнім позитивним ефектом: половина пацієнтів, як правило, досягає якісної терапевтичної відповіді, особливо при застосуванні когнітивно-поведінкової терапії [29]. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) і міжособистісна терапія (ІПТ) мають достатню доказову базу ефективності. КПТ з 1977 року вивчалась майже в 90 рандомізованих контрольованих дослідженнях, що забезпечило емпіричні докази її ефективності в лікуванні легкої та помірної депресії [48]. Втім, не доведена ефективність когнітивно-поведінкової терапії у підлітків з резистентною до лікування депресією; потрібні подальші дослідження [50]. ІПТ була рекомендована як варіант першої лінії терапії при гострому епізоді депресії, але немає достатніх доказів щодо переваг цього методу перед КПТ або фармакологічним втручанням [51]. В доповнення до ролі в лікуванні депресії, психотерапія може також мати значення при лікуванні супутніх захворювань, зокрема тривожних розладів [48]. Регулярні фізичні вправи і використання деяких додаткових і альтернативних ліків також можуть позитивно впливати на лікування резистентної депресії, але ці методи потребують подальших досліджень [52].

Висновки

Кожний випадок резистентної до терапії депресії має свої унікальні риси і вимагає ретельної оцінки для визначення вірного діагнозу і якості терапевтичної відповіді на антидепресанти. Не менш важливою для вибудовування адекватного плану терапії є оцінка факторів ризику лікування резистентної депресії. Існує велика різноманітність варіантів лікування резистентної депресії, тому кожна терапевтична стратегія повинна бути використана при наданні допомоги пацієнтам з цим захворюванням. Поєднання терапії антидепресантами і атипівими анти-

психотиками з антидепресивними якостями (наприклад, арипіпразолом) в поєднанні з психотерапевтичним втручанням та дотриманням адекватних доз і тривалості лікування має бути стратегією вибору для пацієнтів з резистентною до терапії депресією. З огляду на складність і неповну вирішеність проблеми резистентної до терапії депресії, можна стверджувати, що необхідні подальші рандомізовані клінічні дослідження з залученням нових препаратів, методів психотерапії, немедикаментозної терапії і нових удосконалених стратегій її лікування.

Список використаної літератури

- Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depression [Електронний ресурс] / American Psychiatric Association, 2010. – 152 p. Режим доступу: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (дата звернення 12.02.2017).
- Cadieux R. J. Practical management of treatment-resistant depression / R. J. Cadieux // *American Family Physician*. – 1998. – Vol. 58, No. 9. – P. 2059–2062.
- Sackeim H. A. The definition and meaning of treatment-resistant depression / H. A. Sackeim // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62, Suppl. 16. – P. 10–17.
- Thase M. E. Treatment-resistant depression / M. E. Thase, J. A. Rush // *Psychopharmacology: Fourth Generation of Progress* ; Eds. F. E. Bloom, D. J. Kupfer. – New York, NY : Raven Press, 1995. – P. 1081–1097.
- Keller M. B. Issues in treatment-resistant depression / M. B. Keller // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66, Suppl. 8. – P. 5–12.
- National Institute of Mental Health. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Study. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.nimh.nih.gov/trials/practical/stard/index.shtml> (дата звернення 12.02.2017).
- Kennedy S. H. Treatment resistant depression – advances in somatic therapies / S. H. Kennedy, P. Giacobbe // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 19, Issue 4. – P. 279–287.
- Huynh N. N. What are the implications of the STAR*D trial for primary care? A review and synthesis / N. N. Huynh, R. S. McIntyre // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. – 2008. – Vol. 10, No. 2. – P. 91–96.
- Cain R. A. Navigating the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study: practical outcomes and implications for depression treatment in primary care / R. A. Cain // *Primary Care: Clinics in Office Practice*. – 2007. – Vol. 34, Issue 3. – P. 505–519. DOI:10.1016/j.pocp.2007.05.006
- Al-Harbi K. S. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions / K. S. Al-Harbi // *Patient preference and adherence*. – 2012. – Vol. 6. – P. 369–388. DOI:10.2147/PPA.S29716
- Dew R. E. Adequacy of antidepressant treatment by psychiatric residents: the antidepressant treatment history form as a possible assessment tool / R. E. Dew, S. I. Kramer, W. V. McCall // *Academic Psychiatry*. – 2005. – Vol. 29, Issue 3. – P. 283–288. DOI:10.1176/appi.ap.29.3.283
- Long-term impact of residual symptoms in treatment-resistant depression / A. Fekadu, S. C. Wooderson, L. J. Rane [et al.] // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2011. – Vol. 56, Issue 9. – P. 549–557. DOI:10.1177/070674371105600906
- STAR*D: revising conventional wisdom / A. J. Rush, D. Warden, S. R. Wisniewski [et al.] // *CNS Drugs*. – 2009. – Vol. 23, Issue 8. – P. 627–647. DOI: 10.2165/00023210-200923080-00001
- Thase M. E. Treatment-resistant depression: prevalence, risk factors, and treatment strategies / M. E. Thase // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2011. – Vol. 72, No. 5. – P. e18. DOI:10.4088/JCP.8133tx4c
- Gotto J. Treatment options in treatment-resistant depression / J. Gotto, M. H. Rapaport // *Primary Psychiatry*. – 2005. – Vol. 12. – P. 42–50.
- Pharmacologic approaches to treatment resistant depression: a re-examination for the modern era / N. S. Philip, L. L. Carpenter, A. R. Tyrka, L. H. Price // *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. – 2010. – Vol. 11, Issue 5. – P. 709–722. DOI:10.1517/14656561003614781
- Connolly K. R. If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies / K. R. Connolly, M. E. Thase // *Drugs*. – 2011. – Vol. 71, Issue 1. – P. 43–64. DOI:10.2165/11587620-000000000-00000
- A pilot study of the efficacy and safety of paroxetine augmented with risperidone, valproate, buspirone, trazodone, or thyroid hormone in adult Chinese patients with treatment-resistant major depression / Y. Fang, C. Yuan, Y. Xu [et al.] // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. – 2011. – Vol. 31, Issue 5. – P. 638–642. DOI:10.1097/JCP.0b013e31822bb1d9
- Malhi G. S. Dual-dual action? Combining venlafaxine and mirtazapine in the treatment of depression / G. S. Malhi, F. Ng, M. Berk // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 42, Issue 4. – P. 346–349. DOI:10.1080/00048670701881587
- Mirtazapine for treatment-resistant depression: a preliminary report / D. Wan, D. Kundhur, K. Solomons [et al.] // *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. – 2003. – Vol. 28, Issue 1. – P. 55–59.
- A double-blind placebo-controlled trial of lamotrigine as an antidepressant augmentation agent in treatment-refractory unipolar depression / J. G. Barbee, T. R. Thompson, N. J. Jamhour [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2011. – Vol. 72, No. 10. – P. 1405–1412. DOI:10.4088/JCP.09m05355gre
- Mowla A. Topiramate augmentation in patients with resistant major depressive disorder: a double-blind placebo-controlled clinical trial / A. Mowla, E. Kardeh // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. – 2011. – Vol. 35, Issue 4. – P. 970–973. DOI:10.1016/j.pnpb.2011.01.016
- Stotz G. Psychostimulants in the therapy of treatment-resistant depression. Review of the literature and findings from a retrospective study in 65 depressed patients / G. Stotz, B. Woggon, J. Angst // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 1999. – Vol. 1, No. 3. – P. 165–174.
- Anderson I. M. Efficacy, safety and tolerability of quetiapine augmentation in treatment resistant depression: an open-label, pilot study / I. M. Anderson, A. Sarsfield, P. M. Haddad // *Journal of Affective Disorders*. – 2009. – Vol. 117, Issues 1–2. – P. 116–119. DOI:10.1016/j.jad.2008.12.016
- Nelson J. C. Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials / J. C. Nelson, G. I. Papakostas // *The American Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 166, Issue 9. – P. 989–991. DOI:10.1176/appi.ajp.2009.09030312
- Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes / G. I. Spielmanns, M. I. Berman, E. Linardatos [et al.] // *PLOS Medicine*. – 2013. – Vol. 10, No. 3. – P. e1001403. DOI:10.1371/journal.pmed.1001403
- Cha D. S. Treatment-emergent adverse events associated with atypical antipsychotics / D. S. Cha, R. S. McIntyre // *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. – 2012. – Vol. 13, Issue 11. – P. 1587–1598. DOI:10.1517/14656566.2012.656590
- A double-blind, placebo-controlled study of aripiprazole adjunctive to antidepressant therapy among depressed outpatients with inadequate response to prior antidepressant therapy (ADAPT-A Study) / M. Fava, D. Mischoulon, D. Iosifescu [et al.] // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2012. – Vol. 81, No. 2. – P. 87–97. DOI:10.1159/000332050
- Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach / R. S. McIntyre, M. J. Filteau, L. Martin [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2014. – Vol. 156. – P. 1–7. DOI:10.1016/j.jad.2013.10.043
- Parker G. Are atypical antipsychotic drugs also atypical antidepressants? / G. Parker, G. Malhi // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 35, Issue 5. – P. 631–638. DOI:10.1080/0004867010060512
- Early weight gain as a predictor of substantial weight gain with olanzapine/fluoxetine combination: an analysis of 2 adult studies in treatment-resistant depression / E. K. Degenhardt, H. H. Jamal, S. Tormey, M. Case // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. – 2011. – Vol. 31, Issue 3. – P. 337–340. DOI:10.1097/JCP.0b013e3182196e64
- Stahl S. M. Dopamine system stabilizers, aripiprazole, and the next generation of antipsychotics, part 1: "Goldilocks" actions at dopamine receptors / S. M. Stahl // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62, Issue 11. – P. 841–842.
- Aripiprazole augmentation strategy in clomipramine-resistant depressive patients: an open preliminary study / M. Fabrizio, F. Perris, P. Monteleone [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2012. – Vol. 22, Issue 2. – P. 132–136. DOI:10.1016/j.euroneuro.2011.06.006
- Stahl S. M. Mechanism of action of brexpiprazole: comparison with aripiprazole / S. M. Stahl // *CNS spectrums*. – 2016. – Vol. 21, Issue 1. – P. 1–6. DOI:10.1017/S1092852915000954
- Morrisette D. A. Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder / D. A. Morrisette, S. M. Stahl // *CNS spectrums*. – 2014. – Vol. 19, Issue S1. – P. 54–68. DOI:10.1017/S1092852914000613
- Frankel J. S. Brexpiprazole and cariprazine: distinguishing two new atypical antipsychotics from the original dopamine stabilizer aripiprazole / J. S. Frankel, T. L. Schwartz // *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. – 2016. – Vol. 7, Issue 1. – P. 29–41. DOI:10.1177/2045125316672136
- Barbee J. G. Aripiprazole augmentation in treatment-resistant depression / J. G. Barbee, E. J. Conrad, N. J. Jamhour // *Annals of Clinical Psychiatry*. – 2004. – Vol. 16, Issue 4. – P. 189–194.
- Aripiprazole as an augmentor of selective serotonin reuptake inhibitors in depression and anxiety disorder patients / J. J. Worthington 3rd, G. Kinrys, L. E. Wygant, M. H. Pollack // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2005. – Vol. 20, Issue 1. – P. 9–11.
- Simon J. S. Aripiprazole augmentation of antidepressants for the treatment of partially responding and nonresponding patients with major depressive disorder / J. S. Simon, C. B. Nemeroff // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2005. – Vol. 66, No. 10. – P. 1216–1220.
- The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a second multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study / R. N. Marcus, R. D. McQuade, W. H. Carson [et al.] // *Journal of clinical psychopharmacology*. – 2008. – Vol. 28, Issue 2. – P. 156–165. DOI:10.1097/JCP.0b013e31816774f9
- The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: A multicenter, randomized, double-blind placebo-controlled study / R. M. Berman, R. N. Marcus, R. Swanink [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 68, No. 6. – P. 843–853.

42. Efficacy, safety, and tolerability of augmentation pharmacotherapy with aripiprazole for treatment-resistant depression in late life: a randomized placebo-controlled trial / E. J. Lenze, B. H. Mulsant, D. M. Blumberger [et al.] // *The Lancet*. – 2015. – Vol. 386, No. 10011. – P. 2404–2412. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00308-6
43. Comparative efficacy, acceptability, and tolerability of augmentation agents in treatment-resistant depression: systematic review and network meta-analysis / X. Zhou, A. V. Ravindran, B. Qin [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76, No. 4. – P. e487–e498. DOI:10.4088/JCP.14r09204
44. A retrospective study of predictive factors for effective aripiprazole augmentation of antidepressant therapy in treatment-resistant depression / H. Sugawara, K. Sakamoto, T. Harada [et al.] // *Neuropsychiatric disease and treatment*. – 2016. – Vol. 12. – P. 1151–1156. DOI:10.2147/NDT.S104115
45. Cusin C. Somatic therapies for treatment-resistant depression: ECT, TMS, VNS, DBS / C. Cusin, D. D. Dougherty // *Biology of mood & anxiety disorders*. – 2012. – Vol. 2. – P. 14. DOI:10.1186/2045-5380-2-14
46. The effectiveness of electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: a naturalistic study / N. Khalid, M. Atkins, J. Tredget [et al.] // *The Journal of ECT*. – 2008. – Vol. 24, Issue 2. – P. 141–145. DOI:10.1097/YCT.0b013e318157ac58
47. Ghaziuddin N. Use of continuation or maintenance electroconvulsive therapy in adolescents with severe treatment resistant depression / N. Ghaziuddin, S. Dumas, E. Hodges // *The Journal of ECT*. – 2011. – Vol. 27, Issue 2. P. 168–174. DOI:10.1097/YCT.0b013e3181f665e4
48. The hidden third: improving outcome in treatment-resistant depression / T. E. Schlaepfer, H. Agren, P. Monteleone [et al.] // *Journal of Psychopharmacology*. – 2012. – Vol. 26, Issue 5. – P. 587–602. DOI:10.1177/0269881111431748
49. Newman B. M. Treatment-Resistant Depression in the Elderly: Diagnostic and Treatment Approaches / B. M. Newman // *Current Geriatrics Reports*. – 2016. – Vol. 5, Issue 4. – P. 241–247. DOI:10.1007/s13670-016-0186-5
50. Hetrick S. E. Treatment-resistant depression in adolescents: is the addition of cognitive behavioral therapy of benefit? / S. E. Hetrick, G. R. Cox, S. N. Merry // *Psychology Research and Behavior Management*. – 2011. – Vol. 4. – P. 97–112. DOI:10.2147/PRBM.S13780
51. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication / S. V. Parikh, Z. V. Segal, S. Grigoriadis [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2009. – Vol. 117, Suppl. 1. – P. S15–S25. DOI:10.1016/j.jad.2009.06.042
52. Moderate physical exercise and quality of life in patients with treatment-resistant major depressive disorder / J. Mota-Pereira, S. Carvalho, J. Silverio [et al.] // *Journal of Psychiatric Research*. – 2011. – Vol. 45, Issue 12. P. 1657–1659. DOI:10.1016/j.jpsychires.2011.08.008
13. Rush, A. J., Warden, D., Wisniewski, S. R., Fava, M., Trivedi, M. H., Gaynes, B. N., & Nierenberg, A. A. (2009). STAR*D: revising conventional wisdom. *CNS Drugs*, vol. 23, issue 8, pp. 627–647. DOI: 10.2165/00023210-200923080-00001
14. Thase, M. E. (2011). Treatment-resistant depression: prevalence, risk factors, and treatment strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 72, no. 5, e18. DOI:10.4088/JCP.8133tx4c
15. Gotto, J., & Rapaport, M. H. (2005). Treatment options in treatment-resistant depression. *Primary Psychiatry*, vol. 12, pp. 42–50.
16. Philip, N. S., Carpenter, L. L., Tyrka, A. R., & Price, L. H. (2010). Pharmacologic approaches to treatment resistant depression: a re-examination for the modern era. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, vol. 11, issue 5, pp. 709–722. DOI:10.1517/14656561003614781
17. Connolly, K. R., & Thase, M. E. (2011). If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies. *Drugs*, vol. 71, issue 1, pp. 43–64. DOI:10.2165/11587620-000000000-00000
18. Fang, Y., Yuan, C., Xu, Y., Chen, J., Wu, Z., Cao, L., ... Gao, K., & OPERATION Study Team (2011). A pilot study of the efficacy and safety of paroxetine augmented with risperidone, valproate, buspirone, trazodone, or thyroid hormone in adult Chinese patients with treatment-resistant major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 31, issue 5, pp. 638–642. DOI:10.1097/JCP.0b013e31822bb1d9
19. Malhi, G. S., Ng, F., & Berk, M. (2008). Dual-dual action? Combining venlafaxine and mirtazapine in the treatment of depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, issue 4, pp. 346–349. DOI:10.1080/00048670701881587
20. Wan, D. D., Kundhur, D., Solomons, K., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2003). Mirtazapine for treatment-resistant depression: a preliminary report. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, vol. 28, issue 1, pp. 55–59.
21. Barbee, J. G., Thompson, T. R., Jamhour, N. J., Stewart, J. W., Conrad, E. J., Reimherr, F. W., ... Shelton, R. C. (2011). A double-blind placebo-controlled trial of lamotrigine as an antidepressant augmentation agent in treatment-refractory unipolar depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 72, no. 10, pp. 1405–1412. DOI:10.4088/JCP.09m05355gre
22. Mowla, A., & Kardeh, E. (2011). Topiramate augmentation in patients with resistant major depressive disorder: a double-blind placebo-controlled clinical trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, vol. 35, issue 4, pp. 970–973. DOI:10.1016/j.pnpbp.2011.01.016
23. Stoltz, G., Woggon, B., & Angst, J. (1999). Psychostimulants in the therapy of treatment-resistant depression. Review of the literature and findings from a retrospective study in 65 depressed patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 1, no. 3, pp. 165–174.
24. Anderson, I. M., Sarsfield, A., & Haddad, P. M. (2009). Efficacy, safety and tolerability of quetiapine augmentation in treatment resistant depression: an open-label, pilot study. *Journal of Affective Disorders*, vol. 117, issues 1-2, pp. 116–119. DOI:10.1016/j.jad.2008.12.016
25. Nelson, J. C., & Papakostas, G. I. (2009). Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 166, issue 9, pp. 980–991. DOI:10.1176/appi.ajp.2009.09030312
26. Spielmans, G. I., Berman, M. I., Linardatos, E., Rosenlicht, N. Z., Perry, A., & Tsai, A. C. (2013). Adjunctive atypical antipsychotic treatment for major depressive disorder: a meta-analysis of depression, quality of life, and safety outcomes. *PLOS Medicine*, vol. 10, no. 3, pp. e1001403. DOI:10.1371/journal.pmed.1001403
27. Cha, D. S., & McIntyre, R. S. (2012). Treatment-emergent adverse events associated with atypical antipsychotics. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, vol. 13, issue 11, pp. 1587–1598. DOI:10.1517/14656566.2012.656590
28. Fava, M., Mischoulon, D., Iosifescu, D., Witte, J., Pencina, M., Flynn, M., ... Pollack, M. (2012). A double-blind, placebo-controlled study of aripiprazole adjunctive to antidepressant therapy among depressed outpatients with inadequate response to prior antidepressant therapy (ADAPT-A Study). *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 81, no. 2, pp. 87–97. DOI:10.1159/000332050
29. McIntyre, R. S., Filteau, M. J., Martin, L., Patry, S., Carvalho, A., Cha, D. S., ... Miguez, M. (2014). Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *Journal of Affective Disorders*, vol. 156, pp. 1–7. DOI:10.1016/j.jad.2013.10.043
30. Parker, G., & Malhi, G. (2001). Are atypical antipsychotic drugs also atypical antidepressants? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 35, issue 5, pp. 631–638. DOI:10.1080/0004867010060512
31. Degenhardt, E. K., Jamal, H. H., Tormey, S., & Case, M. (2011). Early weight gain as a predictor of substantial weight gain with olanzapine/fluoxetine combination: an analysis of 2 adult studies in treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 31, issue 3, pp. 337–340. DOI:10.1097/JCP.0b013e3182196e64
32. Stahl, S. M. (2001). Dopamine system stabilizers, aripiprazole, and the next generation of antipsychotics, part 1: "Goldilocks" actions at dopamine receptors. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, issue 11, pp. 841–842.
33. Fabrazzo, M., Perris, F., Monteleone, P., Esposito, G., Catapano, F., & Maj, M. (2012). Aripiprazole augmentation strategy in clomipramine-resistant depressive patients: an open preliminary study. *European Neuropsychopharmacology*, vol. 22, issue 2, pp. 132–136. DOI:10.1016/j.euroneuro.2011.06.006

References

1. American Psychiatric Association. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depression. 152 p. Retrieved from: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/mdd.pdf (accessed 12.02.2017).
2. Cadieux, R. J. (1998). Practical management of treatment-resistant depression. *American Family Physician*, vol. 58, no. 9, pp. 2059–2062.
3. Sackeim, H. A. (2001). The definition and meaning of treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, suppl. 16, pp. 10–17.
4. Thase, M. E., & Rush, J. A. (1995). Treatment-resistant depression. In F. E. Bloom & D. J. Kupfer (Eds.), *Psychopharmacology: Fourth Generation of Progress* (1081-1097). New York, NY: Raven Press.
5. Keller, M. B. (2005). Issues in treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66, suppl. 8, pp. 5–12.
6. National Institute of Mental Health. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Study. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/trials/practical/stard/index.shtml> (accessed 12.02.2017).
7. Kennedy, S. H., & Giacobbe, P. (2007). Treatment resistant depression – advances in somatic therapies. *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 19, issue 4, pp. 279–287.
8. Huynh, N. N., & McIntyre, R. S. (2008). What are the implications of the STAR*D trial for primary care? A review and synthesis. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 10, no. 2, pp. 91–96.
9. Cain, R. A. (2007). Navigating the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study: practical outcomes and implications for depression treatment in primary care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, vol. 34, issue 3, pp. 505–519. DOI:10.1016/j.pop.2007.05.006
10. Al-Harbi, K. S. (2012). Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient preference and adherence*, vol. 6, pp. 369–388. DOI:10.2147/PPA.S29716
11. Dew, R. E., Kramer, S. I., & McCall, W. V. (2005). Adequacy of antidepressant treatment by psychiatric residents: the antidepressant treatment history form as a possible assessment tool. *Academic Psychiatry*, vol. 29, issue 3, pp. 283–288. DOI:10.1176/appi.ap.29.3.283
12. Fekadu, A., Wooderson, S. C., Rane, L. J., Markopoulou, K., Poon, L., & Cleare, A. J. (2011). Long-term impact of residual symptoms in treatment-resistant depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 56, issue 9, pp. 549–557. DOI:10.1177/070674371105600906

34. Stahl, S. M. (2016). Mechanism of action of brexpiprazole: comparison with aripiprazole. *CNS spectrums*, vol. 21, issue 1, pp. 1–6. DOI:10.1017/S1092852915000954
35. Morrisette, D. A., & Stahl, S. M. (2014). Modulating the serotonin system in the treatment of major depressive disorder. *CNS spectrums*, vol. 19, issue 51, pp. 54–68. DOI:10.1017/S1092852914000613
36. Frankel, J. S., & Schwartz, T. L. (2016). Brexpiprazole and cariprazine: distinguishing two new atypical antipsychotics from the original dopamine stabilizer aripiprazole. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, vol. 7, issue 1, pp. 29–41. DOI:10.1177/2045125316672136
37. Barbee, J. G., Conrad, E. J., & Jamhour, N. J. (2004). Aripiprazole augmentation in treatment-resistant depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 16, issue 4, pp. 189–194.
38. Worthington, J. J. 3rd, Kinrys, G., Wygant, L. E., & Pollack, M. H. (2005). Aripiprazole as an augmentor of selective serotonin reuptake inhibitors in depression and anxiety disorder patients. *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 20, issue 1, pp. 9–11.
39. Simon, J. S., & Nemeroff, C. B. (2005). Aripiprazole augmentation of antidepressants for the treatment of partially responding and nonresponding patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66, no. 10, pp. 1216–1220.
40. Marcus, R. N., McQuade, R. D., Carson, W. H., Hennicken, D., Fava, M., Simon, J. S., & Berman, R. M. (2008). The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: a second multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of clinical psychopharmacology*, vol. 28, issue 2, pp. 156–165. DOI:10.1097/JCP.0b013e31816774f9
41. Berman, R. M., Marcus, R. N., Swanink, R., McQuade, R. D., Carson, W. H., Corey-Lisle, P. K., & Khan, A. (2007). The efficacy and safety of aripiprazole as adjunctive therapy in major depressive disorder: A multicenter, randomized, double-blind placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, no. 6, pp. 843–853.
42. Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Blumberger, D. M., Karp, J. F., Newcomer, J. W., Anderson, S. J., ... Reynolds, C. F. (2015). Efficacy, safety, and tolerability of augmentation pharmacotherapy with aripiprazole for treatment-resistant depression in late life: a randomized placebo-controlled trial. *The Lancet*, vol. 386, no. 10011, pp. 2404–2412. DOI:10.1016/S0140-6736(15)00308-6
43. Zhou, X., Ravindran, A. V., Qin, B., Del Giovane, C., Li, Q., Bauer, M., ... Xie, P. (2015). Comparative efficacy, acceptability, and tolerability of augmentation agents in treatment-resistant depression: systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 76, no. 4, pp. e487–e498. DOI:10.4088/JCP.14r09204
44. Sugawara, H., Sakamoto, K., Harada, T., Shimizu, S., & Ishigooka, J. (2016). A retrospective study of predictive factors for effective aripiprazole augmentation of antidepressant therapy in treatment-resistant depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, vol. 12, pp. 1151–1156. DOI:10.2147/NDT.S104115
45. Cusin, C., & Dougherty, D. D. (2012). Somatic therapies for treatment-resistant depression: ECT, TMS, VNS, DBS. *Biology of mood & anxiety disorders*, vol. 2, pp. 14. DOI:10.1186/2045-5380-2-14
46. Khalid, N., Atkins, M., Tredget, J., Giles, M., Champney-Smith, K., & Kirov, G. (2008). The effectiveness of electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: a naturalistic study. *The Journal of ECT*, vol. 24, issue 2, pp. 141–145. DOI:10.1097/YCT.0b013e318157ac58
47. Ghaziuddin, N., Dumas, S., & Hodges, E. (2011). Use of continuation or maintenance electroconvulsive therapy in adolescents with severe treatment resistant depression. *The Journal of ECT*, vol. 27, issue 2, pp. 168–174. DOI:10.1097/YCT.0b013e3181f665e4
48. Schlaepfer, T. E., Agren, H., Monteleone, P., Gasto, C., Pitchot, W., Rouillon, F., ... Kasper, S. (2012). The hidden third: improving outcome in treatment-resistant depression. *Journal of Psychopharmacology*, vol. 26, issue 5, pp. 587–602. DOI:10.1177/0269881111431748
49. Newman, B. M. (2016). Treatment-Resistant Depression in the Elderly: Diagnostic and Treatment Approaches. *Current Geriatrics Reports*, vol. 5, issue 4, pp. 241–247. DOI:10.1007/s13670-016-0186-5
50. Hetrick, S. E., Cox, G. R., & Merry, S. N. (2011). Treatment-resistant depression in adolescents: is the addition of cognitive behavioral therapy of benefit? *Psychology Research and Behavior Management*, vol. 4, pp. 97–112. DOI:10.2147/PRBM.S13780
51. Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., & Patten, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, vol. 117, suppl. 1, pp. S15–S25. DOI:10.1016/j.jad.2009.06.042
52. Mota-Pereira, J., Carvalho, S., Silverio, J., Fonte, D., Pizarro, A., Teixeira, J., ... Ramos, J. (2011). Moderate physical exercise and quality of life in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, vol. 45, issue 12, pp. 1657–1659. DOI:10.1016/j.jpsychires.2011.08.008

ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ Е. А. Хаустова

Актуальность. Терапия резистентной депрессии является настоящим вызовом профессиональной компетенции специалистов по охране психического здоровья, поднимает ряд диагностических и терапевтических проблем, требует решения ряда методологических вопросов. Продолжается научная дискуссия вокруг определения резистентности депрессии, оценки степени редукции депрессивной симптоматики, уровня социального и ролевого функционирования пациентов; продолжается усовершенствование моделей определения степени резистентности к различным видам терапии депрессии; разрабатываются новые методы терапии и новые алгоритмы комбинированной терапии. Конечной целью всех этих усилий должны стать практические рекомендации по определению терапевтических возможностей лечения пациентов с резистентной депрессией, которые помогут врачам принимать обоснованные решения по стратегии вмешательства.

Целью данной работы является анализ терапевтических возможностей лечения депрессивных расстройств, резистентных к терапии.

Методы и материалы. Были проанализированы публикации из баз данных Pubmed, MEDLINE, the Cochrane Library, Web of Science, Google Scholar по ключевым словам: депрессия, лечение, резистентность, псевдорезистентность, терапевтический ответ, стратегии терапии резистентной депрессии.

Результаты. Определена терминология, относящаяся к резистентной депрессии: отсутствие терапевтического ответа, адекватная доза, адекватная продолжительность лечения, непереносимость антидепрессанта, псевдорезистентность, относительное сопротивление лечению, абсолютное сопротивление лечению, лечение резистентной депрессии, ремиссия, выздоровление. Были описаны модели определения резистентности депрессии: модель Thase & Rush; Европейская ступенчатая модель; ступенчатая модель Массачусетской больницы; ступенчатая модель Модсли; форма истории лечения антидепрессантами. Были выделены факторы риска для лечения резистентной депрессии, а также описаны основные терапевтические стратегии: оптимизация, переключение, сочетание, комбинированная и немедикаментозная терапия. Особое внимание уделено применению атипичных нейрореплетиков, в частности арипиразола, в рамках стратегии аугментации. Описан комплексный подход, который включает в себя различные комбинации вышеперечисленных стратегий.

Выводы. Каждый случай резистентной к терапии депрессии имеет свои уникальные черты и требует тщательной оценки для определения верного диагноза и качества терапевтического ответа. Не менее важной для выстраивания адекватного плана терапии является оценка факторов риска для лечения резистентной депрессии. Существует большое разнообразие вариантов для лечения резистентной депрессии, поэтому при оказании помощи пациентам, которые от нее страдают, должна быть использована каждая терапевтическая стратегия. Сочетание терапии антидепрессантами и атипичными антипсихотиками с антидепрессивными качествами (например, арипиразола) в сочетании с психотерапевтическим вмешательством и наблюдением адекватных доз и длительности лечения должно стать стратегией выбора для пациентов с резистентной к терапии депрессией.

Ключевые слова: депрессия, лечение, резистентность, псевдорезистентность, терапевтический ответ, стратегии терапии резистентной депрессии.

TREATMENT OF RESISTANT DEPRESSION: THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM AND PROSPECTIVE THERAPEUTIC TRENDS O. O. Khaustova

Objective. Therapy of resistant depression pose a real challenge to the professional competence of mental health professionals, raises a number of diagnostic and therapeutic problems, requires the solution of a number of methodological issues. A scientific discussion continues around the definition of depression resistance, assessment of the degree of reduction of depressive symptoms, the level of social and role functioning of patients; the improvement of models for determining the degree of resistance to various types of depression therapy continues; new methods of therapy and new algorithms of combined therapy are being developed. The ultimate goal of all these efforts should be practical recommendations for determining therapeutic options for the treatment of patients with resistant depression, which will help doctors make informed decisions on intervention strategies.

The aim of this work is to analyze the therapeutic possibilities of treating depressive disorders that are resistant to therapy.

Materials and methods. Publications from the Pubmed, MEDLINE, the Cochrane Library, Web of Science, Google Scholar databases were analyzed. Tags: depression, treatment, resistance, pseudoresistance, therapeutic response, resistance to treatment, strategies for treatment of resistant depression.

Results. The terminology related to resistant depression was defined: lack of a therapeutic response, adequate dose, adequate duration of treatment, antidepressant intolerance, pseudo-resistance, relative resistance to treatment, absolute resistance to treatment, treatment of resistant depression, remission, recovery. Models for determining

the resistance of depression have been described: the Thase & Rush model; European stepped model; A step model of the Massachusetts hospital; Step model of Maudsley; Form of the history of treatment with antidepressants. Risk factors for treatment of resistant depression were identified, and the main therapeutic strategies were described: optimization, switching, augmentation, combination and non-drug therapy. Particular attention is paid to the use of atypical antipsychotics, in particular aripiprazole, as the augmentation strategy. A complex approach is described, which includes various combinations of the above strategies.

Conclusions. Each case of treatment-resistant depression has its own unique characteristics and requires careful evaluation to determine the correct diagnosis and the quality of the therapeutic response. Equally important for building an adequate treatment plan is evaluating risk factors for the treatment of resistant depression. There is a wide variety of options for the treatment of resistant depression, so each therapeutic strategy should be used to help patients with treatment-resistant depression. The combination of antidepressant therapy and atypical antipsychotics with antidepressant properties (eg aripiprazole) in combination with psychotherapeutic intervention and adherence to adequate doses and duration of treatment should be a choice strategy for patients with treatment-resistant depression.

Keywords: depression, treatment, resistance, pseudoresistance, therapeutic response, strategies for treatment of resistant depression.

Стаття надійшла до редакції 20.02.2017 р.

ХАУСТОВА Олена Олександрівна, д.мед.н., професор, професор кафедри психосоматичної медицини і психотерапії, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: 7974247@gmail.com

ХАУСТОВА Елена Александровна, д.мед.н., профессор, профессор кафедры психосоматической медицины и психотерапии, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: 7974247@gmail.com

KHAUSTOVA Olena Oleksandrivna, MD, Sc.D., Professor, Professor of the Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Department of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: 7974247@gmail.com

О. П. Романів¹, М. А. Устюгова²ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ
ЗАКАРПАТСЬКОГО РЕГІОНУ З ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Закарпатський обласний наркологічний диспансер, м. Ужгород

²Берегівська обласна психіатрична лікарня, м. Берегово

romaniv5@rambler.ru

Актуальність. Найнебезпечнішим з погляду суїцидального і парасуїцидального типів поведінки є депресивний психопатологічний синдром. Науковий інтерес до дослідження аутоагресивної поведінки у пацієнтів з депресивним розладом сформувався під впливом особливостей Закарпатського регіону та необхідності стандартизації надання психіатричної допомоги населенню.

Мета – визначити особливості аутоагресивної поведінки у пацієнтів з депресивним розладом.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – пацієнти психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру за період з вересня 2015 по серпень 2016 року, загалом 52 респонденти, які погодилися взяти участь у дослідженні. Предмет дослідження – аутоагресивна поведінка, патогенетичні механізми її розвитку в структурі депресивного розладу.

Результати. Для досягнення мети дослідження було проведено комплексне обстеження 52 осіб з симптомами депресії, які склали репрезентативну за віком та статтю вибірку. За результатами проведеного опитування за шкалою Монтгомері – Асберга для оцінки депресії і критеріями МКХ-10 було виділено 32 пацієнти з рекурентним депресивним розладом, поточним епізодом помірної депресії (F33.1), з рекурентним депресивним розладом, поточним епізодом тяжкої депресії (F33.2) – 12, тоді як помірний депресивний епізод (F32.1) виявлено у 5 пацієнтів. Критеріям тяжкого депресивного епізоду без психотичних симптомів (F32.2) відповідали 5 пацієнтів. У зв'язку з цим ключовим інструментом дослідження ми вибрали Колумбійську шкалу оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS).

Висновки. Вдалося з'ясувати, що особливістю аутоагресії є високий рівень суїцидальних ідей у пацієнтів з рекурентним депресивним розладом, поточним епізодом помірної депресії, при відносно низькому рівні суїцидальної поведінки.

Ключові слова:

аутоагресивна поведінка, депресивний розлад, суїцид, аутодеструкція, Колумбійська шкала.

Актуальність. Впроваджений нині у практику лікаря-психіатра Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» допомагає ефективно встановити діагноз та призначити необхідне лікування.

Також давно відомо, що найнебезпечнішим з точки зору суїцидальної та парасуїцидальної поведінки є депресивний психопатологічний синдром. Суїцидальні думки, наміри та спроби є типовими для депресивного синдрому як психотичного, так і непсихотичного рівнів. З огляду на особливості Закарпатського регіону та необхідність у стандартизації надання психіатричної допомоги населенню сформувався науковий інтерес до дослідження

аутоагресивної поведінки у пацієнтів нашого краю з депресивним розладом.

Мета – визначити особливості аутоагресивної поведінки у пацієнтів з депресивним розладом.

Матеріали та методи дослідження

Об'єкт дослідження – пацієнти психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру за період з вересня 2015 по серпень 2016 року, – 52 респонденти, які погодилися взяти участь у дослідженні.

Предмет дослідження – аутоагресивна поведінка, патогенетичні механізми її розвитку в структурі депресивного розладу.

Для діагностики депресивного розладу пацієнтам було проведено клінічне інтерв'ю для отримання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени та психопатологічні

симптоми та синдроми, внутрішню картину захворювання пацієнта та структуру проблеми, психометричне обстеження за шкалою Монтгомері – Асберга для оцінки депресії; для оцінки аутоагресивних тенденцій обрали шкалу оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS).

Результати та їх обговорення

Для досягнення поставленої мети дослідження за умови усвідомленої інформованої згоди було проведено комплексне обстеження та виділено 52 особи з симптомами депресії, які сформували репрезентативну за віком та статтю вибірку. З метою оцінки були використані клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи дослідження у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта і характеристик аутоагресивної поведінки. Розлади психіки в процесі структурованого психопатологічного інтерв'ю діагностували відповідно до критеріїв розділу V «Психічні розлади» МКХ-10. Результати проведеного опитування за шкалою Монтгомері – Асберга для оцінки депресії були наступними: 36 респондентів набрали від 26 до 30 балів, що відповідає помірному рівню депресивної налаштованості, тоді як 16 обстежуваних набрали більше 30 балів за цією шкалою, що відповідає тяжкому рівню депресії. Всі депресанти були поділені на 4 групи згідно з встановленими діагнозами за МКХ-10: рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірної депресії (F33.1) виявлено у 61,53 % (32) пацієнтів, рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкої депресії (F33.2) – у 23,07 % (12), тоді як помірний (F32.1) та тяжкий депресивний епізоди без психотичних симптомів (F32.2) мали по 7,7 % відповідно (рис. 1).

Статевий розподіл пацієнтів з депресивним розладом був наступним: жінки – 76,9 % (40 пацієнтів), чоловіки – 23,1 % (12 пацієнтів). Переважання жінок у групі депресивних пацієнтів відповідало популяційним тенденціям: ДР діагностують у жінок в 3–4 рази частіше, ніж у чоловіків (рис. 2).

Вікові межі для сформованої вибірки респондентів визначалися вимогами госпіталізації в стаціонар для дорослих. З дослідження були виключені пацієнти з когнітивним зниженням. Вік обстежених коливався в межах 32–71 р., із переважанням осіб середнього та похилого віку (31–40 р. – 19,2 %, 41–50 років – 26,92 %, 51–60 років – 23 %, 61–70 років – 26,92 %). Середній вік обстежених склав 52,4 року.

Для оцінки аутоагресивних тенденцій у депресантів використано Колумбійську шкалу оцінки тяж-

кості суїциду (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) (K. Posner. et al., 2007) та клінічне інтерв'ю. Суїцидальні думки та поведінка зафіксовані як головна форма аутоагресивної поведінки. За отриманими результатами, три чверті пацієнтів впродовж перебігу захворювання відзначили думки про вчинення шкоди собі з обмірковуванням або плануванням способів для цього. За шкалою C-SSRS, 57,69 % (30 осіб) пацієнтів мали суїцидальні ідеї, тоді як у 17,31 % (9 осіб) зафіксована суїцидальна поведінка. Оцінка тяжкості суїцидальних думок і поведінки серед пацієнтів з депресивним розладом подана в таблиці 1.

Серед основних причин появи думок «неприємного змісту» пацієнти виділили тривало знижений настрій, відсутність задоволення від життя, відчуття безнадії та безвиході, які пов'язували з соматичними захворюваннями, самотністю, пов'язану з від'їздом рідних та близьких на заробітки, конфліктами із родичами, втратою сенсу життя і професійних перспектив, хронічною відсутністю грошей і роботи, проблемами зловживання психоактивними речовинами, страхом перед майбутнім.

На першому місці за частотою суїцидальних спроб опинилась група пацієнтів з діагнозом тяжкого депресивного епізоду – 75 %, друге місце посіла група з рекурентним тяжким ДЕ – 33,3 %, тоді як пацієнти з помірним ДЕ не скоювали виражених аутодеструкцій, а у пацієнтів з рекурентним помірним ДЕ зафіксовані дві спроби самогубства, що відповідає 6,25 %. За даними клінічного інтерв'ю, 78 % зазначених випадків мали дійсний суїцидальний тип АП, тобто були скоєні після ретельного планування АД, були життєво небез-

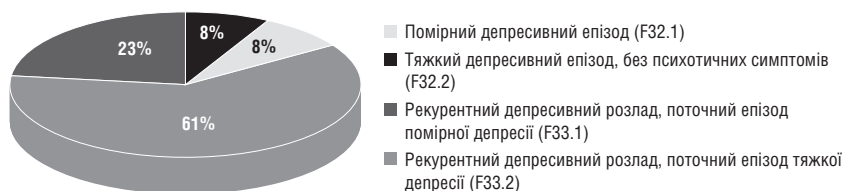


Рис. 1. Розподіл пацієнтів за нозологічною структурою, згідно з результатами проведеного клінічного інтерв'ю та за шкалою Монтгомері – Асберга для оцінки депресії (%)

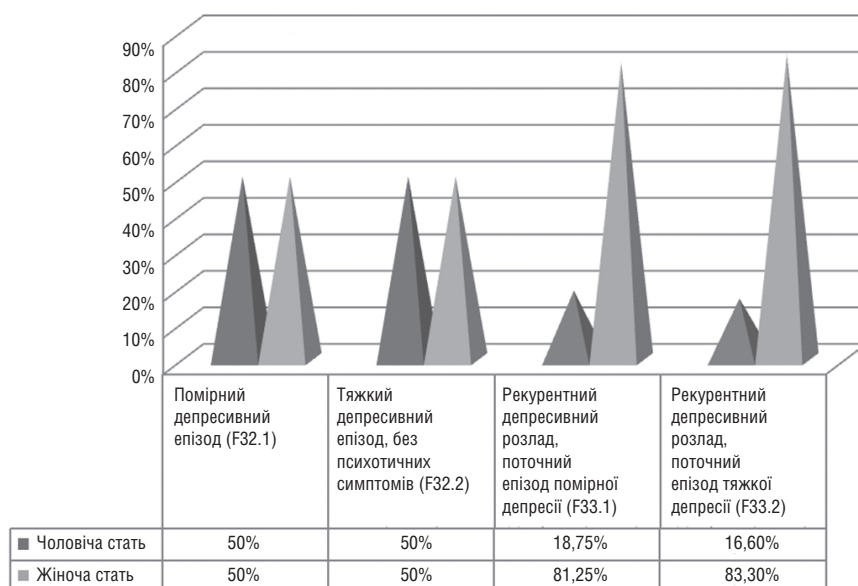


Рис. 2. Гендерний розподіл пацієнтів

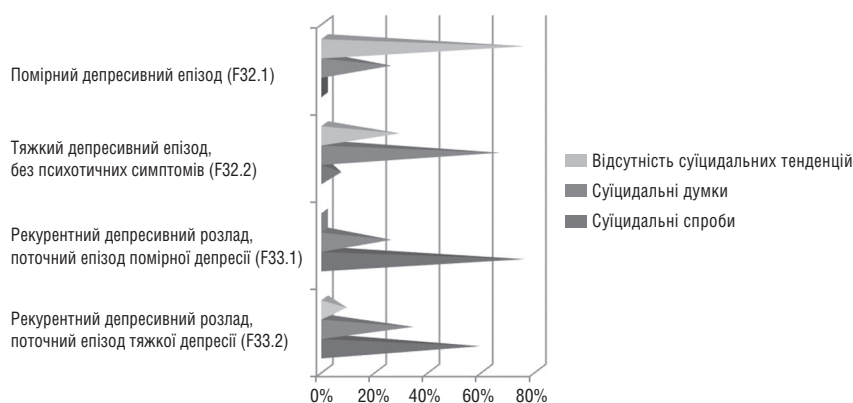


Рис. 3. Розподіл аутоагресивних тенденцій серед пацієнтів з депресивним розладом

Таблиця 1. Оцінка тяжкості суїцидальних думок та суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивним розладом

Суїцидальні ідеї	%	Інтенсивність суїцидальних ідей	%	Суїцидальна поведінка в анамнезі	%
Бажання померти	23,04	Частота: 1р., 2–5 р. на тиждень	65	Дійсна спроба самогубства	13,44
Активні неспецифічні думки про самогубство	15,36	Тривалість: менше години та 1–4 години	58	Перервана спроба самогубства	1,92
Актуальні суїцидальні ідеї без наміру діяти	9,6	Контрольованість: • з незначними труднощами • з деякими труднощами • з великими труднощами	52 29 7	Зупинена спроба самогубства	1,92
Актуальні суїцидальні ідеї з наміром діяти	5,76	Стримувальні фактори: • утримали від суїцидальних спроб • вірогідно утримували від спроби • незрозуміло, чи утримували від спроби	69 21 10		
Суїцидальні ідеї з конкретним планом та наміром	3,84	Причини суїцидальних ідей: • виключно для привертання уваги • здебільшого для привертання уваги • як для привертання уваги, так і для зменшення страждань • здебільшого для припинення страждань • виключно для припинення страждань	9 17 15 25 34		

печними, з характерним бажанням добровільної смерті внаслідок «негативного життєвого балансу»; у 22 % суїцидантів – псевдосуїцидальний тип АП, що характеризувався демонстративно-шантажувальними АД, з метою маніпулятивним способом змінити актуальну ситуацію на тлі інфантильних настанов, але призвели до відповідних наслідків. Зауважимо, що у чоловіків, на відміну від жінок, не було зареєстровано демонстративно-шантажувальної мотивації; вони керувалися реакціями припинення страждань.

Суїцидальні ідеї превалювали в групі пацієнтів з РПДЕ, сягаючи 65,63 %, тоді як пацієнти з РВДЕ займали лише другу позицію – 58,3 %.

Парадоксальним виявилось те, що бажання померти, активні неспецифічні думки про самогубство висловлювали пацієнти однаково у групі ПДЕ та ВДЕ, проте актуальні суїцидальні ідеї без/із наміром діяти переважали у випадках тяжкого депресивного епізоду.

Найвищий відсоток пацієнтів без суїцидальних тенденцій виявлено в групі ПДЕ – 75 % (рис. 3).

Пацієнти відзначали важливість вчасно наданої допомоги з боку рідних та медичного персоналу, поширення інформації про дане захворювання, що сприяло неспецифічній профілактиці «неприємних» думок.

Доволі високим виявився відсоток пацієнтів з РПДЕ (28,13 %) без суїцидальних думок. Пацієнти відмітили такі фактори як частота загострень, правильне ставлення до захворювання та лікування, підтримку рідних, що запобігало появі подібних неприємних думок.

Висновки

Переважає більшість респондентів відмічають наявність аутоагресивної поведінки. Важливим моментом депресивних розладів є високий суїцидальний ризик. Тяжкий перебіг захворювання, значна вираженість симптомів депресії, часті загострення, соматичні захворювання ускладнюють самопочуття пацієнтів та створюють фон для появи суїцидальних думок значно вираженої інтенсивності та тривалості. Почуття безнадії та безперспективності як прояв депресії значно зменшувало вплив стримувальних факторів та вказувало шлях для припинення страждань – суїцид. Варто відмітити як особливість високий рівень суїцидальних ідей у пацієнтів з рекурентним депресивним розладом, поточним епізодом помірної депресії при відносно низькому рівні суїцидальної поведінки. Проведена робота потребує подальшого розширення кола респондентів та вивчення динаміки трансформації

аутоагресії під час проходження пацієнтами реабілітації та адаптації до подальшого життя.

Список використаної літератури

- Бурса А. І. Аутоагресивна поведінка у хворих похилого віку з органічним депресивним розладом (клініка, діагностика, терапія, профілактика) : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / А. І. Бурса. – Київ, 2008. – 20 с.
- Денисенко М. М. Суїцидальна поведінка у хворих на екзогенні та ендогенні депресії (клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, принципи профілактики) : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.18 «Психіатрія» / М. М. Денисенко. – Харків, 2011. – 20 с.
- Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М. : Практическая медицина, 2011. – 432 с.
- Марута Н. А. Особенности формирования аутоагрессии у больных депрессивным эпизодом пожилого возраста / Н. А. Марута, И. А. Явдак // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 136–137.
- Пилигіна Г. Я. Особенности патогенеза эквивалентной формы саморазрушающего поведения / Г. Я. Пилигіна // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 3 (12). – С. 36–48.
- Пилигіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня докт. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / Г. Я. Пилигіна. – Київ, 2004. – 32 с.

7. Психологія суїциду : навчальний посібник / за ред. В. П. Москальця. – Київ – Івано-Франківськ : Плай, 2012. – 260 с.
8. Сновида Л. Т. Феноменологія суїцидальності в структурі депресії (гендерний аспект проблеми) / Л. Т. Сновида // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 4 (69). – С. 96–99.
9. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія», затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003.
10. Чабан О. С. Невротические и эндогенные депрессии / О. С. Чабан, С. Г. Полшкова // *Neuro News*. – 2008. – № 3 (1). – С. 10–16.
11. Чабан О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии [Электронный ресурс] / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // *Neuro News*. – 2011. – № 5 (32). – Режим доступа: <http://www.neuro.health-ua.com/article/509.html>.
12. Чабан О. С. Депресія: розуміння, лікування сьогодні та завтра / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2012. – Т. 6, № 2 (18). – С. 20–26.
13. Чабан О. С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Я. М. Несторович. – К. : Медкнига, 2010. – 131 с.
14. Шестакова М. В. Суїцидальна поведінка при депресіях у хворих похилого віку (клініко-психопатологічна характеристика та система профілактики) : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / М. В. Шестакова. – Харків, 2010. – 20 с.
15. Юр'єва Л. М. Доказова медицина в сучасній тактиці профілактики суїцидів / Л. М. Юр'єва, Ю. М. Шевченко // *Таврический журнал психиатрии*. – 2011. – Т. 15, № 2 (52). – С. 54.
16. Юр'єва Л. Н. Клиническая суицидология : монография. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.
17. Явдак І. О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні предиктори суїцидального ризику у хворих на тривожно-депресивні розлади похилого віку / І. О. Явдак, О. С. Черединова, С. П. Колядка // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 2 (67). – С. 81–85.
18. Suicide and suicidal behavior [Text] / M. K. Nock, G. Borges, E. J. Bromet [et al.] // *Epidemiological review*. – 2008. – Vol. 30, issue 1. – P. 133–154.
- destructive behaviour]. *Suicidologija – Suicidology*, vol. 4, issue 3, (12), pp. 36–48. (In Russian).
6. Pyliagina, G. Ya. (2004). Autoahresyvnna povedinka: patohenetychni mekhanizmy ta kliniko-typolohichni aspekty diahnostryki i likuvannya [Self-destructive (autoaggressive) behavior: pathogenetic mechanisms, clinical-typological aspects of diagnostics and treatment]. *Extended abstract of Doctor's thesis*, Kyiv, 32 p. (In Ukrainian).
7. Moskalets, V. P. (Ed.). (2012). *Psychologhiia suitsydu* [Psychology of suicide]. Kyiv – Ivano-Frankivsk: Plai, 260 p.
8. Snovyda, L. T. (2011). Fenomenolohiia suitsydnalnosti v strukturi depresii (hendernyi aspekt problemy) [Phenomenology of the suicidality in the structure of depression (a gender aspect of the problem)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 19, issue 4 (69), pp. 96–99. (In Ukrainian).
9. Ministry of Health of Ukraine (2014). Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtryynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy "Depresiiia (lehkyyi, pomirnyi, tiazhkyi depresyynni epizody bez somatychnoho syndromu abo z somatychnym syndromom, rekurentnyi depresyynni rozlad, dystymiiia)" [Unified clinical protocols of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) care "Depression (mild, moderate, severe depressive episodes without somatic syndrome or somatic syndrome, recurrent depressive disorder, dysthymia)". Retrieved from: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf. (Accessed 25.01.2017, in Ukrainian).
10. Chaban, O. S., & Polshkova, S. H. (2008). Nevroticheskie i jendogenne depressii [Neurotic and endogenous depression]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 3 (1), pp. 10–16. (In Russian).
11. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2011). Bipoljarnaja depressija: problemy diagnostiki i terapii [Bipolar depression: problems of diagnosis and therapy]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 5 (32). Retrieved from: <http://www.neuro.health-ua.com/article/509.html>. (Accessed 20.01.2017, in Russian).
12. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2012). Depresiiia: rozuminnia, likuvannia sohodni ta zavtra [Depression: Understanding, treatment today and tomorrow]. *Mizhnarodnyi psykhiatrychnyi, psykhoterapevtychnyi ta psykhoanalychnyi zhurnal – International Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalytic Journal*, vol. 6, no. 2 (18), pp. 20–26. (In Ukrainian).
13. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., & Nestorovich, Ya. M. (2010). Nevidkladna dopomoha v psykhiiatrii ta narkolohii [Emergency assistance in Psychiatry]. Kyiv: Medknyha, 131 p. (In Ukrainian).
14. Shestakova, M. V. (2010). Suitsydnalna povedinka pry depresiiakh u khvorykh pokhyloho viku (kliniko-psykhopatolohichna kharakterystyka ta sistema profilaktyky) [Suicidal behavior with depressions in elderly patients (clinical-psychopathological characteristics and a system of prevention)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kharkiv, 20 p. (In Ukrainian).
15. Yurieva, L. M., & Shevchenko, Yu. M. (2011). Dokazova medytysna v suchasniit taktysii profilaktyky suitsydiv [Evidence-based medicine in the modern tactics of suicide prevention]. *Tavricheskij zhurnal psiiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 15, no. 2 (52), pp. 54. (In Ukrainian).
16. Yurieva, L. M. (2006). Klinicheskaja suicidologija [Clinical Suicidology]. Dnipropetrovsk: Porohy, 472 p.
17. Yavdak, I. O., Cheredniakova, O. S., & Kolyadko, S. P. (2011). Kliniko-psykhopatolohichni ta patopsykholohichni predyktory suitsydnalnoho ryzyku u khvorykh na tryvozhno-depresyynni rozlady pokhyloho viku [Clinical-psychopathological and pathopsychological predictors of a suicidal risk in elderly patients with anxious-depressive disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 19, issue 2 (67), pp. 81–85. (In Ukrainian).
18. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological review*, vol. 30, issue 1, pp. 133–154.

References

1. Bursa, A. I. (2008). Autoahresyvnna povedinka u khvorykh pokhyloho viku z orhanichnym depresyynnym rozladom (klinika, diahnostryka, terapiia, profilaktyka) [Autoaggressive behavior in elderly patients with organic depressive disorder (clinic, diagnostics, therapy, prevention)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kyiv, 20 p. (In Ukrainian).
2. Denysenko, M. M. (2011). Suitsydnalna povedinka u khvorykh na ekzohenni ta endohenni depresii (kliniko-psykhopatolohichni ta patopsykholohichni osoblyvosti, pryntsyipy profilaktyky) [Suicidal behavior in patients with exogenous and endogenous depression (clinical and psychopathological features, pathopsychological principles of prevention)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kharkiv, 20 p. (In Ukrainian).
3. Krasnov, V. N. (2011). Rasstrojstva affektivnogo spectra [Affective spectrum disorders]. Moscow: Prakticheskaja medicina, 432 p. (In Russian).
4. Maruta, N. O., & Yavdak, I. O. (2010). Osobennosti formirovaniia autoagressii u bol'nyh depressyynnym jepizodom pozhilogo vozrasta [Features of auto-aggression formation in patients with depressive episode of advanced age]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 3 (64), pp. 136–137. (In Russian).
5. Pyliagina, G. Ya. (2013). Osobennosti patogeneza jekvivalentnoj formy samorazrushajushhego povedeniia [Pathway aspects of equivalent form of self-destructive behaviour]. *Suicidologija – Suicidology*, vol. 4, issue 3, (12), pp. 36–48. (In Russian).
6. Pyliagina, G. Ya. (2004). Autoahresyvnna povedinka: patohenetychni mekhanizmy ta kliniko-typolohichni aspekty diahnostryki i likuvannya [Self-destructive (autoaggressive) behavior: pathogenetic mechanisms, clinical-typological aspects of diagnostics and treatment]. *Extended abstract of Doctor's thesis*, Kyiv, 32 p. (In Ukrainian).
7. Moskalets, V. P. (Ed.). (2012). *Psychologhiia suitsydu* [Psychology of suicide]. Kyiv – Ivano-Frankivsk: Plai, 260 p.
8. Snovyda, L. T. (2011). Fenomenolohiia suitsydnalnosti v strukturi depresii (hendernyi aspekt problemy) [Phenomenology of the suicidality in the structure of depression (a gender aspect of the problem)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 19, issue 4 (69), pp. 96–99. (In Ukrainian).
9. Ministry of Health of Ukraine (2014). Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtryynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy "Depresiiia (lehkyyi, pomirnyi, tiazhkyi depresyynni epizody bez somatychnoho syndromu abo z somatychnym syndromom, rekurentnyi depresyynni rozlad, dystymiiia)" [Unified clinical protocols of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) care "Depression (mild, moderate, severe depressive episodes without somatic syndrome or somatic syndrome, recurrent depressive disorder, dysthymia)". Retrieved from: http://moz.gov.ua/docfiles/dn_20141225_1003dod.pdf. (Accessed 25.01.2017, in Ukrainian).
10. Chaban, O. S., & Polshkova, S. H. (2008). Nevroticheskie i jendogenne depressii [Neurotic and endogenous depression]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 3 (1), pp. 10–16. (In Russian).
11. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2011). Bipoljarnaja depressija: problemy diagnostiki i terapii [Bipolar depression: problems of diagnosis and therapy]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 5 (32). Retrieved from: <http://www.neuro.health-ua.com/article/509.html>. (Accessed 20.01.2017, in Russian).
12. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2012). Depresiiia: rozuminnia, likuvannia sohodni ta zavtra [Depression: Understanding, treatment today and tomorrow]. *Mizhnarodnyi psykhiatrychnyi, psykhoterapevtychnyi ta psykhoanalychnyi zhurnal – International Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalytic Journal*, vol. 6, no. 2 (18), pp. 20–26. (In Ukrainian).
13. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., & Nestorovich, Ya. M. (2010). Nevidkladna dopomoha v psykhiiatrii ta narkolohii [Emergency assistance in Psychiatry]. Kyiv: Medknyha, 131 p. (In Ukrainian).
14. Shestakova, M. V. (2010). Suitsydnalna povedinka pry depresiiakh u khvorykh pokhyloho viku (kliniko-psykhopatolohichna kharakterystyka ta sistema profilaktyky) [Suicidal behavior with depressions in elderly patients (clinical-psychopathological characteristics and a system of prevention)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kharkiv, 20 p. (In Ukrainian).
15. Yurieva, L. M., & Shevchenko, Yu. M. (2011). Dokazova medytysna v suchasniit taktysii profilaktyky suitsydiv [Evidence-based medicine in the modern tactics of suicide prevention]. *Tavricheskij zhurnal psiiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 15, no. 2 (52), pp. 54. (In Ukrainian).
16. Yurieva, L. M. (2006). Klinicheskaja suicidologija [Clinical Suicidology]. Dnipropetrovsk: Porohy, 472 p.
17. Yavdak, I. O., Cheredniakova, O. S., & Kolyadko, S. P. (2011). Kliniko-psykhopatolohichni ta patopsykholohichni predyktory suitsydnalnoho ryzyku u khvorykh na tryvozhno-depresyynni rozlady pokhyloho viku [Clinical-psychopathological and pathopsychological predictors of a suicidal risk in elderly patients with anxious-depressive disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 19, issue 2 (67), pp. 81–85. (In Ukrainian).
18. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological review*, vol. 30, issue 1, pp. 133–154.

ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ЗАКАРПАТСКОГО РЕГИОНА С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

О. П. Романив, М. А. Устюгова

Актуальность. Наиболее небезопасным с точки зрения суицидального и парасуицидального поведения является депрессивный психопатологический синдром. Научный интерес к исследованию аутоагрессивного поведения у пациентов с депрессивным расстройством сформировался под влиянием особенностей Закарпатского региона и необходимости стандартизации оказания психиатрической помощи населению.

Цель – определить особенности аутоагрессивного поведения пациентов с депрессивным расстройством.

Материалы и методы. Объект исследования – пациенты психиатрического отделения Закарпатского областного наркологического диспансера за период с сентября 2015 по август 2016 г. в количестве 52 респондентов, которые согласились принять участие в исследовании. Предмет исследования – аутоагрессивное поведение, патогенетические механизмы его развития в структуре депрессивного расстройства.

Результаты. Для достижения цели исследования было проведено комплексное обследование 52 человек с симптомами депрессии, которые составили репрезентативную по возрасту и полу выборку. По результатам проведенного опроса по шкале Монтегери – Асберга для оценки депрессии и по критериям МКБ-10 было выделено 32 пациента с рекуррентным депрессивным расстройством, текущим эпизодом умеренной депрессии (F33.1), рекуррентным депрессивным расстройством, текущим эпизодом тяжелой депрессии (F33.2) – 12, тогда как умеренный депрессивный эпизод (F32.1) выявлен у 5 пациентов. Критериям тяжелой депрессивного эпизода без психотических симптомов (F32.2) соответствовали 5 пациентов. В связи с этим ключевым инструментом исследования мы выбрали Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицида (C-SSRS).

Выводы. Удалось выяснить, что особенностью аутоагрессии является высокий уровень суицидальных идей у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством, текущим эпизодом умеренной депрессии, при относительно низком уровне суицидального поведения.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, депрессивное расстройство, суицид, аутодеструкция, Колумбийская шкала.

FEATURES OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER IN TRANSCARPATHION REGION

O. P. Romaniv, M. A. Ustyugova

Background. The scientific interest in studying of autoaggressive behavior of patients with depressive disorder was formed under the influence of the peculiarities of the Transcarpathian region and standardization of psychiatric assistance to the population.

Objective. To determine features of autoaggressive behavior of patients with depressive disorders.

Materials and methods. Object of research was 52 patients with depressive disorders of psychiatric department of the Transcarpathian Regional narcological dispensary for the period of September 2015 to August 2016. Subject of research were autoaggressive behavior and pathogenetic mechanisms in the structure of depressive disorder.

Results. Depressive syndrome is the most dangerous in terms of suicidal behavior. For our study we selected 52 people with symptoms of depression, who were representative by age and sex. According to the survey on the scale of the Montgomery-Asberg Depression Rating and ICD-10, 32 patients were allocated with recurrent depressive disorders, current episodes of moderate depression (F33.1), recurrent depressive disorders, current episodes severe of depression (F33.2) – 12, while moderate depressive episodes (F32.1) were observed in 5 patients. The criteria of severe depressive episodes without psychotic symptoms (F32.2) corresponded to 5 patients. Regarding this the key instrument of the research, the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) was chosen.

Conclusions. A feature of autoaggression is a high level of suicidal ideation in patients with recurrent depressive disorder, a current episode of mild depression, with a relatively low level of suicidal behavior.

Keywords: autoaggressive behavior, depressive disorder, suicide, autodestruction, Colombian scale.

Стаття надійшла до редакції 10.02.2017 р.

РОМАНІВ Олександр Петрович, к.мед.н., асистент кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, завідувач психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, м. Ужгород, Україна; e-mail: romaniv5@rambler.ru

УСТЮГОВА Маргарита Андріївна, лікар-інтерн Берегівської обласної психіатричної лікарні, м. Берегово, Україна; e-mail: ustyugovamargo@gmail.com

РОМАНІВ Александр Петрович, к.мед.н., ассистент кафедры семейной медицины факультета последипломного образования и доуниверситетской подготовки Ужгородского национального университета, заведующий психиатрическим отделением Закарпатского областного наркологического диспансера, г. Ужгород, Украина; e-mail: romaniv5@rambler.ru

УСТЮГОВА Маргарита Андреевна, врач-интерн Береговской областной психиатрической больницы, г. Берегово, Украина; e-mail: ustyugovamargo@gmail.com

ROMANIV Oleksandr Petrovych, MD, PhD, assistant of the Family Medicine Department of the Faculty of Postgraduate Education and pre-university Preparation of Uzhgorod National University, Head of the Psychiatric Department of the Transcarpathian Regional Narcological Dispensary, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: romaniv5@rambler.ru
USTYUGOVA Marharyta Andriivna, medical intern of Berehovo Regional Psychiatric Hospital, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: ustyugovamargo@gmail.com

І. І. Анікіна

**ДИЗАЙН ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРІАНТІВ НЕПСИХОТИЧНИХ
ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ,
ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів
anikinainna@yandex.ua

Актуальність. Публікацію присвячено актуальній проблемі сучасної психіатрії – діагностиці неспсихотичних психічних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози, після мастектомії.

Мета. Опис алгоритму застосування діагностичного інструментарію для виявлення та оцінки варіантів неспсихотичних психічних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози (РМЗ), після мастектомії.

Матеріали та методи. Досліджено вибірку зі 130 пацієнток з верифікованим діагнозом раку молочної залози (шифр С.50 згідно з МКХ-10), які перебували на стаціонарному обстеженні та лікуванні у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі та перенесли оперативне втручання – мастектомію. Обстеження складалося з двох блоків: 1) розширеного анамнестичного інтерв'ю; 2) проведення батареї тестів (Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Шихана, Гамільтона, Монтгомері, Р. Б. Кеттела, EGOG – Карновського, ТОБОЛ).

Результати дослідження. Проведене обстеження (анамнестичне інтерв'ю та інструментальне анкетування у «нульовий день») дозволило виокремити три групи пацієнток, з яких сформовано порівняльні групи: 1. Група з переважаючою депресивною симптоматикою (n=27); 2. Група з переважаючими тривожно-депресивними станами (n=63); 3. Група з переважаючими тривожно-фобічними станами (n=40), з подальшим диференційованим призначенням психотерапевтичного / психофармакологічного лікування.

Висновки. Запропонований алгоритм діагностичного інструментарію для виявлення неспсихотичних психічних розладів дозволяє виявити та розрізнити спектр цих станів, оцінити параметри якості життя жінки, хворої на рак молочної залози, після мастектомії; враховує соціокультуральні аспекти психологічного опрацювання повідомлення про онкопатологію та прогностично допоможе ефективно та диференційовано призначати необхідні методи їх психотерапевтичної та фармакологічної корекції за принципом «мінімальної достатності».

Ключові слова:
рак молочної залози,
неспсихотичні психічні
розлади, діагностика,
діагностичний
інструментарій.

Актуальність. Питання якості життя (ЯЖ) пацієнтів з онкопатологією впродовж останніх десятиліть залишається актуальним [1–3]. Онкологічні захворювання з огляду на тяжкість їх перебігу, симптомів та ускладнень як самої хвороби, так і цитостатичної терапії, призводять до значних обмежень у фізичному, психоемоційному та соціальному житті хворих [1, 4–6]. Тому в онкології важливо не тільки домогтися специфічного результату лікування, але й допомогти пацієнту вести повноцінне життя, зберігати фізичну активність, душевний комфорт та можливість соціального функціонування [1, 3].

Інформація щодо вказаних наслідків онкопатології формує негативне психологічне ставлення до захворювання, яке характеризується як вкрай загрозливе та небезпечне, що призводить до ризику розвитку психологічних та психопатологічних дезадаптивних станів, соціальної стигматизації хворих. Психопатологічний

спектр при онкопатології, згідно з статистичними даними 2015–2016 рр., свідчить про вагомому частку неспсихотичних психічних розладів: депресивний розлад – 9,6–25,6 %, тривожний – 8,6–20,4 %, фобічний – 6,9 %, розлад адаптації – 22–75 %, розлад особистості – 7 % [7]. За даними різних літературних джерел, існують труднощі у діагностуванні цих станів, зумовлені необґрунтованим штучним навантаженням пацієнтів взаємодіючими оцінювальними тестами та шкалами, або ж, навпаки, нівелюванням наявного діагностичного психоінструментарію з переважною опорою у діагностиці на «власну інтуїцію» та лікарський досвід [7, 8]. Одним із перших кроків до вирішення цієї проблеми є розробка діагностичного інструментарію, який допоможе коротко, чітко, зрозуміло для лікаря будь-якої спеціальності описати захворювання і дати відповіді на запитання, що відбувається з пацієнтом на психологічному та психопатологіч-

ному рівнях і як йому можна допомогти, що і визначає актуальність даної публікації.

Метою публікації є опис алгоритму застосування діагностичного інструментарію для виявлення та оцінки варіантів непсихотичних психічних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози (РМЗ), після мастектомії.

Матеріали та методи дослідження

Ми вивчали вибірку зі 130 пацієнток з верифікованим діагнозом раку молочної залози (шифр С.50 згідно з МКХ-10), які перебували на стаціонарному лікуванні у Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі та перенесли оперативне втручання – мастектомію. Обстеження складалося з двох блоків: 1) розширеного анамnestичного інтерв'ю; 2) проведення батареї тестів (Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Шихана, шкали депресії Гамільтона, Монтгомері, Р. Б. Кеттела, EGOG – Карновського, ТОБОЛ).

Результати та їх обговорення

На первинному етапі роботи сформована суцільна скринінгова вибірка з 200 жінок зі встановленим діагнозом РМЗ, яким була проведена мастектомія, що надали інформовану письмову згоду на участь у обстеженні та лікуванні згідно з Законом України «Про психіатричну допомогу». При відборі пацієнтів за віком ми користувались стандартним для сучасних досліджень інтервалом у 18–65 років (середній вік обстежених склав $57,47 \pm 0,58$ років). Задля досягнення однорідності вибірки весь контингент цих хворих оцінювали за наступними **критеріями виключення** з дослідження:

Верифікований діагноз шизофренічного спектра в дорослому віці, по відношенню до раку молочної залози, період;

1. Верифікований діагноз афективного спектра, що є ендегенним по суті (біполярний афективний розлад, рекурентна депресія тощо);

2. Пацієнти із гетерономною (невідповідною до афекту) психотичною симптоматикою;

3. Пацієнти з органічним ураженням центральної нервової системи (виражений психоорганічний синдром будь-якого типу), пароксизмальними станами в анамнезі;

4. Пацієнти з актуальним прийомом призначених до поступлення в стаціонар ліків (наприклад, стероїдів), які могли при застосуванні чинити побічну дію у вигляді зміни афекту, когніції тощо;

5. Тяжка супутня декомпенсована соматична патологія.

Згідно з критеріями виключення з дослідження вибуло 70 пацієнток: 4 пацієнтки з діагностованим захворюванням шизофренічного спектра; 21 – з ендегенним афективним захворюванням (17 на час огляду мали ознаки рекурентної депресії, 4 – гіпоманії); 5 – з маячними ідеями відношення та персекуторного змісту на фоні пригніченого настрою; 9 – з перенесеними в анамнезі тяжкими черепно-мозковими травмами з втратою свідомості (у 3 з них спостерігали експлозивний варіант психоорганічного синдрому, у 6 – змішаний); 11 пацієнток до госпіталізації у стаціонар приймали ліки, що можуть змінювати афективний фон та когніцію (у 9 з них у формі «самолікування» та поліпрагмації); 21 пацієнтка мала декомпенсовану супутню соматичну патологію (12 – цукровий діабет 2 типу, 3 – вузловий гіпертиреоз, 6 – ішемічну хворобу серця з НК та ДН II–III ст.).

Відтак, у подальший протокол роботи включено 130 пацієнток. Після досягнення комплаєнсу проводили ґрунтовне обстеження кожної з пацієнток, що складалось з двох блоків:

1. Розширеного анамnestичного інтерв'ю;

2. Проведення батареї тестів для:

- визначення рівня особистісної та ситуативної тривоги;
- оцінки депресивного статусу (варіанту і вираженості);
- оцінки психометричної та соціокультуральної особистості хворої на РМЗ жінки;
- оцінки якості життя жінки з РМЗ та оцінки варіанту опрацювання повідомлення про РМЗ.

За вищеописаним сценарієм пацієнток оглядали тричі (вперше – у «нульовий» день знайомства «лікар – пацієнт», вдруге і втретє – через місяць і через 12 місяців відповідно). При цьому розширене двогодинне анамnestичне інтерв'ю проводилося в «нульовий» день у повному об'ємі, при двох подальших зустрічах – за скороченим планом (до 30 хв). Батарея тестів проводилась у повному об'ємі у часі кожного візиту.

Розширене анамnestичне інтерв'ю відбувалось за наступною, уніфікованою для всіх пацієнток, схемою і включало в себе детальну співбесіду з пацієнткою (за можливості – і з її родичами), опрацювання даних наявних архівних історій хвороби. При зборі сімейного анамнезу, окрім з'ясування особливостей сімейного життя та конфліктних моментів, отримували відомості про батьків і найближчих членів сім'ї пацієнта. При цьому звертали увагу на характерологічні особливості батьків та інших членів родини, їх стосунки між собою та з пацієнтом. Детально з'ясовували ставлення пацієнта до найближчого оточення, дитячі переживання, пов'язані зі стосунками в сім'ї та сімейними традиціями. Ця частина анамнезу була необхідною також і для з'ясування «стилю сімейних стосунків» та його порівняння з «позасімейним стилем» (у стаціонарі, в стосунках з лікарями). Збір особистого анамнезу полягав як і у з'ясуванні біографічних даних, відомостей про перенесені захворювання, умови життя, так і ранніх спогадів пацієнтки, важливих подій в її житті, особливості реакції на них, адаптації до нових життєвих умов. Досліджували процес становлення особистості пацієнтки, її зацікавленість, життєвих поглядів, мрій, планів, тобто вивчали суб'єктивну реальність особистості. Брили до уваги специфіку стосунків пацієнтки з важливими особами в житті, особами протилежної статі. Детально з'ясовували вплив конфліктних, стресових, адаптаційних моментів на психологічне самопочуття пацієнтки в різні періоди життя (в тому числі, фіксували наявність періодів зниженого настрою, тривоги та фобій, їх зв'язок із життєвими подіями, особливості суб'єктивного емоційного та когнітивного опрацювання цих станів. Досліджували історію захворювання в контексті життєвих обставин, за яких виник розлад (наявність РМЗ) з уточненням наявності/відсутності симптомів актуального психічного розладу в минулому. З'ясовували зв'язок депресивних симптомів та тривоги з іншими психотравмуючими ситуаціями і обставинами та їх відображення в клінічній картині

невротичного розладу. Під час другого та третього візитів детально вивчали особливості клінічної динаміки, видозміну симптомів впродовж 12 місяців перебігу хвороби, ефективність застосованих методів терапії та їх вплив на якість життя. Особливу увагу приділяли також дослідженню суб'єктивних переживань наявної у пацієнтки хвороби, власним інтерпретаціям актуальних симптомів із врахуванням усіх психопатологічних особливостей стану. Окремо вивчали особливості стосунків пацієнтів з лікарями, їх здатність до терапевтичної співпраці, настанови пацієнтів, пов'язані з процесом лікування і видужання.

З метою визначення рівня особистісної та ситуативної тривоги в обстежених пацієнтках з РМЗ застосовували опитувальник Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Додатково тривожний спектр уточнювали з використанням шкали тривоги Шихана. Верифікацію ступеня вираженості депресивного синдрому здійснювали з використанням шкал депресії Гамільтона з 21 пункта та Монтгомері. Психометричні та соціокультуральні особливості особистості хворої на РМЗ жінки з'ясовували за допомогою застосування психодіагностичного тесту Р. Б. Кеттела.

Оцінку якості життя (performance status) досліджуваних проводили з використанням шкал ВООЗ – ECOG та Карновського, а оцінку варіанту ставлення до повідомлення про РМЗ встановлювали з використанням методики «тип відношення до хвороби» (ТОБОЛ, А. Е. Личко, Н. Я. Іванов, 1980; Р. І. Білобровка, 1995) [9–12].

Проведене обстеження (анамнестичне інтерв'ю та інструментальне анкетування у «нульовий день») розмежувало три групи пацієнток, з яких сформовано відповідні порівняльні групи: 1. Група з переважаючою депресивною симптоматикою (n=27); 2. Група з переважаючими тривожно-депресивними станами (n=63); 3. Група з переважаючими тривожно-фобічними станами (n=40). Це дозволило призначити диференційоване лікування корелятивно до актуального психосоматичного стану пацієнток згідно з сучасними уніфікованими клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України, з подальшою оцінкою психосоматичного стану в кінці першого місяця та через рік лікування, враховуючи принцип «мінімальної достатності».

Для наочності описаного методологічного підходу наводимо його структурно-логічну схему (рис. 1).

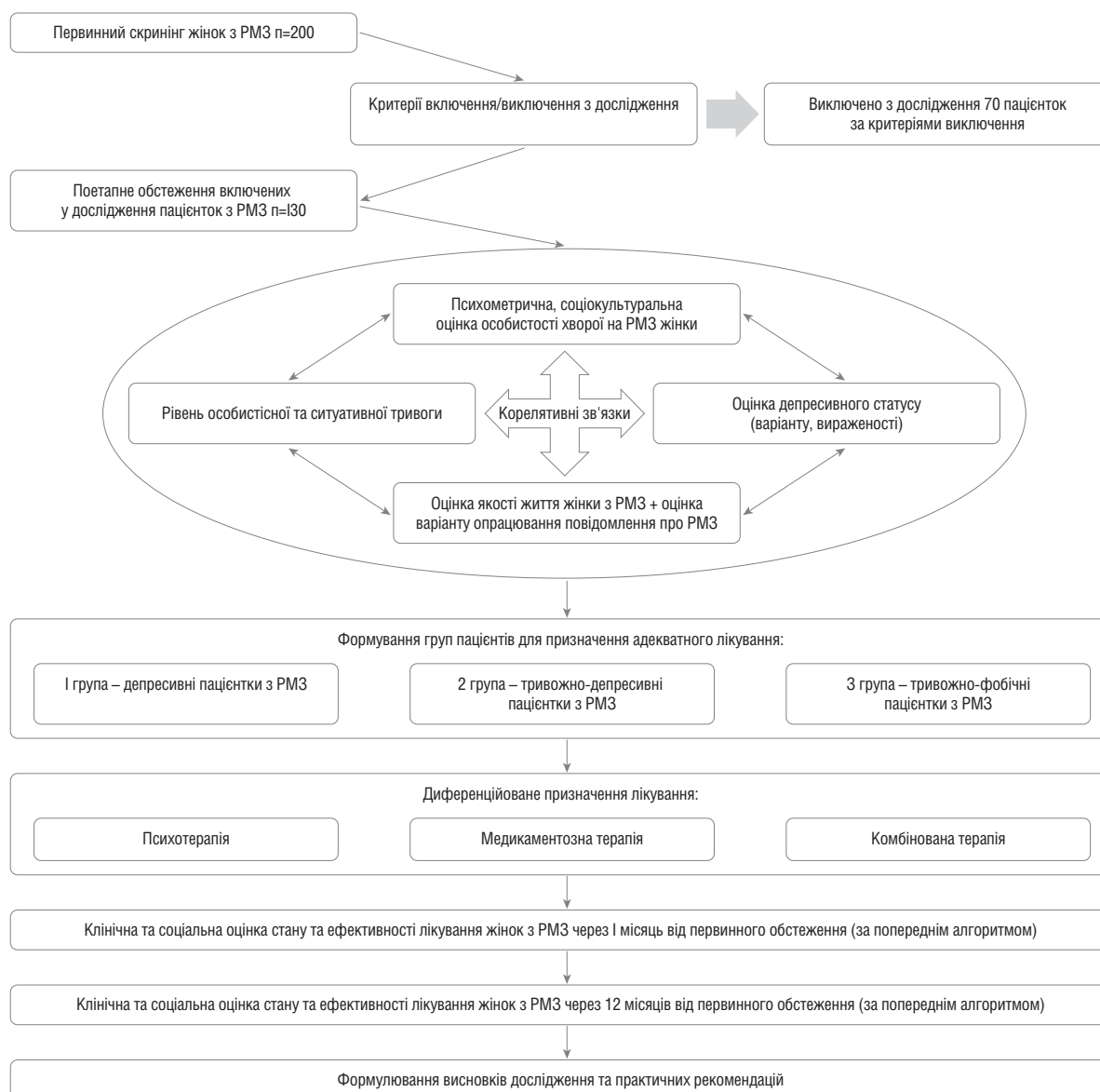


Рис. 1. Структурно-логічна схема дослідження

Висновки

1. Запропонований алгоритм застосування діагностичного інструментарію для виявлення непсихотичних психічних розладів у жінок з РМЗ дозволяє послідовно комплексно з'ясувати спектр цих станів (депресивний, тривожно-депресивний, тривожно-фобічний варіанти), оцінити параметри якості життя жінки з РМЗ після мастектомії та врахувати соціокультуральні аспекти психологічного опрацювання повідомлення про онкопатологію.

2. Використання даного діагностичного алгоритму дозволяє ефективно та диференційовано призначати необхідні методи їх психотерапевтичної та фармакологічної корекції за принципом «мінімальної достатності».

3. Додатково дозволяє оцінити тип відношення до захворювання, на підставі якого можна варіативно на нього впливати, що прогностично може покращити цілісний лікувальний вплив.

Список використаної літератури

- Смикодуб О. І. Проблеми якості життя хворих онкологічного профілю та сучасні можливості їх вирішення / О. І. Смикодуб, Л. В. Радзівська // Онкологія. – 2001. – Т. 3, № 2–3. – С. 220–226.
- 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.
- Psychological factors affecting oncology conditions / L. Grassi, B. Biancosino, L. Marmai [et al.] // Adv. Psychosom. Med. – 2007. – Vol. 28. – P. 57–71.
- Брюзгин В. В. Качество жизни онкологических больных – проблема сегодняшнего дня / В. В. Брюзгин // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ, 23–26 мая 2000 г., г. Киев // Experimental oncology. – 2000. – Vol. 22, Suppl. – №1325.
- Переводчикова Н. И. Обеспечение качества жизни больных в процессе противоопухолевой терапии / Н. И. Переводчикова // Терапевтический архив. – 1996. – Т. 68, № 10. – С. 37–41.
- Штутин С. А. Роль поддерживающей терапии в повышении качества жизни онкологических больных / С. А. Штутин, С. А. Бубнов, С. В. Фесивская // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ, 23–26 мая 2000 г., г. Киев // Experimental oncology. – 2000. – Vol. 22, Suppl. – №1354.
- Мухаровська І. Р. Медико-психологічний паспорт захворювання онкологічного профілю / І. Р. Мухаровська // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 4 (40). – С. 15–19.
- Psycho-Oncology / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. – Oxford: Oxford University press, 2010. – 745 p.
- Анікіна І. І. Рівні реактивної та особистісної тривожності у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку молочної залози / І. І. Анікіна // Acta Medica Leopoliensia. – 2014. – Т. 20, № 1. – С. 30–35.
- Анікіна І. І. Рівень якості життя та самооцінка тривоги у жінок, які перенесли мастектомію з приводу раку молочної залози / І. І. Анікіна // Acta Medica Leopoliensia. – 2014. – Т. 20, № 2. – С. 34–39.

- Внутрішня картина подружньої дисгармонії при істинних та уявних сексуальних розладах у чоловіків та її психотерапевтична корекція [Текст]: дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.08.18 / Білобровка Ростислав Іванович; Харківський ін-т удосконалення лікарів. – Х., 1995. – 187 с.
- Внутрішня картина подружньої дисгармонії при істинних та уявних сексуальних розладах у чоловіків та її психотерапевтична корекція [Текст]: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.08.18 / Білобровка Ростислав Іванович; Харківський ін-т удосконалення лікарів. – Х., 1995. – 25 с.

References

- Smykodub, O. I., & Radziivska, L. V. (2001). Problemy yakosti zhyttia khvorykh onkologichnoho profilu ta suchasni mozhlyvosti yikh vyrishennia [Problems of the quality of life of cancer patients and the ways to resolve these problems]. *Onkologhiia – Oncology*, vol. 3, no. 2–3, pp. 220–226. (In Ukrainian).
- Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015). Stratehiia okhrony psykichnoho zdorov'ia 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. (In Ukrainian).
- Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Rossi, E., & Sabato, S. (2007). Psychological factors affecting oncology conditions. *Advances in Psychosomatic Medicine*, vol. 28, pp. 57–71. DOI: 10.1159/000106797
- Brjuzgin, V. V. (2000). Kachestvo zhizni onkologicheskikh bol'nykh – problema segodnjashnego dnja [Quality of life of cancer patients – today's problem]. *Jekspierimental'naja onkologija – Experimental oncology*, vol. 22, suppl., pp. no.1325. (In Russian).
- Perevodchikova, N. I. (1996). Obespechenie kachestva zhizni bol'nykh v processe protivopuholevoj terapii [Ensuring the quality of life of patients in the process of antitumor therapy]. *Tерапевтический архив – Therapeutic archive*, vol. 68, issue 10, pp. 37–41. (In Russian).
- Shtutin, S. A., Bubnov, S. A., & Fesivskaja, S. V. (2000). Rol' podderzhivajushhej terapii v povyshenii kachestva zhizni onkologicheskikh bol'nykh [The role of maintenance therapy in improving the quality of life of cancer patients]. *Jekspierimental'naja onkologija – Experimental oncology*, vol. 22, suppl., pp. no.1354. (In Russian).
- Mukharovska, I. R. (2015). Medyko-psykologichnyi pasport zakhvoriuvannia onkologichnoho profilu [Medical psychological passport of cancer]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 10, no. 4 (40), pp. 15–19. (In Ukrainian).
- Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & MccorKle, R. S. (Eds.). (2010). *Psycho-Oncology* (2nd ed.). Oxford: Oxford University press, 745 p.
- Anikina, I. I. (2014). Rivni reaktyvnoi ta osobystisnoi tryvzhnosti u zhinok, yaki perenesly mastektomiiu z pryvodu raku molochnoi zalozy [Levels of state and trait anxiety in women after mastectomy for breast cancer]. *Acta medica Leopoliensia*, vol. 20, issue 1, pp. 30–35. (In Ukrainian).
- Anikina, I. I. (2014). Riven yakosti zhyttia ta samootsinka tryvohy u zhinok, yaki perenesly mastektomiiu z pryvodu raku molochnoi zalozy [Quality of life and anxiety selfassessment in women after mastectomy for breast cancer]. *Acta medica Leopoliensia*, vol. 20, issue 2, pp. 34–39. (In Ukrainian).
- Bilobryka, R. I. (1995). Vnutrishnia kartyna podruznoi dysharmonii pry istynnykh ta uiaivnykh seksualnykh rozladakh u cholovikiv ta yii psykhotерапевтична korektsiia [The internal picture of conjugal disharmony with true mental and sexual disorders in men and its psychotherapeutic correction]. *Candidate's thesis*, Kharkiv, 187 p. (In Ukrainian).
- Bilobryka, R. I. (1995). Vnutrishnia kartyna podruznoi dysharmonii pry istynnykh ta uiaivnykh seksualnykh rozladakh u cholovikiv ta yii psykhotерапевтична korektsiia [The internal picture of conjugal disharmony with true mental and sexual disorders in men and its psychotherapeutic correction]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kharkiv, 25 p. (In Ukrainian).

ДИЗАЙН І МЕТОДОЛОГІЯ ІСЛЕДОВАНИЯ ВАРИАНТОВ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

И. И. Аникина

Актуальность. Публикация посвящена актуальной проблеме современной психиатрии – диагностике непсихотических психических расстройств у женщин, больных раком молочной железы, после мастэктомии.

Цель. Описание алгоритма применения диагностического инструментария для выявления и оценки вариантов непсихотических психических расстройств у женщин, больных раком молочной железы (РМЖ), после мастэктомии.

Материалы и методы. Исследована выборка из 130 пациенток с верифицированным диагнозом рака молочной железы (шифр C.50 согласно МКБ-10), находившихся на стационарном лечении во Львовском государственном онкологическом региональном лечебно-диагностическом центре и перенесших оперативное вмешательство – мастэктомию. Обследование состояло из двух блоков: 1) расширенного анамнестического интервью; 2) проведения батареи тестов (Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, Шихана, шкала депрессии Гамильтона, Монтгомери, Р. Б. Кеттела, ЕГОГ – Карновского, ТООЛ).

Результаты исследования. Проведенное обследование (анамнестическое интервью и инструментальное анкетирование в «нулевой день») позволило выделить три группы пациенток, из которых сформированы сравнительные группы: 1. Группа с преобладающей депрессивной симптоматикой (n=27); 2. Группа с преобладающими тревожно-депрессивными состояниями (n=63); 3. Группа с преобладающими тревожно-фобическими состояниями (n=40), с последующим дифференцированным назначением психотерапевтического / психофармакологического лечения.

Выводы. Предложенный алгоритм диагностического инструментария для выявления непсихотических психических расстройств позволяет выявить и различить спектр этих состояний, оценить параметры качества жизни женщины, больной раком молочной железы, после мастэктомии; учитывает социокультуральные аспекты психологической обработки сообщения об онкопатологии и прогностически поможет эффективно и дифференцированно назначать необходимые методы их психотерапевтической и фармакологической коррекции по принципу «минимальной достаточности».

Ключевые слова: рак молочной железы, непсихотические психические расстройства, диагностика, диагностический инструментарий.

DESIGN AND METHODOLOGY OF THE STUDY OF THE VARIANTS OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
IN WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY

I. I. Anikina

Background. The publication is dedicated to a relevant issue of modern psychiatry – the diagnostics of non-psychotic mental disorders in women with breast cancer after mastectomy.

Objective. Presentation of the structure and sequence of application of diagnostic tools in an original diagnostic algorithm developed by the authors for revealing and evaluation of the variants of non-psychotic mental disorders in women with breast cancer following mastectomy.

Materials and methods. The study included 130 patients with a verified diagnosis of breast cancer (C50 code in ICD-10) undergoing examination and treatment (mastectomy) at the Lviv State Oncological Regional Treatment and Diagnostics Centre. The examination consisted of two parts: 1 – a comprehensive anamnestic interview; and 2 – a number of diagnostic tests (the Spielberger-Khanin Anxiety Scale, the Hamilton Depression Rating Scale, the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the 16PF Questionnaire by R.B. Cattell, the ECOG score, the Karnofsky score, and the "TOBOL" score).

Results. The conducted survey (anamnesis interviews and questionnaires instrumental in "zero day") allowed to highlight three groups of patients, of which formed three comparative groups: 1. Depressive group, which in mental status and applied according to the battery of tests prevailed mainly depressive symptoms (n=27); 2. Anxious-depressive group (n=63); 3. The team with the superior anxious – phobic states (n=40). This approach to the diagnosis of the exact qualifications leading psychopathological register of mental activity proved further choice of optimal treatment (pharmacotherapy, psychotherapy) to its more rapid elimination, due the principle of "minimal sufficiency."

Conclusions. The proposed algorithm of diagnostics in order to reveal non-psychotic mental disorders is unified and easy to understand and use for psychiatrists and non-psychiatrists; it allows detecting the range of such mental states and evaluating the aspects of quality of life of women with breast cancer following mastectomy; it considers sociocultural aspects of psychological coping with the diagnosis of cancer, thus allowing to effectively and differentially recommend appropriate methods of psychological or pharmacological treatment due the principle of "minimal sufficiency."

Keywords: breast cancer, non-psychotic mental disorders, diagnostics, diagnostic tools.

Стаття надійшла до редакції 18.01.2017 р.

АНИКИНА Інна Ігорівна, старший лаборант кафедри психіатрії, медичної психології та сексології стоматологічного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; лікар-психіатр 3-го чоловічого клініко-діагностичного відділення КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів, Україна; e-mail: anikinainna@yandex.ua

АНИКИНА Інна Игоревна, старший лаборант кафедры психиатрии, медицинской психологии и сексологии стоматологического факультета Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого; врач-психиатр 3-го мужского клинко-диагностического отделения КЗ «Львовская областная клиническая психиатрическая больница», г. Львов, Украина; e-mail: anikinainna@yandex.ua

ANIKINA Inna Igorivna, Senior Laboratory Assistant of the Department of Ppsychiatry, Medical Ppsychology and Sexology of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University; Psychiatrist of the 3-d Psychiatric Department for men of the Lviv Regional Psychiatric Hospital, Lviv, Ukraine; e-mail: anikinainna@yandex.ua

В. О. Бедлінський

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ,
ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ, ТА У ПАЦІЄНТІВ
З ЕНДОГЕННИМИ АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ НАСТРОЮ**

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

bedlinsky@i.ua

Актуальність. Мета – дослідження особливостей перебігу депресивної симптоматики в структурі органічного та ендogenous афективних розладів, її вплив на лікування, фізичний, психоемоційний стан та динаміку медико-соціальної реабілітації.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 50 хворих із депресією, які проходили лікування в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві. Обстежувані були поділені на 2 групи: 25 осіб із депресією після ЧМТ, які відповідають критеріям (F 06.3), та 25 осіб, клінічна картина депресії яких відповідає (F 32.0–32.3). У дослідженні були використані наступні методи: шкала самооцінки депресії Цунга, шкала оцінки депресії Гамільтона, опитувальник для оцінки якості життя «SF-36», методи описової статистики.

Результати. Виявлено обернено пропорційний кореляційний зв'язок (-0,606) на рівні значущості ($p < 0,01$), це підтверджує, що при збільшенні рівня депресії знижуються показники рівня фізичного компонента здоров'я, на що вказують самі пацієнти з F 32.x. Проте хворі з F 06.3 меншою мірою диференціюють погіршення як фізичного, так і психічного здоров'я, на рівні (-0,485) та (-0,438) відповідно ($p < 0,01$). При суб'єктивному оцінюванні депресії пацієнти з F 06.3 схильні до завищення як показників здоров'я, так і депресивної симптоматики.

Висновки. Хворі з органічним депресивним розладом меншою мірою диференціюють зниження психічного та фізичного компонентів здоров'я (за SF-36), порівняно з хворими на афективний розлад настрою, депресивний епізод. За зниженої критики до захворювання пацієнти з органічним депресивним розладом мають нижчу прихильність до терапії. Для якісної діагностики депресивних розладів доцільно застосовувати як суб'єктивні, так і об'єктивні шкали визначення рівня депресивної симптоматики. Це дозволить сповна оцінити ставлення пацієнта до власного психічного стану, визначити його готовність до реабілітаційних заходів.

Ключові слова:

депресія, черепно-мозкова травма, органічний афективний розлад, якість життя.

Актуальність. Для структури психічних захворювань впродовж останніх десятиліть характерне істотне зростання депресивних розладів, яке наздоганяє за темпом поширення кардіологічну та онкологічну патологію [1].

Протягом XX та на початку XXI ст. поширеність депресивних розладів збільшується за експонентою. На початку минулого століття такі хворі складали 0,2 % від загальної сукупності, у 50 роках – 4,3–5,7 %, у 60 роках – 11,2–14 %, у 90 – 15–20 % [2]. Проте, якщо з 1945 р. близько 80 % таких хворих одужували, то наприкінці 70 років у 30 % жінок та у 10 % чоловіків перебіг депресії набував хронічного характеру [3].

За даними ВООЗ, більше 110 млн осіб страждають від депресії. Доведено, що хоча 6 раз у житті 18–25 % жінок і 8–11 % чоловіків мають депресивний епізод, з

них 6 % жінок і 3 % чоловіків необхідне стаціонарне лікування. Відомо, що поширеність розладів депресивного спектра у країнах Європи та США становить близько 5–10 % [4, 5]. Збільшення числа осіб, які хворіють на депресію, має серйозний негативний вплив на соціально-психологічні та економічні аспекти життя і здоров'я суспільства.

Депресивні розлади можуть виникати на тлі соматичних захворювань, а також у поєднанні з соматичною патологією, при цьому вони значно погіршують стан і прогноз для хворого. Одним із тяжких та частих органічних підґрунть для розвитку депресії є черепно-мозкова травма (ЧМТ).

Травматичне ураження головного мозку в структурі усіх травм складає близько 30–40 % [6] і має постійну тенденцію до збільшення. До того ж, ЧМТ переважно

трапляються в осіб молодого та середнього віку, тобто у найактивнішої в соціальному та трудовому відношенні частини населення [7], і займають перше місце за показниками летальності та інвалідизації осіб вказаного віку [8].

В Україні ця проблема набула ще більшого значення з огляду на те, що із середини 2014 р. на Сході держави тривають активні бойові дії. Тому проблема збільшення кількості постраждалих з ЧМТ та виникнення на її фоні психічних розладів у населення в зоні проведення анти-терористичної операції та у бійців є одним із ключових завдань, що потребує оптимального вирішення.

Поширеність ЧМТ, за даними ВООЗ, складає 1,8–5,4 на 100 тис. населення і щороку збільшується на 2 %. В Україні, за інформацією попередніх років, ЧМТ щорічно діагностували майже у 100–200 тис. потерпілих, близько 1 млн встановлювали інвалідність [9]. У основної частини постраждалих (50–90 %) зберігається психоорганічна та неврологічна симптоматика, що спричиняє втрату працездатності у 45 % [7].

Тому слід зосередити увагу на етапах розвитку органічного афективного розладу. Докладний опис стадійності органічної депресії належить А. Marneros: 1) астенічно-іпохондрична стадія; 2) стадія «ендогенних» проявів; 3) стадія органічно-депресивних розладів; 4) стадія «чистих» органічних проявів.

I стадія характеризується появою нозонеспецифічної симптоматики, котра включає швидке соматичне та психічне виснаження, послаблення концентрації уваги, зниження працездатності, дратівливість, тривогу, іпохондричні побоювання та вегетативні симптоми. II стадія відповідає критеріям неорганічної депресії. Включає вітальну тугу, відчуття вини, неповноцінності, психомоторну загальмованість, добові коливання афекту, порушення сну. Спостерігається втрата потягів, апетиту, сенсу життя, з'являються суїцидальні тенденції. Проте вже у III стадії на перший план виступають порушення мнестичних функцій, лабільність та не-тримання афекту, дратівливість, зниження критики, концентрації уваги, неврологічна симптоматика. Органічна симптоматика досягає максимуму на IV етапі, коли зникають ознаки «ендогенної» стадії і лишається лише органічна симптоматика [10], тобто остання повністю нівелює прояви депресії.

Виходячи зі стадій розвитку органічної депресії можна стверджувати, що на ініціальних етапах органічні депресивні розлади можуть ідентифікуватись як депресивні розлади ендегенного спектра. Тож їх тотожність може завести у глухий кут навіть найдосвідченіших фахівців.

Матеріали та методи дослідження

Для проведення дослідження було сформовано дві групи обстежуваних. Перша – хворі з депресією на тлі ЧМТ (ДРЧМТ). Друга – хворі з депресивним епізодом у рамках рубрики афективних розладів без ЧМТ (ендогенний депресивний розлад – ЕДР).

З метою діагностики депресії за ступенем тяжкості ми застосовували шкалу самооцінки депресії Цунга, шкалу оцінки депресії Гамільтона. Вони допомагають не лише встановити ступінь тяжкості депресії, а й спостерігати її

динаміку у процесі лікування. Також було використано опитувальник SF-36, за яким визначали фізичний (РН) та психологічний (МН) компоненти здоров'я.

Для реалізації дослідження провели комплексне обстеження 50 пацієнтів (25 хворих із депресією після ЧМТ, які відповідають діагностичним критеріям органічного афективного розладу (F 06.3 за МКХ-10); та 25 пацієнтів, клінічна картина депресії яких відповідає критеріям депресивного епізоду (F 32.0–32.3). Вибірка проводилась на базі ТМО «ПСХІАТРІЯ» у м. Києві.

Результати та їх обговорення

Вираженість депресії за шкалою Гамільтона серед загальної вибірки (n=50) на вхідному етапі дослідження відображається наступним співвідношенням: депресія легкого ступеня – 58 %, депресія середнього ступеня – 38 %, депресія тяжкого ступеня – 4 %.

Рівень депресії за шкалою Цунга на цьому ж етапі дослідження серед загальної вибірки (n=50) відображається наступним співвідношенням: депресія легкого ступеня – 75 %, депресія середнього ступеня – 25 %, депресія тяжкого ступеня не виявлена. У таблицях 1–4 відображено середнє значення рівня депресії серед пацієнтів з ЕДТ та ДРЧМТ за шкалами Цунга та Гамільтона на вхідному та кінцевому етапах дослідження.

Таким чином, виявлено вплив аналізованих лікувальних заходів на рівень вираженості депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона ($p < 0,001$).

Виявлено вплив аналізованих лікувальних заходів на рівень вираженості депресивної симптоматики за результатами шкали Цунга ($p < 0,001$).

Виявлено відмінність на рівні значущості ($p < 0,001$).

Таблиця 1. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Гамільтона у хворих з ЕДР

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	26	14,50 $\pm$ 0,94
4 тиждень	26	6,00 $\pm$ 0,64

Примітка. X – рівень депресії, та (m) стандартні похибки середнього.

Таблиця 2. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Цунга у хворих з ЕДР

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	25	53 $\pm$ 1,66
4 тиждень	25	36 $\pm$ 1,5

Таблиця 3. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Гамільтона у хворих з ДРЧМТ

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	24	16,5 $\pm$ 1,5
4 тиждень	24	9 $\pm$ 0,9

Таблиця 4. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Цунга у хворих з ДРЧМТ

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	24	54 $\pm$ 1,3
4 тиждень	24	46,5 $\pm$ 1,6

При дослідженні залежності рівня депресивної симптоматики від оцінки фізичного компонента здоров'я між вибіркою ЕДР (1 тиж.) НАМ та ЕДР (1 тиж.) SF-36 (РН): $n=25$; $r=-0,606$. Відповідно, існує обернено пропорційний кореляційний зв'язок середньої сили $-0,606$ на рівні значущості ($p<0,01$). Отже, при збільшенні рівня депресії за шкалою Гамільтона знижуються показники рівня РН за шкалою SF-36. Аналогічна залежність й за шкалою Цунга, за якою коефіцієнт кореляції складає $-0,619$ ($p<0,01$).

Дещо слабшим є кореляційний зв'язок між рівнем вираженості депресії та показниками психологічного компонента – відповідно $-0,328$ та $-0,311$ ($p<0,01$). Тобто відмічається зниження критичного ставлення до хвороби, що в меншій мірі відповідає об'єктивним методам діагностики.

Можна припустити, що при застосуванні суб'єктивних шкал оцінки рівня депресії пацієнти з ДРЧМТ часто в повній мірі недооцінюють власну психічну неспроможність, проте відмічають зниження фізичного компонента здоров'я (табл. 5).

Таблиця 5. Значимість кореляційного зв'язку між вибірками шкал депресії та шкал компонентів здоров'я у пацієнтів із ЕДР та ДРЧМТ на 1 тиждень госпіталізації

	ЕДР I (SF-36-MH)	ЕДР I (SF-36-PH)	ДРЧМТ I (SF-36 MH)	ДРЧМТ I (SF-36-PH)
Тиж. I НАМ	-0,328	-0,606	-0,300	-0,284
Тиж. I ZUN	-0,311	-0,619	-0,207	-0,370

За наявності позитивної динаміки перебігу депресивного епізоду у пацієнтів із ЕДР спостерігається зростання залежності рівня фізичного та психічного компонентів здоров'я за шкалою SF-36, що свідчить про підвищення критичності до перенесеного епізоду й чітко прослідковується у порівнянні даних, наведених у таблицях 5 та 6.

Таблиця 6. Значимість кореляційного зв'язку між вибірками шкал депресії та шкал компонентів здоров'я у пацієнтів із ЕДР та ДРЧМТ на 4 тиждень госпіталізації

	ЕДР I (SF-36-MH)	ЕДР I (SF-36-PH)	ДРЧМТ I (SF-36 MH)	ДРЧМТ I (SF-36-PH)
Тиж. IV НАМ	-0,458	-0,616	-0,485	-0,438
Тиж. IV ZUN	-0,490	-0,682	-0,363	-0,362

Висновки

Пацієнти із депресивним розладом органічної природи меншою мірою диференціюють зниження психічного та фізичного компонентів здоров'я (за SF-36), порівняно з хворими на афективний розлад настрою, депресивний епізод. У них відмічається значно менший рівень критичності до поточного психічного стану, що спостерігається за завищеними даними суб'єктивної шкали депресії Цунга, на відміну від об'єктивної – Гамільтона.

Внаслідок цього пацієнти з органічним афективним розладом пізніше за хворих із ендегенним радикалом включаються до реабілітаційних заходів у відділенні та

реабілітаційному центрі. Що, в свою чергу, відстрочує терміни перебування пацієнтів у психіатричному стаціонарі, пригнічує психоемоційний стан хворих, за сутності стрімкої позитивної динаміки знижує соціальну адаптацію та погіршує прогностичні оцінки.

Лише за своєчасної диференційної діагностики органічного депресивного розладу з іншими афективними порушеннями можливий підбір адекватної медикаментозної терапії та реабілітаційних заходів.

За зниженого критичного ставлення до захворювання пацієнти з органічним депресивним розладом, на відміну від пацієнтів з депресією ендегенного походження, мають нижчу прихильність до терапії, відповідно, складніше досягається комплаєнс.

Для якісної діагностики депресивних розладів доцільно застосовувати як суб'єктивні, так і об'єктивні шкали визначення рівня вираженості депресивної симптоматики. Дана практика дозволяє повною мірою оцінити ставлення пацієнта до власного психічного стану, визначити готовність до реабілітаційних заходів. Шкала SF-36 дає змогу оцінити динаміку лікувального процесу та виявити можливі напрямки реабілітаційних заходів.

Список використаної літератури

1. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади : керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. – Львів : МС, 2004. – 208 с.
2. Напрєєнко О. К. Нециркулярні депресії: монографія / О. К. Напрєєнко, К. М. Логановський ; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. – К. : Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии / С. Н. Мосолов. – М. : Восток, 1996. – 288 с.
4. Ebmeier K. Recent developments and current controversies in depression / K. Ebmeier, C. Donaghey, J. D. Steele // The Lancet. – 2006. – Vol. 367, No. 9505. – P. 153–167.
5. The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler [et al.] // JAMA. – 2003. – Vol. 289, No. 23. – P. 3095–3105.
6. Мониторинг и лечение тяжелой черепно-мозговой травмы / А. М. Кардаш, В. И. Черный, Г. А. Городник, В. С. Ботев // Український нейрохірургічний журнал. – 2014. – № 2 (66). – С. 8–19.
7. Когнітивні розлади у віддаленому періоді черепно-мозкової травми як причина обмеження життєдіяльності потерпілих / В. М. Школьник, Г. Д. Фесенко, В. А. Голик [та ін.] // Український нейрохірургічний журнал. – 2015. – № 2 (70). – С. 5–10.
8. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи / Е. Г. Педаченко, И. П. Шлапак, А. П. Гук, М. Н. Пилипенко. – К. : ВІПОЛ, 2009. – 215 с.
9. Епидемиология инвалидности вследствие черепно-мозговой травмы в Украине / Н. К. Хобзей, Е. Г. Педаченко, В. А. Голик [и др.] // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 30–35.
10. Калинин В. В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдодиагностические категории / В. В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 42–44.

References

1. Mishyiev, V. D. (2004). Suchasni depresyivni rozlady: kerivnytstvo dlia likariv [Depressive disorders in nowadays: a guide for doctors]. Lviv: MS, 208 p. (In Ukrainian).
2. Naprieienko, O. K., Lohanovskyi, K. M., & Syrop'iatov, O. G. (2013). Netsyrkuliarni depresii [Non-circular depression]. O. K. Naprieienko (Ed.). Kyiv: Sofija-A, 624 p. (In Ukrainian).
3. Mosolov, S. N. (1996). Osnovy psihofarmakoterapii [Fundamentals of pharmacotherapy]. Moscow: Vostok, 288 p. (In Russian).
4. Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, vol. 367, no. 9505, pp. 153–167. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)67964-6
5. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, vol. 289, no. 23, pp. 3095–3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095
6. Kardash, A. M., Cherniy, V. I., Gorodnik, G. A., & Botev, V. S. (2014). Monitoring i lechenie tzhazhelej cherepno-mozgovoy travmy [Monitoring and treatment of severe traumatic brain injury]. *Ukrainskyi neirokhirurhichnyi zhurnal – Ukrainian Neurosurgical Journal*, no. 2 (66), pp. 8–19. (In Russian).

7. Shkolnyk, V. M., Fesenko, G. D., Golyk, V. A., Pogorelova, S. A., Pashkovskiy, V. I., & Huk, A. P. (2015). Kohnnytni rozlady u viddalennomu periodi cherepno-mozgovoi travmy yak prychyna обмеження зhyttiedialnosti poterpilykh [Remote cognitive impairments after traumatic brain injury as a disability cause]. *Ukrainskyi neirokhirurhichnyi zhurnal – Ukrainian Neurosurgical Journal*, no. 2 (70), pp. 8–19. (In Ukrainian).
8. Pedachenko, E. G., Shlapak, I. P., Guk, A. P., & Pilipenko, M. N. (2009). Cherepno-mozgovaja travma: sovremennye principy neotlozhnoj pomoshhi [Traumatic brain injury: intensive care management]. Kyiv: VIPOL, 215 p. (In Russian).
9. Hobzey, N. K., Pedachenko, Ye. G., Golyk, V. A., Guk, A. P., & Gondulenko, N. A. (2011). Jepidemiologija invalidnosti vsledstvie cherepno-mozgovoj travmy v Ukraine [Disability due to traumatic brain injury epidemiology in Ukraine]. *Ukraina. Zdorov'ia natsii – Ukraine. Health of the Nation*, no. 3, pp. 30–35. (In Russian).
10. Kalinin V. V. (2014). Organicheskie psichicheskie rasstrojstva v MKB-10: nesovershenstvo kriteriev diagnostiki ili psevdodiagnosticheskie kategorii [Organic mental disorders in the icd-10: insufficient diagnostic criteria or pseudodiagnostic categories]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 24, no. 3, pp. 42–44. (In Russian).

СТАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ, И ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ

В. А. Бедлинский

Актуальность. Цель – исследование особенностей течения депрессивной симптоматики в структуре органического и эндогенного аффективного расстройства, ее влияния на лечение, физическое, психоэмоциональное состояния и динамику медико-социальной реабилитации.

Материалы и методы. Проведено обследование 50 больных с депрессией, которые проходили лечение в ТМО «ПСИХИАТРИЯ» в г. Киеве. Исследуемые были разделены на 2 группы: 25 человек с депрессией после ЧМТ, которые отвечают критериям – (F 06.3); и 25 человек, клиническая картина депрессии которых отвечает (F 32.0 –32.3). В исследовании были использованы следующие методы: шкала самооценки депрессии Цунга, шкала оценки депрессии Гамильтона, опросник оценки качества жизни «SF-36», методы описательной статистики.

Результаты. Обнаружено обратно пропорциональную корреляционную связь -0,606 на уровне значимости ($p < 0,01$), это подтверждает, что при увеличении уровня депрессии уменьшаются показатели уровня физического компонента здоровья, что отмечают сами пациенты с F 32.x. Однако больные с F 06.3 в меньшей степени дифференцируют ухудшение как физического, так и психического здоровья, на уровне (-0,485) и (-0,438) соответственно ($p < 0,01$). При прохождении субъективной оценки депрессии пациенты с F 06.3 склонны к завышению как показателей здоровья, так и депрессивной симптоматики.

Выводы. Больные органическими депрессивными расстройствами в меньшей степени дифференцируют снижение психического и физического компонентов здоровья (по SF-36), в сравнении с больными аффективным расстройством настроения, депрессивным эпизодом. При сниженной критике к заболеванию пациенты с органическим депрессивным расстройством имеют низший уровень приверженности к терапии. Для качественной диагностики депрессивных расстройств целесообразно применять как субъективные, так и объективные шкалы определения уровня депрессивной симптоматики. Это позволяет в полном объеме оценить отношение пациента к собственному психическому состоянию, определить готовность к реабилитационным мероприятиям.

Ключевые слова: депрессия, черепно-мозговая травма, органическое аффективное расстройство, качество жизни.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY AND PATIENTS WITH ENDOGENOUS AFFECTIVE MOOD DISORDER

V. O. Bedlinskyi

Objectives. To observe the main features of depressive symptoms in the structure of organic and endogenous affective disorder and its impact on treatment, physical, psycho-emotional state, and the dynamics of medical and social rehabilitation.

Materials and methods. This study enrolled 50 patients with depression who were treated in TMO "Psychiatry" in Kiev. Participants were divided into 2 groups: 25 individuals with depression after TBI, who meet the criteria – (F 06.3); and 25 people with picture of depression which corresponds to (F 32.0 –32.3).

We used the following methods in the study: Zung Self-Rating Depression Scale, Hamilton depression rating scale, a questionnaire to assess quality of life «SF-36», methods of descriptive statistics.

Results. An inverse correlation of -0.606 at a significance level ($p < 0,01$) was found. It confirms that an increase in depression level lowers rates of physical health component, and most patients with F 32.x noticed it. However, patients with F 06.3 differentiate deterioration in both physical and mental health at lower level -0.485 and -0.438 respectively, with ($p < 0,01$). In a subjective assessment of depression, patients with F 06.3 tend to overestimate both health indicators and depressive symptoms.

Conclusions. Patients with organic depressive disorder less likely to differentiate decrease in mental and physical health component (for SF-36) comparing with patients with affective mood disorder, depressive episode. Patients with organic depressive disorder have a reduced criticism of the disease and a lower level of adherence to therapy. To make the right diagnosis of depressive disorders one should use both subjective and objective scales of depression. This allows you to fully estimate the attitude of the patients to their own mental health, to determine readiness for rehabilitation.

Keywords: depression, traumatic brain injury, organic mood disorder, quality of life.

Стаття надійшла до редакції 23.01.2017 р.

БЕДЛІНСЬКИЙ Володимир Олексійович, лікар-психіатр в Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва, Україна; e-mail: bedlinsky@i.ua

БЕДЛИНСКИЙ Владимир Алексеевич, врач-психиатр в Центре экстренной медицинской помощи и медицины катастроф г. Киева, Украина; e-mail: bedlinsky@i.ua

BEDLINSKYI Volodymyr Oleksiiovych, psychiatrist of the Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine, Kyiv, Ukraine; e-mail: bedlinsky@i.ua

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.891-085.851:316.47:159.964.21

О. Л. Лизак

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ СИСТЕМИ СТАНДАРТНИХ КАТЕГОРІЙ ЦЕНТРАЛЬНОЇ ТЕМИ КОНФЛІКТНИХ СТОСУНКІВ (ЦТКС-ЛУ) ДЛЯ ОЦІНКИ ПАТЕРНІВ СТОСУНКІВ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС СТАЦІОНАРНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

oklyzak@ukr.net

Актуальність. У дослідженнях ефективності психотерапії, що проводяться в Україні, необхідно приділяти більшу увагу міжособистісним стосункам та їх змінам у результаті терапії, а також вивченню самого процесу та змісту психотерапії.

Мета – дослідження патернів міжособистісних стосунків пацієнтів, які проходили короткофокусну стаціонарну психотерапію, з використанням україномовної версії методу центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС-ЛУ).

Матеріали та методи. У дослідження були включені пацієнти (N=51) з невротичними та межовими розладами, які проходили короткофокусну (10 сеансів) стаціонарну психотерапію. Перед початком та після закінчення курсу терапії з пацієнтами проводили напівструктуроване інтерв'ю, яке включало 10 розповідей про епізоди стосунків з важливими для них особами. Епізоди містили три компоненти: бажання, потреби або наміри пацієнта стосовно інших осіб; реакції інших у відповідь; власні реакції пацієнта у відповідь. До групи 1 увійшли 30 пацієнтів, які завершили курс психотерапії та взяли участь у двох інтерв'ю. До групи 2 (N=21) – пацієнти, які з різних причин не завершили психотерапії і взяли участь лише у першому інтерв'ю. Усі інтерв'ю записано на аудіоносій; за записами складали дослівні протоколи, у яких визначали епізоди стосунків; виявляли у них три основні компоненти та перекладали їх у стандартні категорії системи категорій ЦТКС-ЛУ; вносили отримані дані у комп'ютерну базу та підраховували кількість стандартних категорій у епізодах стосунків.

Результати. На етапі до терапії опрацьовано 51 інтерв'ю; на етапі після терапії – 30 (з них 29 придатні для дослідження). У 80 інтерв'ю знайдено 5 365 компонентів стосунків, для кожного з яких було визначено по два формулювання з каталогу 120 стандартних категорій, всього – 10 730 компонентів ЦТКС-ЛУ.

Висновки. Україномовна версія системи категорій ЦТКС-ЛУ може бути застосована для оцінки матеріалу клінічних інтерв'ю, що містять епізоди стосунків; бази даних понад 10 000 компонентів повністю достатньо для надійного статистичного аналізу даних.

Ключові слова:
центральна тема
конфліктних
стосунків, стаціонарна
психотерапія.

Актуальність. Об'єктом сучасних досліджень психотерапії є не лише результати психотерапевтичної роботи, але й сам психотерапевтичний процес, його структура, характер та динаміка. Методи, які оцінюють процес та зміст терапії, називають методами контент-аналізу, тобто аналізу змісту. Такі якісні дослідження у психотерапії проводяться упродовж останніх тридцяти років. Одним з найрозвинутіших із цих методів є метод центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС). У психотерапевтичних дослідженнях його використовують для структуризації психотерапевтичного процесу; оцінки процесів

перенесення та контрперенесення у психоаналітичній психотерапії; вивчення моделей стосунків з різними об'єктами, а також обстеження пацієнтів з різними психічними розладами, особливо з тими, у яких порушення стосунків є одним з основних симптомів (пограничні розлади, розлади особистості); виявлення змін у паттернах стосунків пацієнтів у процесі психотерапії тощо [1].

Сучасні принципи доказової медицини передбачають наявність достовірних методик підтвердження ефективності психотерапевтичного лікування. Застосований нами у даному дослідженні метод ЦТКС уже було успіш-

но впроваджено у психотерапевтичну практику багатьох країн та продемонстровано переваги його застосування для дослідження й оцінки психотерапевтичного процесу при психодинамічній психотерапії [2–5]. Особливість методу центральної теми конфліктних стосунків полягає у тому, що він передбачає спеціальне структурування психотерапевтичного матеріалу та виділення у ньому окремих факторів, придатних для статистичної оцінки та порівняння, завдяки застосуванню детально випрацюваного інструменту для такої структуризації та оцінки – системи стандартних категорій для оцінки міжособистісних стосунків [6]. Впровадження згаданого методу в українську психотерапевтичну практику дасть українським дослідникам валідний інструмент для оцінки перебігу та результатів психотерапевтичного процесу та сприятиме підвищенню ефективності психотерапевтичного лікування.

Мета – дослідження патернів міжособистісних стосунків пацієнтів, які проходили короткофокусну стаціонарну психотерапію, з використанням україномовної версії методу центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС).

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було проведене на кафедрі психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Матеріал дослідження склали пацієнти з невротичними та межовими розладами, які проходили лікування на клінічній базі кафедри – у стаціонарі № 2 Львівського обласного психоневрологічного диспансеру, де, за підтримки Єврокомісії, у 2002 р. уперше було впроваджено модель європейського психотерапевтичного стаціонару. У наших попередніх публікаціях ми докладно описали дизайн та методологію дослідження, а також основний метод оцінки, що застосовувався, – метод центральної теми конфліктних стосунків [7, 8]. Предметом дослідження методу ЦТКС є конкретні епізоди стосунків пацієнта з важливими для нього особами, у яких виділяють та реєструють три основні компоненти: бажання, потреби або наміри пацієнта стосовно інших осіб (компонент бажань (wishes) – W); реакції інших у відповідь на ці бажання (компонент реакцій інших (responses of others) – RO); власні реакції пацієнта у відповідь на реакції інших осіб (компонент власних реакцій (responses of self) – RS). Поєднання трьох найважливіших компонентів, які визначають стосунки пацієнта з іншими особами, складають центральну тему конфліктних стосунків цього пацієнта (ЦТКС). Такі епізоди стосунків дослідники виявляють у транскриптах – дослівних письмових протоколах психотерапевтичних сеансів або спеціальних напівструктурованих інтерв'ю (RAP-інтерв'ю). В епізодах стосунків послідовно виділяють та виписують усі компоненти W, RO та RS, які у них зустрічаються; спочатку компоненти реєструють у формулюваннях, максимально наближених до висловлювань пацієнтів, або словами самих пацієнтів (tailor-made categories – індивідуальні категорії), а для статистичної обробки їх перекладають у стандартні категорії ЦТКС. Останні були сформульовані дослідниками на основі численних досліджень нагромадженого психотерапевтичного матеріалу – транскриптів

психотерапевтичних сеансів, інтерв'ю та багатьох інших джерел інформації, що містять описи міжособистісних стосунків [9].

У даній публікації ми хочемо представити основний технічний інструмент нашого дослідження – систему категорій для опису стосунків ЦТКС-ЛУ та її застосування у нашому дослідженні.

Методика ЦТКС-ЛУ

У 90-х роках ХХ ст. у дослідженнях найширше застосовували третє видання стандартних категорій ЦТКС (Edition 3), у якому для зручності стандартні категорії було об'єднано у кластери (тематичні групи) [9]. Проте німецькі дослідники, виявивши істотно нижчий рівень узгоджень між різними дослідниками при застосуванні цієї системи категорій [10], ніж у роботах американських авторів [11], піддали сумніву її надійність та розпочали роботу над створенням альтернативної системи категорій, яка б дала можливість максимально достовірно визначити патерни стосунків пацієнтів у дослідженнях. Створення такої системи категорій було спільно розпочате німецькими експертами з методу ЦТКС з університетів м. Лейпцига та м. Ульма у 1999 р. Вони поставили перед собою наступні цілі:

- використання максимально широкої клінічної (емпіричної) бази;
- уникання збігів у стандартних категоріях та відсутності відповідників індивідуальних категорій серед стандартних;
- створення єдиного об'єднаного списку для кожного з трьох компонентів ЦТКС;
- спрощення орієнтування у системі категорій завдяки ієрархічній будові;
- мінімально необхідна кількість категорій та кластерів;
- просте і доступне опанування процедури оцінювання, максимальна легкість та швидкість у застосуванні [6].

Перед початком роботи над створенням системи категорій дослідники провели опитування експертів з ЦТКС, щоб оцінити, з якими практичними труднощами, зумовленими недосконалістю системи категорій, вони стикаються під час досліджень. Також розробники нової системи отримали дані досліджень з використанням методу ЦТКС, проведених у німецькомовних країнах, а саме: протоколи 8 короткотривалих психотерапій та двох довготривалих психоаналітичних психотерапій, 12 біографій, 72 вступних інтерв'ю та 445 RAP-інтерв'ю, що суттєво збільшило емпіричну базу дослідження. Окрім 3-го видання стандартних категорій ЦТКС, у якості основи для створення нової системи категорій було використано 13 альтернативних методів визначення міжособистісних стосунків (Опитувальник центральних стосунків, Опитувальник прив'язаності, категорії Структурного аналізу суспільної поведінки [12], Опитувальник патерну міжособистісних стосунків тощо), а також категорії з чотирьох теоретичних моделей, зокрема теорії прив'язаності Боулбі [13, 14, 15]. У результаті дослідники отримали 806 формулювань компонента W, 1 158 формулювань реакцій інших осіб (RO) та 1 363 формулювання власних реакцій (RS). Подальша робота

над таким об'ємним матеріалом полягала у переформулюванні усіх компонентів у предикати (присудки в інфінітивній формі), з метою найефективнішого статистичного опрацювання. Було використано одиничні предикати, що описують характеристику об'єкта, та множинні предикати, які характеризують стосунки між двома (бінарні) та більше об'єктами. Наступним кроком було об'єднання між собою синонімічних категорій. У результаті було отримано 232 предикатні групи, а внаслідок подальшого процесу об'єднання – 101 предикатну групу [6].

Важливою особливістю бінарних предикатних форм стала можливість їхнього векторного застосування. Найбільшого значення таке застосування набуло при оцінці компонента бажань: за допомогою одних і тих самих формулювань предикатів стало можливим оцінювати бажання як щодо себе, так і щодо інших людей. Цей вектор у системі ЦТКС-ЛУ вказують за аналогією з реакціями RO та RS. Наприклад, предикат «любити» може використовуватися для позначення бажання самому любити іншу людину (бажання щодо себе – wish towards the self, WS) та бажання отримувати любов іншої людини (бажання щодо іншого – wish towards the other, WO). Таким чином, у системі ЦТКС-ЛУ замість трьох основних компонентів – W, RO та RS, з'являються чотири – WS, WO, RO та RS. Векторність у новій системі може визначатися в усіх чотирьох компонентах за напрямками щодо себе та щодо іншої особи. Наприклад, у компоненті бажань це виглядає наступним чином: «хочу любити себе» – WSS; «хочу любити іншого» – WSO; «хочу, щоб інший любив мене» – WOS; «хочу, щоб інший любив когось іншого» – WOO. У компоненті реакцій інших осіб векторність позначатиметься так: «інший любить мене» – ROS; «інший любить когось іншого» – ROO. У компоненті власних реакцій: «я люблю себе» – RSS; «я люблю іншого» – RSO. Таким чином, векторність може надавати одній і тій самій категорії до восьми смислових значень, у той час як у попередніх системах категорій для кожного з таких значень використовувалася окрема категорія.

Після завершення роботи нова система категорій набула наступного вигляду: на найвищому рівні розташовано 13 кластерних категорій, кожній з яких призначено літеру латинського алфавіту від A до M, причому перші 4 кластери – A, B, C та D – об'єднані у групу «гармонійні», а наступні 9 – E, F, G, H, I, J, K, L та M – у групу «дисгармонійні». Кожен із кластерів найвищого рівня, у свою чергу, поділяється на кілька підкластерів середнього рівня; усього на середньому рівні міститься 30 категорій, які також включають у себе об'єднані за змістом підкатегорії, яких на найнижчому рівні є 119. Кожну з категорій на будь-якому ієрархічному рівні тепер можна використовувати для позначення будь-якого з трьох компонентів ЦТКС, на відміну від класичної системи стандартних категорій, у якій для кожного компонента, – W, RO та RS – призначені окремі кластери категорій. Ієрархічна структура дозволяє швидко та легко обрати необхідну категорію з відповідного кластера, не перераховуючи увесь список категорій.

Робота над створенням нової системи категорій ЦТКС тривала три роки, і вже у 2002 р. було опубліковано власне нову систему категорій, звіт про роботу над

нею та перші результати її застосування в емпіричних дослідженнях. Автори назвали нову систему категорій «ЦТКС-ЛУ» – на честь міст Лейпцига та Ульма, у яких її було створено, а також завдяки її «логічній уніфікованості». Того ж самого року було розпочато міжнародну співпрацю з колегами з різних країн з метою перекладу ЦТКС-ЛУ різними мовами та випробування застосування її перекладених версій. У 2002 р. було здійснено перший переклад системи категорій ЦТКС-ЛУ українською мовою (табл. 1) [16].

Від самого моменту створення системи категорій ЦТКС-ЛУ триває робота над її удосконаленням. До основних змін, впроваджених у систему, слід віднести введення шістьох нових вищих кластерів: α – люблячий (охоплює кластери A, B та C); β – сильний (кластер D); γ – слабкий (кластери E, F та G); δ – неприємний (H, I та J); ϵ – войовничий (кластери K та L); ζ – відсторонений (кластер M). Окрім цього, деякі категорії у нижчих кластерах були переформульовані з метою уточнення або ж уникнення однакових категорій найнижчого рівня, які перебувають у двох різних кластерах. Наприклад, формулювання «приймати» у попередньому варіанті системи зустрічалося двічі: у категоріях A21 та C11. У новому варіанті системи це формулювання залишилося лише в A21, а у C11 було вилучене. Аналогічним чином було вилучено чи замінено усі дослівні повторення формулювань у різних кластерах. Внесення таких змін додає достовірності при порівнянні результатів ЦТКС, отриманих різними дослідниками, адже обираючи стандартних категорій з різних кластерів, хоча й ідентичних за формулюванням, могло збільшувати розбіжності між даними дослідників. Інші нововведені формулювання категорій переважно стосуються впровадження кількох нових формулювань, уточнених та синонімічних значень, а також смислових відтінків певних понять, що також має на меті знизити рівень узагальнень та підвищити узгодженість результатів різних дослідників. У сучасному зміненому варіанті системи категорій ЦТКС-ЛУ на усіх рівнях нараховують 171 категорію (у виданні 2002 р. – 162 категорії).

Результати та їх обговорення

Основний матеріал нашого дослідження склали аудіо-записи напівструктурованих RAP-інтерв'ю, присвячених стосункам пацієнтів з важливими для них особами. Пацієнтам було призначено стаціонарну психодинамічну психотерапію (10 сеансів); перше інтерв'ю було заплановане перед початком курсу психотерапії, а друге – після його закінчення. Кожне інтерв'ю складалося з 10 епізодів стосунків, які містили згадані вище компоненти W, RO та RS. Набір пацієнтів у дослідження проводили доти, доки не було набрано групу з 30 пацієнтів, які завершили курс психотерапевтичного лікування та взяли участь у двох RAP-інтерв'ю. Поряд з основною групою 1 (N=30), до якої увійшли пацієнти, що завершили курс психотерапії, у дослідженні було виділено також групу 2 (N=21), яка складалася з пацієнтів, які пройшли вихідне інтерв'ю, розпочали курс психотерапії, однак з різних причин не завершили його.

Підготування отриманого нами матеріалу дослідження до застосування методики ЦТКС складалося з наступних етапів:

1. Прослуховування аудіозаписів напівструктурованих RAP-інтерв'ю та складання їх дослівних протоколів;

2. Прочитання протоколів та визначення у них повних епізодів стосунків між пацієнтом та іншою важливою особою, нумерація епізодів;

3. Прочитання епізодів стосунків та пошук у них основних компонентів – бажань, реакцій інших осіб та власних реакцій;

4. Підготування трьох стандартних форм для внесення даних, отриманих з інтерв'ю. На кожній з форм вказано порядковий номер пацієнта, прізвище дослідника, номер інтерв'ю, кількість епізодів стосунків у даному інтерв'ю,

а також особу, з якою у пацієнта відбувся даний епізод стосунків;

5. Означення компонентів епізодів стосунків за допомогою індивідуальних категорій (власних слів пацієнта або власних формулювань дослідника);

6. Перенесення усіх компонентів стосунків, сформульованих у вигляді індивідуальних категорій, з протоколу інтерв'ю на спеціальну форму 1 з указуванням номера епізоду стосунків та іншої особи – учасника стосунків;

7. Перенесення усіх компонентів стосунків (окремо компонентів W, RO та RS, причому кожна з груп реакцій поділяється на дві підгрупи – негативні та позитивні

Таблиця 1. Предикати переформульованої системи категорій ЦТКС-ЛУ (переклад О. О. Фільц, О. Л. Лизак)

гармонійні	α люблячий	А. Приділяти увагу	A1. досліджувати, захоплюватися	A11 бути допитливим, бути зацікавленим, досліджувати, бути діяльним, мати мотивацію, бути відкритим A12 виділятися, шукати, вступатися за щось A13 вважати спроможним A14 захоплюватися, бути враженим A15 бути повним ентузіазму, бути зачарованим A16 ідентифікувати (назвати) себе, бути як інші
			A2. приймати, розуміти	A21 приймати, поважати, ставитися серйозно A22 давати свободу, незалежність, бути уважним, залишати в спокої A23 наблизитися, помічати, виявляти зацікавлення, слухати, вибачати (виправдовувати) A24 розпізнавати почуття, приймати (допускати до себе) почуття, бути чутливим A25 жаліти, бути зворушеним, бути схвилюваним A26 розуміти A27 пробачати, миритися
		В. Підтримувати	B1. пояснювати, підтверджувати	B11 пояснювати, повідомляти, стверджувати, виражати, переконувати B12 підтримувати когось, хвалити, погоджуватися, надихати, заохочувати
			B2. допомагати	B21 оберігати B22 бути щедрим, балувати, надавати перевагу B23 допомагати, ставати на чийсь сторону
		С. Любити, почуватися добре	C1. бути близьким	C11 бути близьким, приймати, бути в тісних стосунках, піклуватися, бути добрим, бути люблячим, бути щирим C12 втішати, заспокоювати C13 вподобати когось, подобатися комусь, бути приємним, мати друзів, порозуміватися
			C2. кохати	C21 закохуватися, бути привабливим C22 любити, кохати C23 мати дітей, мати стосунки
			C3. бути впевненим, задоволеним, отримувати насолоду	C31 довіряти, бути певним, вірити, бути впевненим, бути переконаним, чутися у безпеці C32 відчувати полегшення C33 розслабитися, бути спонтанним, мати поле для розвитку, бути щасливим, чутися добре, насолоджуватися, веселитися C34 радіти, бути (приємно) здивованим, бути задоволеним
			C4. бути статево активним	C41 бути романтичним C42 загравати, фліртувати C43 торкатися, цілувати, обніматися, виявляти ніжність C44 жадати, збуджуватися, хотіти, бути статево привабливим C45 кохатися, піддаватися інстинктам, мати статево силу (потенцію), бути пристрасним, бути сексуально досвідченим
			C5. бути здоровим, жити	C51 бути здоровим C52 жити
		D. Бути незалежним	D1. бути внутрішньо сильним	D11 бути вдячним D12 бути терпимим, охоче йти на компроміс D13 бути уважним до інших, бути ввічливим, бути поміркованим, бути скромним D14 бути спокійним, бути терплячим D15 знести, витримати, стерпіти, впоратися (дати собі раду), долати D16 бути вартим довіри, бути чесним (щирим — нім.), бути надійним, бути вірним, ставитися справедливо, бути коректним D17 мати здоровий глузд, бути конструктивним (творчим) D18 мати відповідальність (обов'язок)
			D2. пишатися, бути самостійним	D21 бути сильним, бути кращим, бути важливим, бути відважним, приймати рішення D22 бути спроможним, бути досвідченим, бути успішним, пишатися D23 бути честюлюбним, бути сумлінним D24 подавати приклад, бути бездоганним D25 бути незалежним, бути самодостатнім (самостійним) D26 бути впевненим у собі, довіряти собі, вірити в себе D27 мати самоконтроль, бути глибокодумним, бути скептичним, бути самокритичним D28 змінюватися, розвиватися, удосконалюватися

Продовження таблиці 1

дисгармонійні	у слабкий	E. Бути пригніченим, здаватися на милість	E1. бути розчарованим	E11 бути нещасним, бути пригніченим, бути розчарованим E12 впадати у відчай, страждати, сумувати (бути в горі)
			E2. здаватися на милість чогось	E21 кидати щось, відмовлятися (здаватися на милість) E22 бути байдужим, +нудитися, бути апатичним, бути повільним
		F. Бути невдово- леним, боятися	F1. відчувати вину, сором, бути невдоволеним	F11 відчувати вину, шкодувати F12 соромити себе F13 почуватися недобре, почуватися невдоволеним F14 почуватися розчарованим у сподіваннях
			F2. боятися, тривожитися	F21 тривожитися, боятися, непокоїтися, уникати, бути боягузливим F22 бути невпевненим, заплутуватися (розгублюватися), бути нерішучим F23 хвилюватися, впадати в істеріку, бути напруженим, бути нестриманим F24 бути шокованим, бути введеним з рівноваги, почуватися спійманим на гарячому
		G. Бути керованим іншими	G1. бути залежним	G11 бути самотнім, сумувати за кимсь, бути самотнім G12 бути залежним, триматися за когось G13 не бути самодостатнім, бути непевним себе G14 бути пасивним, сумніватися, застигати в розв'язку, бути бездіяльним, ставати гіршим (деградувати)
			G2. бути слабким	G21 бути слабким, бути безпорадним, бути безправним, бути кинутим напризволяще, бути незахищеним, бути гіршим, бути травмованим G22 бути неспроможним, бути недосвідченим G23 розчаровувати когось, бути перенапруженим, терпіти невдачу G24 бути нікчемним (маловартісним), бути неважливим, бути стримуваним (обмежуваним), бути гидким G25 бути поміркованим (через слабкість)
	в неприємний	H. Сердитися, бути неприваб- ливим	H1. відчувати огиду, сердитися, дратуватися	H11 відчувати огиду H12 відчувати презирство (зневажати) H13 ревнувати, заздрити H14 почуватися скривдженим, бути ображеним H15 не любити, або ставитися з неприязню H16 сердитися, бути розлюченим, бути розстроєним чимось H17 ненавидіти
			H2. не подобатися іншим	H21 бути обуреним, бути нетерплячим H22 бути скупим H23 бути непривабливим, не подобатися іншим, бути нецікавим H24 бути неприхильним, бути невдячним, бути невірливим
		I. Бути ненадійним	I1. нехтувати	I11 бути нечутливим, не мати розуміння, бути деструктивним, бути нерозумним, бути нестриманим (неконтрольованим) I12 нехтувати, кидати напризволяще, бути поверхневим, бути безвідповідальним, бути безсердечним, бути ледачим
			I2. бути егоцентричним	I21 бути самовдово-леним, бути некритичним I22 бути неправдивим, бути несправедливим I23 бути егоїстичним, думати лише про себе, бути жадібним
		J. Відкидати	J1. ігнорувати, дорікати	J11 позбавляти впевненості, засмучувати, знецінювати, бути незацікавленим, ігнорувати J12 засуджувати, дорікати, звинувачувати
			J2. протистояти, критикувати	J21 протистояти, змагатися, бути впертим, сперечатися J22 відхиляти, виключати, критикувати, натякати, відкидати, судити, докоряти
	в бойовничий	K. Панувати	K1. бути поганим	K11 бути поганим, експлуатувати, обдурювати, зраджувати, заперечувати (відрікатися), красти (відбирати) K12 запобігати, плести інтриги, обманювати (дурити)
			K2. підпорядковувати	K21 доручати (зобов'язувати), призначати (вказувати), впливати, чинити тиск, вимагати, змушувати щось робити K22 панувати, виявляти претензії, пригнічувати, принижувати, підпорядковувати, викликати незручності, контролювати, випробовувати когось, бути строгим
		L. Дратувати нападати	L1. дратувати когось	L11 кривдити, ображати, встидати (приводити в замішання), висміювати, принижувати L12 зловтішатися, бути цинічним, насміхатися з когось L13 дратувати, переслідувати, пригнічувати (забороняти), обтяжувати, турбувати L14 заважати, відволікати
			L2. нападати	L21 лякати, погрожувати, нападати, провокувати L22 мучити, ранили (тілесно), бути ворожим, нищити L23 карати, мститися, руйнувати, виявляти насильство L24 жорстоко поводитися, гвалтувати
		M. Усуватися	M1. відступати, бути стриманим	M11 залишати, віддалятися, відмежовуватися M12 тримати дистанцію, усуватися, відступати M13 бути недовірливим M14 уникати конфліктів, пристосовуватися, прислужуватися, піддаватися, бути покірним M15 бути замкнутим (відстороненим), мовчати M16 бути стриманим, бути несміливим M17 бути настирливим M18 не мати дітей, не мати стосунків
			M2. бути сексуально неактивним	M21 не мати бажання, підкорятися M22 бути сексуально пригніченим, не збуджуватися, бути безсильним (не мати потенції) M23 бути сексуально недосвідченим
			M3. бути хворим	M31 бути виснаженим, бути втомленим M32 мати прояви хвороби (симптоми) M33 бути фізично хворим, бути психічно хворим M34 помирати, вбивати себе

реакції: NRO, PRO, NRS та PRS) на форму 2. Компоненти стосунків надалі подані у вигляді індивідуальних категорій; після кожного з компонентів указуються номери епізодів стосунків, у яких він зустрічається;

8. Для усіх компонентів з форми 2 у системі категорій ЦТКС-ЛУ підбирають по 2 стандартні категорії – категорію першого вибору (найвідповіднішу) та категорію другого вибору (яка також підходить за змістом, але менше за першу);

9. Обидві стандартні категорії переносяться на форму 3, на якій послідовно вказуються категорії, підібрані для усіх компонентів бажань з усіх епізодів стосунків даного інтерв'ю, а також усіх компонентів негативних та позитивних RO та негативних та позитивних RS. Після кожних двох стандартних категорій першого і другого вибору вказують номери та кількість епізодів стосунків, у яких вони зустрічаються.

10. Дані з форми 3 вносяться у комп'ютерну базу даних, яка складається з наступних граф: порядковий номер пацієнта; номер групи дослідження (1 або 2); стать пацієнта (1 – чоловіча, 2 – жіноча); компонент стосунків (WS, WO, NRO, PRO, NRS, PRS); хто був іншою особою у даному епізоді; шифр категорії ЦТКС-ЛУ найнижчого регістру (від A11 до M34) першого вибору та її формулювання; шифр категорії ЦТКС-ЛУ найнижчого регістру (від A11 до M34) другого вибору та її формулювання; номери епізодів стосунків, у яких виявлені вказані компоненти стосунків.

Оскільки у даній публікації неможливо використати для прикладу оригінальний матеріал дослідження через його конфіденційність, основні етапи роботи з виділення та сортування компонентів ЦТКС зображено нижче на прикладі уривків із роману Гарпер Лі «Вбити пересмішника». Саме у такий спосіб оцінюються протоколи як вихідних, так і завершальних інтерв'ю, після чого порівнюють отримані та виділені патерни міжособистісних стосунків до та після психотерапії.

Епізод 1

– Так, мем, і вона пообіцяла, що я можу прийти до неї в гості. Атикусе, можна я піду наступної неділі (WS), ну, будь-ласка!..

– І думати не смій! (RO)

Це сказала тітка Александра. Я різко крутнулася від несподіванки (RS), потім обернулася до Атикуса, помітила його гострий погляд, кинутий на тітку, але було вже запізно.

– Я не вас питала! – крикнула я (RS).

Епізод 2

– Але я хочу дружити з Волтером (WS), тітонько, чому ж мені не можна? [...]

– Я скажу тобі чому. Тому – що – він – бидло, ось чому тобі не можна з ним дружити. Я не потерплю його поруч із тобою (RO), щоб ти підхоплювала його звички і вчилася казна-чому. Ти і так чималенька проблема для свого батька (RO).

Не знаю, що б я робила, якби мене не втримав Джем. Він схопив мене за плечі, обняв і повів до своєї спальні, а я ридала від люті (RS) [17].

У таблицях 2–4 наведено приклад заповнених форм 1, 2 та 3 після опрацювання двох наведених епізодів стосунків.

Таблиця 2. Показники ЦТКС для кожного епізоду стосунків, індивідуальні категорії (форма 1)

RE №	W(S)	RO	RS
1 тітка	Піти в гості, дружити	«І думати не смій»	Не сподівалася Розсердилася
2 тітка	дружити	Не потерпить його поруч з нею Вважає її проблемою	Ридала від люті

Таблиця 3. Показники ЦТКС, індивідуальні категорії: підсумки по епізодах стосунків (форма 2)

W (S) (RE №)	RO (RE №)	RS (RE №)
Дружити (1, 2)	Забороняє (1, 2) Вважає її проблемою (2)	Не сподівалася (1) Розсердилася, люті (1, 2)

Таблиця 4. Підсумки ЦТКС: стандартні категорії ЦТКС-ЛУ (форма 3)

Номер категорії ЦТКС-ЛУ		RE №	Частота у REs (лише для 1 вибору)
1 вибір	2 вибір		
Бажання (WS): C13 мати друзів	C11 приймати	1, 2	2
Негативні RO: L13 забороняти J12 дорікати	K22 підпорядковувати J22 критикувати	1, 2 2	2 1
Позитивні RO: ---	---	---	---
Негативні RS: F24 бути шокованим H16 бути розлюченим	F22 розгублюватися H21 бути обуреним	1 1, 2	1 2
Позитивні RS: ---	---	---	---

Результати та їх обговорення

Загальна кількість пацієнтів, включених у дослідження із застосування методу ЦТКС-ЛУ – 51 (30 пацієнтів у групі 1 та 21 – у групі 2). На етапі t1, до терапії, було опрацьовано 51 інтерв'ю; на етапі t2, після терапії, – 30 інтерв'ю (з них 29 виявилися придатними для дослідження). Отже, матеріал дослідження склали дослівні протоколи 80 інтерв'ю. Після аналізу на предмет компонентів стосунків з використанням системи категорій ЦТКС-ЛУ у 80 інтерв'ю було знайдено 5 365 елементів стосунків (бажання та реакції). Для кожного з компонентів було визначено по два найвідповідніших формулювання з каталогу стандартних категорій (від A11 до M34).

У таблиці 5 наведено кількісні показники (в абсолютних числах) компонентів стосунків, виявлених у протоколах інтерв'ю та позначених стандартними категоріями ЦТКС.

Весь аналіз даних проводився окремо для чотирьох компонентів – WO, WS, RO, RS.

Таблиця 5. Категорії ЦТКС-ЛУ у текстовому тілі дослідження

	t1	t2	Всього
WO	528	208	736
WS	772	534	1306
RO	2868	1492	4360
RS	2838	1490	4328
Всього	7006	3724	10730

Примітки: 1. t1 – перед початком психотерапії; 2. t2 – після закінчення психотерапії.

У матеріалі дослідження після виділення епізодів стосунків та їхніх компонентів виявилося 10 730 компонентів ЦТКС-ЛУ. Така кількість виділених категорій є достатньою для достовірного статистичного його опрацювання.

Таблиця 6. Бажання пацієнтів щодо інших осіб та щодо себе до терапії (n=51)

		WO	n=49	WS	n=50
		m	s	m	s
HAR	гармонійні	97.84	7.66	83.38	16.33

Примітки: 1. m – середня відносна частота (у відсотках); 2. s – стандартне відхилення.

Як бачимо з таблиці 6, у протоколах виявлено переважно більшість гармонійних бажань пацієнтів (97,84 % для WO та 83,38 % для WS). Такі результати узгоджуються з результатами інших досліджень з використанням методу ЦТКС.

Як видно з таблиці 7, у процесі психотерапії було виявлено зростання відносних частот позитивних реакцій інших осіб (з 28,62 % до терапії до 44,52 % після терапії) та позитивних власних реакцій (з 24,05 % до терапії до 44,30 % після терапії) в епізодах стосунків, що вказує на покращення патернів міжособистісних стосунків у процесі психотерапії.

Висновки

1. Україномовна версія системи категорій ЦТКС-ЛУ може бути застосована для оцінки матеріалу клінічних інтерв'ю, що містять епізоди стосунків.

2. Бази даних дослідження, яка містить понад 10 000 компонентів епізодів стосунків, повністю достатньо для надійного статистичного аналізу даних. Це особливо справджується для реакцій інших осіб та власних реакцій (RO та RS).

3. Висока частота гармонійних бажань у протоколах інтерв'ю (97,84 % для WO та 83,38 % для WS) перебуває у відповідності з результатами інших досліджень з використанням методу ЦТКС.

4. Під час короткофокусної стаціонарної психодинамічної психотерапії патерни міжособистісних стосунків пацієнтів покращуються, що виражається у зростанні відносних частот позитивних реакцій інших осіб та позитивних власних реакцій пацієнтів (з 28,62 % до 44,52 % та з 24,05 % до 44,30 % відповідно) після проведеної психотерапії.

У наступних публікаціях буде подано характеристику патернів стосунків пацієнтів – учасників дослідження та порівняльний аналіз центральних тем конфліктних стосунків до та після терапії.

Список використаної літератури

1. Можливості та перспективи методу центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС) у психотерапевтичних дослідженнях / К. Албані, М. Гайєр, Д. Покорні, Г. Кехеле // Форум психіатрії та психотерапії. – 2004. – Т. 5. – С. 41–52.
2. Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence / R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele, Eds. – New York: Humana Press, 2012. – 646 p.
3. Changes in rigidity and symptoms among adolescents in psychodynamic psychotherapy / D. A. Slonim, G. Shefler, S. D. Gvirsman, O. Tishby // Psychother. Res. – 2011. – Vol. 21, № 6. – P. 685–697.
4. Jarry J. L. Core conflictual relationship theme – guided psychotherapy: Initial effectiveness study of a 16-session manualized approach in a sample of six patients / J. L. Jarry // Psychol Psychother. – 2010. – Vol. 83, № 4. – P. 385–394.
5. The effect of brief core conflictual relationship theme (CCRT) psychoanalytic psychotherapy in improvement of gastrointestinal symptoms and conflict resolution styles in patients with functional dyspepsia / M. Faramarzi, P. Azadfallah, H. E. Book [et al.] // Journal of Clinical Psychology. – 2012. – Vol. 3, № 4 (12). – P. 1–13.
6. Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Categories: the CCRT-LU Category System / H. Kächele, C. Albani, D. Pokorny [et al.] // Psychother. Research. – 2002. – Vol. 12, issue 3. – P. 319–338.
7. Фільц О. О. Метод центральної теми конфліктного стосунку як метод доказового вивчення ефективності психотерапії / О. О. Фільц, О. Л. Лизак // Архів психіатрії. – 2010. – Т. 3–4. – С. 73–76.
8. Лизак О. Л. Застосування методу RAP-інтерв'ю для оцінки конфліктних стосунків пацієнтів у психотерапії / О. Л. Лизак, О. О. Фільц. // Психічне здоров'я. – 2012. – № 1 (34). – С. 69–74.
9. Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / L. Luborsky, P. Crits-Christoph. – 2nd Edition [Rev. and expanded]. – Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. – 379 p.
10. Coder agreement using the German edition of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews / B. Zander, M. Strack, M. Cierpka [et al.] // Psychotherapy Research. – 1995. – Vol. 5, issue 3. – P. 231–236.
11. Luborsky L. A novel CCRT reliability study: Reply to Zander et al. / L. Luborsky, L. Digue // Psychotherapy Research. – 1995. – Vol. 5, issue 3. – P. 237–241.
12. Benjamin L. S. Structural analysis of social behavior / L. S. Benjamin // Psychol. Bulletin. – 1974. – Vol. 81, no. 5. – P. 392–425. Режим доступу: <http://web.comhem.se/u22779327/14/Benjamin74.pdf> (дата звернення: 27.11.2016).
13. Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment / J. Bowlby. – New York: Basic Books, 1969. – Vol. 1.
14. Bowlby J. Attachment and Loss: Separation / J. Bowlby. – New York: Basic Books, 1973. – Vol. 2.
15. Bowlby J. Attachment and Loss: Loss, sadness and depression / J. Bowlby. – New York: Basic Books, 1980. – Vol. 3.
16. Фільц О. О. Метод теми центрального конфлікту стосунків (інформаційне повідомлення) / О. О. Фільц, О. Л. Лизак // Форум психіатрії та психотерапії. – 2003. – Т. 4. – С. 14–15.
17. Лі Г. Вбити пересмішника: [роман] / Гарпер Лі; пер. з англ. Тетяни Некряч. – К.: Видавнича група КМ -БУКС, 2015. – 384 с.

References

1. Albani, C., Geyer, M., Pokorny, D., & Kächele, H. (2004). Mozhlyvosti ta perspektivy metodu tsentralnoi temy konfliktnykh stosunkiv (TsTKS) u psykhoterapevtychnykh doslidzhenniakh [Perspectives of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method in psychotherapy research]. *Forum psykhiiatrii ta psykhoterapii – Forum of Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 5, pp. 41–52.
2. Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (Eds.). (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York: Humana Press, 646 p.
3. Slonim, D. A., Shefler, G., Gvirsman, S. D., & Tishby, O. (2011). Changes in rigidity and symptoms among adolescents in psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, vol. 21, issue 6, pp. 685–697. DOI: 10.1080/10503307.2011.602753

Таблиця 7. Зміни у реакціях інших осіб та власних реакціях до та після психотерапії

		n=29								
	CCRT-LU	Показник позитивності RO та RS	m ₁	s ₁	m ₂	s ₂	d	t28	p	
↗	RO-POS	позитивний	28.62	18.67	44.52	21.48	+7.9	+4.130	.000148	***
↘	RO-NEG	негативний	71.38	18.67	55.48	21.48	–7.9	–4.130		
↗	RS-POS	позитивний	24.05	12.30	44.30	16.18	+1.41	+5.204	.000008	***
↘	RS-NEG	негативний	75.95	12.30	55.70	16.18	–1.41	–5.204		

Примітки: 1. m₁, s₁ ... середні величини та стандартні відхилення відносних частот до терапії (t1); 2. m₂, s₂ ... середні величини та стандартні відхилення відносних частот після терапії (t2); 3. d ... величина ефекту Когена: $d = (m_2 - m_1) / \sqrt{((s_1^2 + s_2^2) / 2)}$; 4. t₂₈ ... t-статистика для 29 спарених спостережень; 5. p ... * ... p ≤ .05, ** ... p ≤ .01, *** ... p ≤ .001.

4. Jarry, J. L. (2010). Core conflictual relationship theme – guided psychotherapy: Initial effectiveness study of a 16-session manualized approach in a sample of six patients. *Psychology and Psychotherapy*, vol. 83, issue 4, pp. 385–394. DOI: 10.1348/147608310X486093.
5. Faramarzi, M., Azadfallah, P., Book, H. E., Rasoolzadeh Tabatabaie, K., & Shokry Shirvani, J. (2012). The effect of brief core conflictual relationship theme (CCRT) psychoanalytic psychotherapy in improvement of gastrointestinal symptoms and conflict resolution styles in patients with functional dyspepsia. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 3, no. 4 (12), pp. 1–13.
6. Kächele, H., Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grueninger, S., König, S., ... Geyer, M. (2002). Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Categories: the CCRT-LU Category System. *Psychotherapy Research*, vol. 12, issue 3, pp. 319–338. DOI: 10.1093/ptr/12.3.319.
7. Filts, O.O., & Lyzak, O. L. (2010). Metod tsentralnoi temy konfliktnoho stosunku yak metod dokazovoho vyvchennia efektyvnosti psykhoterapii [Method of central theme of conflict attitude as approval research of psychotherapy effectiveness]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 16, no. 4 (63), pp. 73–76. (In Ukrainian).
8. Lyzak, O. L., & Filts, O.O. (2012). Zastosuvannya metodu RAP-interv'iu dlia otsinky konfliktnykh stosunkiv patsientiv u psykhoterapii [The use of RAP-interview technique for assessment of conflictual relationships of patients in psychotherapy]. *Psykhychnye zdorov'ia – Mental Health*, issue 1 (34), pp. 69–74. (In Ukrainian).
9. Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method. (2nd ed.). Washington, D.C.: American Psychological Association, 379 p.
10. Zander, B., Strack, M., Cierpka, M., Reich, G., & Staats, H. (1995). Coder agreement using the German edition of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews. *Psychotherapy Research*, vol. 5, issue 3, pp. 231–236. DOI: 10.1080/10503309512331331336.
11. Luborsky, L., & Diguier, L. (1995). A novel CCRT reliability study: Reply to Zander et al. *Psychotherapy Research*, vol. 5, issue 3, pp. 237–241. DOI: 10.1080/10503309512331331336.
12. Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Bulletin*, vol. 81, no. 5, pp. 392–425. Retrieved from: <http://web.comhem.se/u22779327/14/Benjamin74.pdf> (accessed 27.11.2016).
13. Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss: Attachment (Vol. 1). New York: Basic Books.
14. Bowlby, J. (1973). Attachment and Loss: Separation (Vol. 2). New York: Basic Books.
15. Bowlby, J. (1980). Attachment and Loss: Loss, sadness and depression (Vol. 3). New York: Basic Books.
16. Filts, O.O., & Lyzak, O. L. (2003). Metod temy tsentralnoho konfliktu stosunkiv (informatsiine povidomlennia) [The Core Conflictual Relationship Theme Method (informational communication)]. *Forum psykhiatrii ta psykhoterapii – Forum of Psychiatry and Psychotherapy*, vol. 4, pp. 14–15.
17. Lee, H. (1960, 1988). To kill a mockingbird. Philadelphia and New York: J. B. Lippincott Company (Ukrainian ed.: Nekriach T. (2015). Vbyty peresmishnyka. Kyiv: Vydavnycha hrupa KM-BUKS, 384 p.).

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УКРАИНОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ СИСТЕМЫ СТАНДАРТНЫХ КАТЕГОРИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ТЕМЫ КОНФЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ (ЦТКО-ЛУ) ДЛЯ ОЦЕНКИ ПАТТЕРНОВ ОТНОШЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

О. Л. Лизак

Актуальность. В исследованиях эффективности психотерапии, проводимых в Украине, необходимо уделять больше внимания межличностным отношениям и изменениям в результате терапии, а также изучению самого процесса и содержания психотерапии.

Цель – исследование паттернов межличностных отношений пациентов, проходивших короткофокусную стационарную психотерапию, с использованием украиноязычной версии метода центральной темы конфликтных отношений (ЦТКО-ЛУ).

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты (N=51) с невротическими и пограничными расстройствами, проходившие короткофокусную (10 сеансов) стационарную психотерапию. Перед началом и после окончания курса терапии с пациентами проводили полуструктурированное интервью, включающее 10 нарративов об эпизодах отношений с важными для них людьми. Эпизоды содержали три компонента: желания, потребности или намерения относительно других людей; ответные реакции других; собственные ответные реакции пациента. В группу 1 вошли 30 пациентов, завершивших курс психотерапии и принявших участие в двух интервью. В группу 2 (N=21) – пациенты, по разным причинам не завершившие психотерапии и принявшие участие только в первом интервью. Все интервью были записаны на аудиосистему; по записям составлены дословные протоколы, в которых были определены эпизоды отношений; в последних были выделены три основных компонента и переведены в стандартные категории системы категорий ЦТКО-ЛУ. Полученные данные были внесены в компьютерную базу, после чего было подсчитано количество стандартных категорий в эпизодах отношений.

Результаты. На этапе до терапии обработано 51 интервью; на этапе после терапии – 30 (из них 29 пригодны для исследования). В 80 интервью обнаружено 5365 компонентов отношений, для каждого из которых было определено по две формулировки из каталога 120 стандартных категорий, всего – 10 730 компонентов ЦТКО-ЛУ.

Выводы. Украиноязычная версия системы категорий ЦТКО-ЛУ может быть использована для оценки материала клинических интервью, содержащих эпизоды отношений; базы данных свыше 10 000 компонентов полностью достаточно для надежного статистического анализа данных.

Ключевые слова: центральная тема конфликтных отношений, стационарная психотерапия.

USING THE UKRAINIAN VERSION OF THE ALTERNATIVE SYSTEM OF THE STANDARD CATEGORIES OF THE CORE CONFLICTUAL RELATIONSHIP THEME (CCRT-LU) FOR EVALUATION OF RELATIONSHIP PATTERNS OF INPATIENTS DURING PSYCHOTHERAPY

O. L. Lyzak

Background. In studies of the effectiveness of psychotherapy carried out in Ukraine should pay more attention to interpersonal relationships and their changes as a result of therapy, as well as to the process and content of psychotherapy.

Objective. Exploring patterns of interpersonal relationships in patients undergoing short-term inpatient psychotherapy using the Ukrainian version of the Core Conflictual Relationship theme (CCRT-LU).

Materials and methods. The study included 51 patients with neurotic and borderline mental disorders who underwent short-term (10 sessions) inpatient psychotherapy. Before the start and after the end of the therapy the patients participated in a semi-structured interview including 10 narratives about relationship episodes with important people in the patients' lives. Each episode contained three components: wishes, needs and intentions of the patients towards other people; responses of others to these wishes; responses of the self to the responses of others. Group 1 of the study included 30 patients who completed the course of psychotherapy and participated in two interviews. Group 2 included patients (N=21) who failed to complete the course of psychotherapy for various reasons and participated only in the first interview. All interviews were recorded and transcribed; in the transcripts, relationship episodes were selected. In each episode, the main three components were identified and translated into standard categories of the CCRT-LU category system. The obtained data was included in the computer database and the number of standard categories in the relationship episodes was calculated.

Results: 51 before-therapy interviews, and 30 after-therapy interviews were processed. Out of 39 after-therapy interviews, 29 were suitable for evaluation. In 80 interviews 5365 relationship components were found; for each of those, two best-fitting formulations were selected from the standard CCRT-LU 120-category list.

Conclusions: Ukrainian version of the CCRT-LU category system can be applied for evaluation of the clinical interviews material containing relationship episodes; the database of over 10 000 components is sufficient for reliable statistical analysis of the data.

Keywords: Core Conflictual Relationship theme, inpatient psychotherapy.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2016 р.

ЛИЗАК Оксана Любомирівна, лікар-психіатр, асистент кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: oklyzak@ukr.net

ЛИЗАК Оксана Любомирівна, врач-психиатр, ассистент кафедры психиатрии и психотерапии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета имени Даниила Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: oklyzak@ukr.net

LYZAK Oksana Lyubomyrivna, psychiatrist, Assistant of the Department of Psychiatry and Psychotherapy of the Faculty of Postgraduate Education of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: oklyzak@ukr.net

В. І. Пономарьов, О. В. Самойлова

ПОКАЗНИКИ РІВНІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ РИЗИКІВ У ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ
З ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

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

v.i.ponomaryov@mail.ru

Актуальність. Переживання людиною життєво небезпечних подій зрештою призводить до різних медичних та соціально-психологічних наслідків. Найвразливішою групою для дії психотравмуючої ситуації є діти.

Мета дослідження – виявити прояви суїцидальної поведінки, суїцидальні ризики й рівні сформованості суїцидальних намірів у дітей із сімей вимушених переселенців.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані 305 дітей та підлітків віком 7–18 років із сімей вимушених переселенців та 60 осіб контрольної групи, які перебували в умовах звичайної сім'ї. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, психодіагностичний, статистичний. Діагностику вираженості суїцидального ризику проводили з використанням «Шкали оцінки суїцидального ризику».

Результати. Констатовано наявність у обстежених дітей-переселенців бажання привернути увагу оточуючих до своєї проблеми, домогтися співчуття і розуміння (шкала демонстративності $34,66 \pm 0,14$); наявність домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем (шкала афективності $47,91 \pm 0,21$) з гострим уявленням будь-якої неспроможності (шкала неспроможності $34,73 \pm 0,18$) і проявами негативної концепції та ворожості навколишнього світу (шкала соціального песимізму $29,34 \pm 0,22$). Визначено низький рівень механізму пошуку культурних цінностей і нормативів (шкала зламу культурних бар'єрів $9,54 \pm 0,22$) з наявністю інфантильного максималізму ціннісних установок та афективної фіксації на будь-яких невдачах (шкала максималізму $26,69 \pm 0,21$) й неможливістю конструктивного планування свого майбутнього внаслідок трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок в майбутньому (шкала тимчасової перспективи $9,83 \pm 0,20$). Встановлено прямий середній рівень впливу на інтегральний тестовий показник виникнення суїцидального ризику соціального песимізму, зламу культурних бар'єрів, тимчасової перспективи та загального антисуїцидального фактора.

Висновки. Наявність суїцидальних ризиків й рівнів сформованості суїцидальних намірів у дітей із сімей вимушених переселенців, основні прояви суїцидальної поведінки, низький рівень антисуїцидального фактора у обстежених дітей вказує на необхідність психокорекційної роботи з цим контингентом дітей з боку психологів, реабілітологів та освітніх працівників.

Ключові слова:
суїцидальний ризик,
посттравматичний
стресовий розлад,
«Шкала оцінки
суїцидального
ризiku», діти із сімей
вимушених переселенців,
психотравмуючий
фактор.

Актуальність. Результати багатьох науково-дослідних праць переконливо вказують на те, що переживання людиною життєво небезпечних подій зрештою призводить до різних поганих медичних та соціально-психологічних наслідків [1, 2]. При розвитку таких ситуацій (найбільш травматичні з них – бойові події, терористичні акти, насилля над особистістю тощо) негативний психотравмуючий вплив отримує психічний стан здоров'я людини, рівень її якості життя та соціально-психологічне благополуччя [3, 4].

Симптоматична картина розвитку психопатології у осіб, які зазнавали дії вищезгаданих травматичних

подій, представлена досить великим розмаїттям різноманітних за своєю структурою розладів – від психологічних реакцій та хворобливих станів до клінічно виражених форм психопатології. Найбільше серед них поширені посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації (РА), які належать за кодуванням МКХ-10 до групи реакцій на тяжкий стрес та порушення адаптації (F43) [5–7]. ПТСР та РА є одними з найпоширеніших та найнесприятливіших проявів психопатологічних порушень у осіб, які перебували під дією ситуацій, що спричинили доволі значну психотравмуючу дію. При цьому найвразливішою групою для дії психотравмуючої

ситуації є діти. Неповна сформованість їх психіки, невисокий рівень вольового контролю емоційних реакцій викликають у них більш тяжку реакцію на дію вказаної ситуації, що спричиняє порушення сну, емоційно-вегетативні розлади, високу психічну напруженість, які зрештою призводять до таких проявів як стійке порушення поведінки, делінквентність поведінки, низьку успішність, конфліктність на усіх рівнях, порушення дисципліни тощо [8–11].

Мета дослідження – за допомогою «Шкали оцінки суїцидального ризику» встановити прояви суїцидальної поведінки, суїцидальні ризики й рівні сформованості суїцидальних намірів у обстежених дітей.

Матеріали та методи дослідження

Ми проаналізували дані 305 дітей та підлітків віком 7–18 років із сімей вимушених переселенців та 60 осіб контрольної групи, які перебували в умовах звичайної сім'ї.

Діагностику вираженості суїцидального ризику у обстежених дітей з ПТСР проводили за допомогою «Шкали оцінки суїцидального ризику» (ОСР). Ця експрес-методика дозволяє виявити ступінь наявності суїцидального ризику, а також продіагностувати рівень сформованості суїцидальних намірів з метою запобігання явним спробам суїциду.

Опитувальник (ОП) суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої включає в себе 29 питань [12]. Час тестування 10–15 хвилин. Оцінюється дев'ять субшкальних діагностичних концептів (демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, тимчасова перспектива, антисуїцидальний фактор), за кожним з яких підраховується сума позитивних відповідей. Отриманий бал урівнюється у своєму значенні з урахуванням присвоєного індексу. У результаті ми отримуємо загальний рівень сформованості суїцидальних намірів і наявність конкретних факторів суїцидального ризику. Остаточні результати тестування виражаються у відсотках і оцінюються наступним чином: 0 % – тенденція відсутня; 1–20 % – низький рівень суїцидального ризику; 21–40 % – знижений рівень суїцидального ризику; 41–60 % – середній рівень суїцидального ризику; 61–80 % – підвищений рівень суїцидального ризику; 81–100 % – високий рівень суїцидального ризику.

Результати та їх обговорення

При опрацюванні матеріалу встановлено, що загалом обстежені за показниками субшкали демонстративності ($34,66 \pm 0,14$ – знижений рівень) мали бажання привернути увагу оточуючих до свого лиха, домогтися співчуття і розуміння (табл. 1).

Така поведінка з зовнішньої позиції певною мірою оцінюється як «шантаж», тоді як зсередини демонстративна суїцидальна поведінка переживається як «крик про допомогу». У хлопчиків та дівчат показник демонстративності виявився майже однаковим – $34,57 \pm 0,22$ і $34,74 \pm 0,18$ відповідно; так само як і у міських ($34,43 \pm 0,21$) та сільських дітей ($34,88 \pm 0,19$). Діти віком 11–14 років більшою мірою схильні до демонстративнос-

ті ($35,03 \pm 0,23$), ніж 7–10-річні ($34,69 \pm 0,24$) та 15–18-річні ($34,08 \pm 0,25$).

За шкалою афективності в цілому обстежені діти-переселенці мали показник на рівні $47,91 \pm 0,21$ (середній рівень), що вказує на домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем та готовність реагування на дії психотравмуючої ситуації досить емоційно. Вищі результати за субшкалою «Афективність» були у міських дітей ($49,09 \pm 0,23$), порівняно з сільськими ($47,3 \pm 0,25$); у дітей віком 7–10 років ($48,72 \pm 0,29$) та 15–18 років ($48,13 \pm 0,33$) порівняно з 11–14-річними ($47,66 \pm 0,31$). При цьому встановлено практично однакові показники за субшкалою афективності серед хлопців ($48,2 \pm 0,25$) та дівчат ($48,16 \pm 0,25$).

Отримані дані за субшкалою унікальності (індекс $23,09 \pm 0,26$ – знижений рівень) свідчать про те, що діти – вимушені переселенці сприймають себе, психотравмуючу ситуацію, і, можливо, власне життя загалом як явище виняткове, не схоже на інше, яке передбачає виняткові варіанти виходу з різних ситуацій, аж до суїциду. Більш вираженими показники унікальності виявилися у дівчаток ($22,84 \pm 0,21$) та дітей віком 7–10 років ($22,72 \pm 0,27$), ніж у хлопців ($22,32 \pm 0,24$) та дітей віком 11–14 ($22,42 \pm 0,27$) і 15–18 років ($22,67 \pm 0,28$). Більш «винятковими» себе вважають діти із сільської місцевості ($22,81 \pm 0,22$), тоді як у міських дітей показник є меншим – $22,37 \pm 0,22$.

Загалом показник за субшкалою «Неспроможність» у обстежених дітей-переселенців був зниженим і сягав $34,73 \pm 0,18$ (вказує на їх гостре уявлення фізичної, інтелектуальної, моральної або іншої неспроможності, що має вихід у переконливому ствердженні «Я поганий»). Негативна концепція власної особистості майже однаково характерна як для хлопців ($34,97 \pm 0,20$), так і для дівчат ($34,93 \pm 0,21$). Також її виявлено у сільських ($34,99 \pm 0,20$) та міських ($34,9 \pm 0,21$) дітей. Підлітки віком 15–18 років демонструють свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність та «виключення» зі світу ($35,37 \pm 0,29$) частіше, ніж діти інших вікових груп.

Як свідчать дані, отримані за субшкалою «Соціальний песимізм» ($29,34 \pm 0,22$ – знижений рівень), у дітей із постраждалої групи домінує негативна концепція навколишнього світу. Вони сприймають навколишній світ як ворожий, який не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини стосунки з оточуючими. Їх поведінка підпорядкована вислову «Ви усі недостойні мене». Ці уявлення більшою мірою характерні для дітей, які мешкають в умовах міста ($29,59 \pm 0,30$), порівняно з сільськими дітьми ($28,82 \pm 0,31$), тоді як діти віком 11–14 та 15–18 років проявляють вказані тенденції практично в однаковій мірі – показники за субшкалою $29,02 \pm 0,36$ і $29,88 \pm 0,45$ відповідно. При цьому дослідженням встановлено, що до соціального песимізму практично в однаковій мірі схильні як хлопці ($29,0 \pm 0,32$), так і дівчата ($29,37 \pm 0,30$).

Найменші показники у дітей із сімей вимушених переселенців спостерігали за субшкалою «Злам культурних бар'єрів» ($9,54 \pm 0,22$ – низький рівень). Це означає, що у обстежених дітей-переселенців недостатньо високо розвинений механізм пошуку культурних цінностей і нормативів, що виправдовують їх суїцидальну поведінку або наявність запозичення суїцидальних моделей поведінки

Таблиця 1. Вираженість субшкальних діагностичних концептів у дітей із сімей вимушених переселенців і дітей зі звичайних сімей (X±m_p)

Групи дітей		Склад субшкальних діагностичних концептів (%)											
		Абс.	демонстративність	афективність	унікальність	неспроможність	соціальний песимізм	злам культурних бар'єрів	максималізм	тимчасова перспектива	антисуперданський фактор	інтегральний тестовий показник	
			P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p	P±m _p
І група (постраждалі)													
	Хлопчики	142	34,57±0,22	48,20±0,25	22,32±0,24	34,97±0,20	29,00±0,32	9,07±0,23	26,75±0,25	9,57±0,24	16,18±0,34	25,63±0,08	
	Дівчатка	163	34,74±0,18	48,16±0,25	22,84±0,21	34,93±0,21	29,37±0,30	9,19±0,21	27,06±0,25	9,46±0,20	16,55±0,27	25,80±0,08	
	Діти 7–10 років	114	34,69±0,24	48,72±0,29	22,72±0,27	34,68±0,23	28,91±0,36	8,91±0,25	26,80±0,27	9,71±0,26	16,56±0,36	25,79±0,09	
	Діти 11–14 років	113	35,03±0,23	47,66±0,31	22,42±0,27	34,92±0,24	29,02±0,36	9,54±0,27	26,85±0,30	9,44±0,25	16,14±0,35	25,66±0,09	
	Діти 15 – 18 років	78	34,08±0,25	48,13±0,33	22,67±0,28	35,37±0,29	29,88±0,45	8,87±0,29	27,18±0,36	9,32±0,32	16,45±0,45	25,72±0,11	
	Сільські діти	155	34,88±0,19	47,30±0,25	22,81±0,22	34,99±0,20	28,82±0,31	9,20±0,22	26,73±0,24	9,67±0,21	16,34±0,30	25,65±0,07	
	Міські діти	150	34,43±0,21	49,09±0,23	22,37±0,22	34,90±0,21	29,59±0,30	9,07±0,22	27,11±0,26	9,35±0,23	16,42±0,32	25,81±0,09	
	У цілому	305	34,66±0,14	47,91±0,21	23,09±0,26	34,73±0,18	29,34±0,22	9,54±0,22	26,69±0,21	9,83±0,20	16,34±0,22	25,54±0,10	
ІІ група (контрольна)													
	Хлопчики	30	10,03±0,37	12,50±0,37	7,96±0,36	9,700±0,41	5,66±0,24	2,10±0,16	11,33±0,45	1,93±0,14	52,23±0,64	12,53±0,12	
	Дівчатка	30	9,96±0,46	11,97±0,36	7,80±0,51	10,10±0,42	5,56±0,25	2,06±0,17	11,53±0,57	2,03±0,14	51,87±0,59	12,60±0,15	
	Діти 7–10 років	20	9,50±0,55	11,75±0,44	8,00±0,66	10,25±0,55	5,30±0,31	2,20±0,22	11,30±0,58	2,05±0,15	51,40±0,59	12,50±0,17	
	Діти 11–14 років	20	10,00±0,47	12,45±0,45	8,10±0,42	9,20±0,50	6,05±0,28	2,05±0,18	11,40±0,64	1,95±0,19	52,65±0,77	12,60±0,18	
	Діти 15 – 18 років	20	10,50±0,5	12,50±0,46	7,55±0,53	10,25±0,47	5,50±0,29	2,00±0,22	11,60±0,68	1,95±0,18	52,10±0,89	12,60±0,16	
	Сільські діти	30	10,27±0,44	12,13±0,36	7,70±0,49	9,36±0,43	5,30±0,19	2,10±0,18	11,33±0,51	1,83±0,14	52,27±0,62	12,43±0,15	
	Міські діти	30	10,500±0,5	12,50±0,46	7,55±0,53	10,25±0,47	5,50±0,29	2,00±0,22	11,60±0,68	1,95±0,18	52,10±0,89	12,60±0,16	
	У цілому	60	10,00±0,29	12,23±0,26	7,88±0,31	9,90±0,29	5,61±0,17	2,08±0,12	11,43±0,36	1,98±0,10	52,05±0,43	12,57±0,09	

з літератури і кіно. Вивчаючи гендерні особливості ми прийшли до висновку, що дівчата схильні до вищевказаного дещо більше ($9,19 \pm 0,21$), ніж хлопці ($9,07 \pm 0,23$); сільські діти ($9,20 \pm 0,22$) – більше, ніж міські ($9,07 \pm 0,22$) та діти віком 11–14 років ($9,54 \pm 0,27$) порівняно з 7–10-річними ($8,91 \pm 0,25$) та 15–18-річними ($8,87 \pm 0,29$).

За субшкалою максималізму у обстежених дітей – вимушених переселенців показник склав $26,69 \pm 0,21$ (знижений рівень). Цей рівень характеризує наявність у обстежених інфантильного максималізму ціннісних установок та афективної фіксації на будь-яких невдачах. Це більше виражено у дівчат ($27,06 \pm 0,25$), порівняно з хлопцями ($26,75 \pm 0,25$), та у сільських дітей ($26,73 \pm 0,24$), порівняно з міськими ($27,11 \pm 0,26$). Неможливість компенсації вищевказаного є головною ознакою для дітей віком 15–18 років ($27,18 \pm 0,36$).

Показники за субшкалою тимчасової перспективи загалом фіксувалися на невисоких рівнях і склали $9,83 \pm 0,20$, що вказує на наявність у дітей-переселенців неможливості конструктивного планування свого майбутнього внаслідок трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок у майбутньому. Хлопці неспроможні до конструктивного планування майбутнього ($9,57 \pm 0,24$) більшою мірою, ніж дівчата ($9,46 \pm 0,20$). Показник тимчасової перспективи виявився вищим у сільських дітей ($9,67 \pm 0,21$) та дітей віком 7–10 років ($9,71 \pm 0,26$).

Слід вказати, що навіть при досить високих показниках усіх інших субшкальних концептів, є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких та почуття обов'язку, уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичність та страх болю й фізичних страждань. У певному сенсі цей напрям є основою передумов для психокорекційної роботи з вказаним контингентом дітей. Загалом у обстежених він складає $16,34 \pm 0,22$, що відповідає низькому рівню. Дещо переважає показник антисуїцидального фактора у обстежених дівчаток ($16,55 \pm 0,27$), міських дітей ($16,42 \pm 0,32$) та дітей віком 7–10 років ($16,56 \pm 0,36$).

Загалом інтегральний тесовий показник суїцидального ризику у обстежених дітей-переселенців досяг рівня $25,54 \pm 0,10$, що відповідає невисокому рівню тенденції до заподіяння суїцидальних дій, що свідчить про необхідність психокорекційної роботи з даним контингентом дітей з боку психологів, реабілітологів та освітніх працівників.

У контрольній групі обстежених (діти зі звичайних сімей) індекс демонстративності в цілому склав $10,00 \pm 0,29$. Серед них хлопчики більшою мірою мають бажання привернути увагу оточуючих до своїх негараздів, домогтися співчуття і розуміння ($10,03 \pm 0,37$), ніж дівчата ($9,96 \pm 0,46$). Вища демонстративність притаманна дітям з міста ($10,50 \pm 0,5$) та дітям віком 15–18 років ($10,50 \pm 0,5$), тоді як у сільських дітей ($10,27 \pm 0,44$) й дітей віком 7–10 ($9,5 \pm 0,55$) та 11–14 років ($10 \pm 0,47$) ці показники менші.

Усереднений показник афективності дітей контрольної групи сягає $12,23 \pm 0,26$. Домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації переважає у хлопців ($12,5 \pm 0,37$). Встановлена однакова готовність у дітей віком 15–18 років та міських дітей ($12,50 \pm 0,46$)

реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. Аналізуючи вікові особливості ми визначили, що для підлітків віком 15–18 років ($12,50 \pm 0,46$) більш характерна афективна блокада інтелекту, ніж для дітей 7–10-річних ($11,75 \pm 0,44$) та 11–14-річних ($12,45 \pm 0,45$).

Ступінь вираженості унікальності у дітей із звичайних сімей в цілому дорівнює $7,88 \pm 0,31$. Вивчаючи віково-статеві їх особливості ми виявили, що більш унікальними себе вважають хлопці ($7,96 \pm 0,36$) та діти віком 11–14 років ($8,10 \pm 0,42$), порівняно з дівчатами ($7,80 \pm 0,51$) та 7–10-річними ($8,00 \pm 0,66$) і 15–18-річними ($7,55 \pm 0,53$) дітьми. Майже однакоим цей субшкальний показник виявився у сільських ($7,70 \pm 0,49$) та міських ($7,55 \pm 0,53$) дітей.

Дівчата з контрольної групи ($10,10 \pm 0,42$) та міські діти ($10,25 \pm 0,47$) частіше демонструють свою неспроможність та некомпетентність в навколишньому світі, порівняно з хлопцями ($9,70 \pm 0,41$) та сільськими дітьми ($9,36 \pm 0,43$). Вираженість негативної концепції власної особистості більш притаманна дітям віком 7–10 років ($10,25 \pm 0,55$) та 15–18 років ($10,25 \pm 0,47$). Загалом складова неспроможності субшкальних діагностичних концептів сягає у них рівня $9,90 \pm 0,29$.

Усереднений показник «Соціального песимізму» у дітей із контрольної групи складає $5,61 \pm 0,17$. Сприйняття ворожості навколишнього та екстрапунітивності за формулою внутрішнього монологу «Ви всі не гідні мене» характерне більшою мірою для дітей віком 11–14 років ($6,05 \pm 0,28$). До соціального песимізму однаково схильні як хлопці ($5,66 \pm 0,24$), так і дівчата ($5,56 \pm 0,25$), але, залежно від місця мешкання, міські діти більш схильні до песимізму ($5,50 \pm 0,29$), ніж сільські ($5,30 \pm 0,19$).

Також у дітей зі звичайних сімей виявлена відсутність культу самогубства, індекс показника зламу культурних бар'єрів в цілому склав ($2,08 \pm 0,12$). У міських та сільських дітей показник за цією субшкалою виявився майже однакоим – $2,00 \pm 0,22$ й $2,10 \pm 0,18$ відповідно. Хлопці ($2,10 \pm 0,16$) та дівчата ($2,06 \pm 0,17$) також однаковою мірою проявляють відсутність схильності до культу самогубства й запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури та кіно.

Усереднений показник максималізму у дітей із контрольної групи – $11,43 \pm 0,36$. Міські діти ($11,60 \pm 0,68$) більше схильні до інфантильного максималізму, ніж сільські ($11,33 \pm 0,51$). У дівчат ($11,53 \pm 0,57$) більше виражене поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. У підлітків віком 15–18 років дещо переважає неможливість компенсації максималізму ($11,6 \pm 0,68$), порівняно з дітьми інших вікових груп.

Показники за субшкалою тимчасової перспективи у контрольній групі дітей в цілому виявилися незначними і склали $1,98 \pm 0,10$. Хлопці цієї групи виявляли меншу неспроможність до конструктивного планування майбутнього ($1,93 \pm 0,14$), ніж дівчата ($2,03 \pm 0,14$). Дещо більші показники за цією субшкалою виявлені у дітей віком 7–10 років ($2,05 \pm 0,15$), порівняно з 11–14-річними ($1,95 \pm 0,19$) та 15–18-річними ($1,95 \pm 0,18$) дітьми.

Також у контрольній групі дітей виявлені досить високі рівні субшкального діагностичного концепту антисуїцидального фактора, який в цілому склав $52,05 \pm 0,43$.

Переважав він у хлопців ($52,23 \pm 0,64$) та у дітей віком 11–14 років ($52,65 \pm 0,77$). Майже однакові показники даного субшкального концепту виявлені у міських і сільських дітей – $52,27 \pm 0,62$ і $52,10 \pm 0,89$ відповідно.

Загалом інтегральний тесовий показник суїцидального ризику у дітей із звичайних сімей встановлено на рівні $12,57 \pm 0,09$ (низький рівень), що вказує на практичну відсутність тенденції до заподіяння суїцидальних дій серед цієї когорти обстежених дітей.

Проаналізувавши ступінь взаємозв'язку субшкальних діагностичних концептів опитувальника суїцидального ризику ми встановили наявність прямого середнього рівня впливу на інтегральний тестовий показник суїцидального ризику наступних складових: соціальний песимізм (коефіцієнт кореляції $0,5065$; $p < 0,05$), злам культурних бар'єрів (коефіцієнт кореляції $0,3220$; $p < 0,05$), тимчасова перспектива (коефіцієнт кореляції $0,3235$; $p < 0,05$) та загальний антисуїцидальний фактор (коефіцієнт кореляції $0,4143$; $p < 0,05$), що свідчить про досить високий рівень впливу виникнення суїцидального ризику сприйняття негативної концепції навколишнього світу, його «ворожості»; виправдання суїцидальної поведінки завдяки пошуку певних культурних цінностей і нормативів в оточуючому середовищі і неможливість конструктивного планування свого майбутнього (табл. 2).

Але у обстежених дітей – вимушених переселенців наявний фактор, що знімає глобальний суїцидальний ризик і корелює із інтегральним тестовим показником суїцидального ризику – почуття відповідальності за близьких

та оточуючих, усвідомлення гріховності самогубства та його антиестетичності, страх болю та фізичних страждань.

Висновки

1. За результатами дослідження наявності суїцидального ризику констатовано присутність у обстежених дітей-переселенців бажання привернути увагу оточуючих до своєї проблеми, домогтися співчуття і розуміння (шкала демонстративності $34,66 \pm 0,14$); наявність домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем (шкала афективності $47,91 \pm 0,21$) з гострим уявленням будь-якої неспроможності (шкала неспроможності $34,73 \pm 0,18$) та проявами негативної концепції та ворожості навколишнього світу (шкала соціального песимізму $29,34 \pm 0,22$).

2. Встановлено наявність у дітей із сімей вимушених переселенців низького рівня механізму пошуку культурних цінностей і нормативів (шкала зламу культурних бар'єрів $9,54 \pm 0,22$) з наявністю інфантильного максималізму ціннісних установок та афективної фіксації на будь-яких невдачах (шкала максималізму $26,69 \pm 0,21$) й неможливістю конструктивного планування свого майбутнього внаслідок трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок в майбутньому (шкала тимчасової перспективи $9,83 \pm 0,20$).

3. Констатовано наявність у обстежених дітей низького рівня антисуїцидального фактора ($16,34 \pm 0,22$), що вказує на необхідність психокорекційної роботи з цим контингентом дітей з боку психологів, реабілітологів та освітніх працівників.

Таблиця 2. Кореляційна матриця субшкальних діагностичних концептів у дітей-переселенців за методикою ОСР

	Демонстративність	Афективність	Унікальність	Неспроможність	Соціальний песимізм	Злам культурних бар'єрів	Максималізм	Тимчасова перспектива	Антисуїцидальний фактор	Інтегральний тестовий показник
Демонстративність	1	0,0314 (*)	-0,0107 (*)	-0,1152 (*)	0,0198 (*)	0,0549 (*)	-0,1364 (*)	-0,0466 (*)	0,0647 (*)	0,2147 (*)
Афективність	0,0314 (*)	1	-0,1034 (*)	0,1389 (*)	0,0430 (*)	-0,0373 (*)	0,0738 (*)	-0,0405 (*)	-0,1080 (*)	0,2617 (*)
Унікальність	-0,0107 (*)	-0,1034 (*)	1	0,0679 (*)	-0,0407 (*)	0,0498 (*)	-0,1410 (*)	-0,0715 (*)	0,0266 (*)	0,2063 (*)
Неспроможність	-0,1152 (*)	-0,1389 (*)	0,0679 (*)	1	0,0692 (*)	0,1282 (*)	0,0198 (*)	-0,0288 (*)	0,0329 (*)	0,2890 (*)
Соціальний песимізм	0,0198 (*)	0,0430 (*)	-0,0407 (*)	0,0692 (*)	1	-0,0543 (*)	-0,0374 (*)	0,0611 (*)	0,1749 (*)	0,5065 (*)
Злам культурних бар'єрів	0,0549 (*)	-0,0373 (*)	0,0498 (*)	0,1282 (*)	-0,0543 (*)	1	0,0410 (*)	0,1315 (*)	-0,0919 (*)	0,3220 (*)
Максималізм	-0,1364 (*)	0,0738 (*)	-0,1410 (*)	0,0198 (*)	-0,0374 (*)	0,0410 (*)	1	0,0051 (*)	-0,0590 (*)	0,2346 (*)
Тимчасова перспектива	-0,0466 (*)	-0,0405 (*)	-0,0715 (*)	-0,0288 (*)	0,0611 (*)	0,1315 (*)	0,0051 (*)	1	0,0048 (*)	0,3235 (*)
Антисуїцидальний фактор	0,0647 (*)	-0,1080 (*)	0,0266 (*)	0,0329 (*)	0,1749 (*)	-0,0919 (*)	-0,0590 (*)	0,0048 (*)	1	0,4143 (*)
Інтегральний тестовий показник	0,2147 (*)	0,2617 (*)	0,2063 (*)	0,2890 (*)	0,5065 (*)	0,3220 (*)	0,2346 (*)	0,3235 (*)	0,4143 (*)	1

Примітка. * – $p < 0,05$.

4. Дослідженням встановлений прямий середній рівень впливу на інтегральний тестовий показник виникнення суїцидального ризику соціального песимізму (коефіцієнт кореляції 0,5065), зламу культурних бар'єрів (коефіцієнт кореляції 0,3220), тимчасової перспективи (коефіцієнт кореляції 0,3235) та загального антисуїцидального фактора (коефіцієнт кореляції 0,4143), що наголошує на досить високий рівень впливу на виникнення суїцидального ризику сприйняття негативної концепції навколишнього світу, його «ворожості»; виправдання суїцидальної поведінки завдяки пошуку певних культурних цінностей і нормативів в оточуючому середовищі і неможливості конструктивного планування свого майбутнього, що нівелюється дією почуття відповідальності за близьких та оточуючих, усвідомлення гріховності самогубства та його антиестетичності, боязню болю та фізичних страждань.

Список використаної літератури

1. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності у звичайних та екстремальних умовах / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 580 с.
2. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків; під ред. проф. П. В. Волошина, проф. В. М. Пономаренка, проф. В. С. Підкоритова [та ін.] : клінічний посібник. – Харків: Фолио, 2001. – 271 с.
3. Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse / V. M. Follette, M. A. Polusny, A. E. Bechtel, A. E. Naugle // Journal of Traumatic Stress. – 1996. – Vol. 9, issue 1. – P. 25–35.
4. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: теория и практика / Н. В. Тарабрина. – М.: Ин-т психологии РАН, 2009. – 303 с.
5. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. – 2014. – № 7–8 (113–114). – С. 57–58.
6. Бундало Н. Л. Депрессивные проявления при посттравматическом стрессовом расстройстве различной степени тяжести / Н. Л. Бундало // Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: матер. Всерос. юбилейной науч.-практич. конф. с международным участием. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 28–29.
7. Курицына А. А. Клинические проявления агрессии и враждебности при посттравматическом стрессовом расстройстве / А. А. Курицына, Н. Л. Бундало // Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: матер. Всерос. юбилейной науч.-практич. конф. с международным участием. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 34–35.
8. Подростковая медицина: руководство. 2-е изд.; под ред. Л. И. Левиной, А. М. Куликова. – СПб.: Питер, 2006. – 544 с.
9. Frederick C. J. Children Traumatized by Catastrophic Situations / C. J. Frederick // Post-traumatized stress disorders in children; Eds. S. Eth, R. S. Pynoos. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1985. – P. 73–99.
10. Бундало Н. Л. Особенности агрессии у детей при ПТСР / Н. Л. Бундало, А. А. Курицына // Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья материнства и детства: матер. региональной науч.-практич. конф. – Томск, 2007. – С. 29–34.
11. Бундало Н. Л. Проявления агрессивности у подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве / Е. А. Печень, Н. Л. Бундало, А. А. Курицына // Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: матер. Всерос. юбилейной науч.-практич. конф. с международным участием. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 35–36.
12. Рazuваева Т. Н. Диагностика личности / Т. Н. Рazuваева. – Шадринск, 1993. – 26 с.

References

1. Korolchuk, M. S., & Krainiuk, V. M. (2006). Sotsialno-psykholohichne zabezpechennia diialnosti u zvychaynykh ta ekstremalnykh umovakh [Social and psychological support of activities in normal and extreme conditions]. Kyiv, Nika-Tsentr, 580 p. (In Ukrainian).
2. Voloshyn, P. V., Ponomarenko, V. M., & Pidkorytov, V. S. (Eds.). (2001). Kryterii diahnozyky ta pryntsyipy likuvannia rozladiv psykhyky i povedinky u ditei ta pidlitkiv [Diagnostic criteria and principles of treatment of mental and behavior in children and adolescents]. Kharkiv: Folio, 271 p. (In Ukrainian).
3. Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtel, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 9, issue 1, pp. 25–35.
4. Tarabrina, N. V. (2009). Psihologija posttravmatycheskogo stressa: teorija i praktika [Psychology of post-traumatic stress: theory and practice]. Moscow: Institut psihologii RAN, 303 p. (In Russian).
5. Tsykhonia, V. (2014). Pam'iatka pro posttravmatychny stresovy rozlad [A memo about post-traumatic stress disorder]. *Mystetstvo likuvannia – Journal "Art of Treatment"*, issues 7–8 (113–114), pp. 57–58. (In Ukrainian).
6. Bundalo, N. L. (2007). Depressivnye proyavleniya pri posttravmatycheskom stressovom rasstrojstve razlichnoj stepeni tjazh est [Depressive manifestations in posttraumatic stress disorder of varying severity]. *Aktual'nye problemy psihiatrii i nevrologi: materialy Vserossijskoj jubilejnoy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem – Actual problems of psychiatry and neurology: materials of the All-Russian Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation*. SPb.: Chelovek i zdorov'e, pp. 28–29. (In Russian).
7. Kuricyna, A. A., & Bundalo, N. L. (2007). Klinicheskie proyavleniya agressii i vrazhdebnosti pri posttravmatycheskom stressovom rasstrojstve [Clinical manifestations of aggression and hostility in posttraumatic stress disorder]. *Aktual'nye problemy psihiatrii i nevrologi: materialy Vserossijskoj jubilejnoy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem – Actual problems of psychiatry and neurology: materials of the All-Russian Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation*. SPb.: Chelovek i zdorov'e, pp. 34–35. (In Russian).
8. Levina, L. I., & Kulikova, A. M. (Eds.). (2006). *Podrostkovaja medicina: rukovodstvo* [Adolescent Medicine: A Guide]. SPb.: Piter, 544 p. (In Russian).
9. Frederick, C. J. (1985). Children traumatized by catastrophic situations. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.). *Posttraumatic Stress Disorder in children* (pp. 73–99). Washington, DC: American Psychiatric Press.
10. Bundalo, N. L., & Kuricyna, A. A. (2007). Osobennosti agressii u detej pri PTSD [Features of aggression in children with PTSD]. *Kliniko-biologicheskie problemy ohrany psichicheskogo zdorov'ja materinstva i detstva: materialy regional'noj nauchno-prakticheskoy konferencii – Clinical and biological problems of mental health of motherhood and childhood: materials of the regional scientific-practical conference*. Tomsk, pp. 29–34. (In Russian).
11. Pechen', E. A., Bundalo, N. L., & Kuricyna, A. A. (2007). Projavleniya agressivnosti u podrostkov pri posttravmatycheskom stressovom rasstrojstve [Manifestations of aggression in adolescents with post-traumatic stress disorder]. *Aktual'nye problemy psihiatrii i nevrologi: materialy Vserossijskoj jubilejnoy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem – Actual problems of psychiatry and neurology: materials of the All-Russian Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation*. SPb.: Chelovek i zdorov'e, pp. 35–36. (In Russian).
12. Razuvaeva, T. N. (1993). *Diagnostika lichnosti* [Diagnosis of personality]. Shadrinsk, 26 p. (In Russian).

ПОКАЗАТЕЛЬ УРОВНЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

В. И. Пономарев, Е. В. Самойлова

Актуальность. Переживания человеком жизненно опасных событий в конечном итоге приводит к различным медицинским и социально-психологическим последствиям. Уязвимой группой для действия психотравмирующей ситуации являются дети.

Цель исследования – установить проявления суицидального поведения, суицидальные риски и уровни сформированности суицидальных намерений у детей из семей вынужденных переселенцев.

Материалы и методы. Проанализированы данные 305 детей и подростков в возрасте 7–18 лет из семей вынужденных переселенцев и 60 человек контрольной группы, находившихся в условиях обычной семьи. Методы исследования: информационно-аналитический, психодиагностический, статистический. Диагностику выраженности суицидального риска проводили с помощью «Шкалы оценки суицидального риска».

Результаты. Констатируется присутствие у обследованных детей-переселенцев желания привлечь внимание окружающих к своей проблеме, добиться сочувствия и понимания (шкала демонстративности $34,66 \pm 0,14$), наличие доминирования эмоциональной составляющей над интеллектуальным контролем (шкала аффективности $47,91 \pm 0,21$) с острым представлением любой несостоятельности (шкала несостоятельности $34,73 \pm 0,18$) и проявлениями негативной концепции и враждебности окружающего мира (шкала социального пессимизма $29,34 \pm 0,22$). Определен низкий уровень механизма поиска культурных ценностей и нормативов (шкала слома культурных барьеров $9,54 \pm 0,22$) с наличием инфантильного максимализма ценностных установок и аффективной фиксации на любых неудачах (шкала максимализма $26,69 \pm 0,21$) и невозможностью конструктивного планирования своего будущего в результате трансформации чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем (шкала временной перспективы $9,83 \pm 0,20$). Установлен прямой средний уровень влияния на интегральный тестовый показатель возникновения суицидального риска социального пессимизма, излома культурных барьеров, временной перспективы и общего антисуицидального фактора.

Выводы. Наличие суицидальных рисков и уровней сформированности суицидальных намерений у детей из семей вынужденных переселенцев, основные проявления суицидального поведения, низкий уровень антисуицидального фактора у обследованных детей указывает на необходимость психокоррекционной работы с этим контингентом детей со стороны психологов, реабилитологов и образовательных работников.

Ключевые слова: суицидальный риск, посттравматическое стрессовое расстройство, «Шкала оценки суицидального риска», дети из семей вынужденных переселенцев, психотравмирующий фактор.

INDICATOR OF THE LEVEL OF SUICIDAL RISK OF INTERNALLY DISPLACED CHILDREN WITH MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

V. I. Ponomarov, O. V. Samoilova

Background. Man's experience of life-threatening events ultimately leads to various medical and socio-psychological consequences. Children are a vulnerable group for the psychotraumatic situation.

Objective: to identify manifestations of suicidal behavior, suicidal risks and levels of suicidal intentions in children from families of internally displaced persons.

Materials and methods. The data of 305 children and adolescents aged 7-18 years from the families of internally displaced persons and 60 persons of the control group who were in the usual family were analyzed. We used information-analytical, psycho-diagnostic and statistical methods. Diagnosis of the severity of suicidal risk was carried out by "Scale of Suicide Risk Assessment".

Results. In the internally displaced children was observed such characteristics: the presence of the desire to attract the attention of others to their problem, to achieve empathy and understanding (the demonstrative scale is 34.66 ± 0.14), the presence of the dominance of the emotional component over intellectual control (scale of affectivity 47.91 ± 0.21) with a acute representation of any insolvency (insolvency scale 34.73 ± 0.18) and manifestations of the negative concept and hostility of the surrounding world (the scale of social pessimism 29.34 ± 0.22). Low level of the mechanism for the search for cultural values and standards (scale of scrapping cultural barriers 9.54 ± 0.22) with the presence of infantile maximalism of value orientations and affective fixation on any setbacks (the maximalism scale is 26.69 ± 0.21) has been determined. The impossibility of constructively planning their future as a result of transforming the sense of insolubility of the current problem into a global fear of failures and future defeats (the time horizon scale of 9.83 ± 0.20) has been discovered. A direct average level of influence on the integral test indicator of the occurrence of suicidal risk of social pessimism, a break in cultural barriers, a temporary perspective and a general anti-suicidal factor has been established.

Conclusions. Presence of suicidal risks and levels of suicidal intentions in children from families of IDPs, the main manifestations of suicidal behavior, and the low level of anti-suicidal factor in the children surveyed indicate the need for psycho-corrective work with this group of children with psychologists, rehabilitation specialists and educational workers.

Keywords: suicide risk, post-traumatic stress disorder, "Suicide risk assessment scale", children from families of internally displaced persons, psychotraumatic factor.

Стаття надійшла до редакції 13.10.2016 р.

ПОНОМАРЬОВ Володимир Іванович, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, неврології і медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: v.i.ponomaryov@mail.ru

САМОЙЛОВА Олена Вячеславівна, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології і медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: 15Samoylova@mail.ru

ПОНОМАРЕВ Владимир Иванович, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: v.i.ponomaryov@mail.ru

САМОЙЛОВА Елена Вячеславовна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: 15Samoylova@mail.ru

PONOMAROV Volodymyr Ivanovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: v.i.ponomaryov@mail.ru

SAMOILOVA Olena Viacheslavivna, MD, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: 15Samoylova@mail.ru

О. В. Ткаченко

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

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

tkachenkovt@ukr.net

Актуальність. Одним з ускладнень цукрового діабету (ЦД) 2 типу ряд дослідників вважають патохарактерологічні зміни, що призводять до порушення комплаєнсу хворих до терапії. Особливості особистості пацієнтів також класично розглядають як один з факторів розвитку ЦД 2 типу. Тому вивчення персоніологічних якостей хворих на ЦД 2 типу має бути одним з пріоритетних напрямків.

Мета дослідження – встановити особливості особистості хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості.

Матеріали та методи. Обстежено 312 хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості. Методи дослідження – анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. Встановлено, що гармонійна особистість була майже не характерна для хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості, її виявили лише у 3,85 % обстежених. Для більшості хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості (75,32 %) була характерна змішана акцентуація характеру. В структуру патоперсоніологічних зрушень досліджуваних із змішаними акцентуаціями в 26,92 % випадків залучалися риси особистості, обумовлені психоорганічним синдромом. Серед ізольованих акцентуацій характеру у хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості найпоширенішим типом був тривожний (6,09 %), другим за частотою – лабільний (3,85 %) та педантичний (3,53 %) типи акцентуацій характеру.

Виділено п'ять патоперсоніологічних профілів особистості, які виявлялися серед хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості із змішаними акцентуаціями: психоорганічний (дефіцитарний та афективно-лабільний варіанти), астено-невротичний, психастено-депресивний, ерго-гіперстенічний, іпохондричний типи, домінуючими серед них були психоорганічний (26,92 %) та астено-невротичний (25,32 %) ($p < 0,01$).

Висновки. Встановлені особливості особистості хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості дозволяють розширити уявлення про діабетичну патоперсоніологію, що дозволить поліпшити діагностику коморбідних ЦД 2 типу психічних порушень, їх профілактику та якість лікування пацієнтів з цією патологією.

Ключові слова:цукровий діабет 2 типу,
акцентуації характеру,
особливості особистості,
когнітивні розлади.

Актуальність. За окремими даними, поширеність ЦД 2 типу на сьогодні досягає рівня епідемії [1, 2]. Цей факт, безсумнівно, змушує замислитися над проблемами своєчасної діагностики і терапії ЦД 2 типу та поліпшення діагностики й профілактики ускладнень цього захворювання.

У літературі зазначається, що серед хворих на ЦД 2 типу поширеними є розлади настрою, переважно, – депресії, розлади сну, когнітивні розлади тощо. При цьому частота психічних розладів серед хворих на ЦД 2 типу значно перевищує загальнопопуляційні показники та корелює із ступенем тяжкості та тривалістю ЦД 2 типу. Тобто можна стверджувати, що психічні порушення мають патогенетичний зв'язок із ЦД 2 типу [3, 4].

Одним з ускладнень ЦД 2 типу ряд дослідників вважають патохарактерологічні зміни. З іншого боку, певні особливості особистості, такі як тривожні, ананкастні та залежні риси, класично розглядають як один з факторів розвитку ЦД 2 типу [5, 6]. Тому вивчення персоніологічних якостей хворих на ЦД 2 типу має бути одним з пріоритетних напрямків.

Вищезазначене демонструє незаперечну залученість психічної сфери до патогенезу ЦД 2 типу та його ускладнень. У свою чергу, психопатологічні прояви, притаманні хворим на ЦД 2 типу, виступають у якості його ускладнень та впливають на перебіг ЦД 2 типу. Когнітивні порушення та певні риси особистості здатні як прямо, так і опосередковано впливати на комплаєнс хворих

до терапії ЦД і тим самим призводити до збільшення ступеня тяжкості ЦД.

Викладене свідчить на користь необхідності подальшого вивчення особливостей психопатологічних порушень у хворих на ЦД 2 типу задля їх своєчасної діагностики, профілактики та терапії. Не останнього значення набувають питання встановлення більш детальних характеристик змін якостей особистості, патогенетично пов'язаних із ЦД 2 типу.

Мета дослідження – встановити особливості особистості хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості.

Матеріали та методи дослідження

З дотриманням принципів біоетики та деонтології та за умов усвідомленої інформованої згоди на базах КУ «Запорізька міська клінічна лікарня № 10» та КУ «Обласний клінічний ендокринологічний диспансер» Запорізької обласної ради було обстежено 312 хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості, які проходили стаціонарне лікування. Середній вік пацієнтів у групі становив $(55,1 \pm 1,12)$ років, тривалість захворювання складала від 3 до 19 років, у середньому – $(11,21 \pm 1,62)$ років.

Критерії виключення з дослідження були наступними: ЦД 1 типу, вторинний ЦД, гестаційний ЦД, панкреатектомія, наявність макросудинних ускладнень (гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність III–IV функціональних класів), ШКФ (швидкість клубочкової фільтрації) ≤ 30 мл/хв (за формулою CKD–EPI), проліферативна діабетична ретинопатія, синдром діабетичної стопи.

Методи дослідження – анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

У рамках психодіагностичного дослідження використовували Характерологічний опитувальник К. Леонгарда – Г. Шмішека (K. Leonhard – H. Schmieschek, 1970) з метою встановлення особливостей особистості хворих та Коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination, MMSE, M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh, 1975) – з метою встановлення наявності та вираженості когнітивних порушень.

Результати та їх обговорення

Проведений аналіз особливостей особистості хворих за допомогою Характерологічного опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека дозволив встановити наступний розподіл (табл. 1).

У результаті обстеження було виявлено лише 12 хворих (3,85 %) на ЦД 2 типу з гармонійною особистістю. Серед досліджуваного контингенту достовірно домінували хворі із змішаними акцентуаціями характеру ($p < 0,01$); ізольовані акцентуації характеру виявлено лише у 65 хворих (20,65 %). При цьому серед ізольованих акцентуацій характеру достовірно домінував тривожний тип акцентуації ($p < 0,01$). Другими за поширеністю були лабільний та педантичний типи акцентуацій характеру. Частота виявлення решти типів не перевищувала 2 %.

Ми помітили, що на особистісні якості хворих із змішаними акцентуаціями характеру впливала наявність психоорганічного синдрому, виразність якого корелювала із когнітивним станом хворих. Результати дослідження за шкалою MMSE наведені у таблиці 2.

У більшості обстежених (204 хворих, 65,38 %) діагностували порушення когнітивних функцій, втім, домінуючими були легкі когнітивні порушення ($p < 0,01$), які проявлялися переважно нестійкістю уваги, помірним зниженням короткотривалої пам'яті і майже не впливали на профіль особистості хворих. У таких осіб порушення розуміння та характерне для психоорганічного синдрому порушення емоцій не були клінічно значущими, тоді як у хворих, порушення когнітивних функцій яких досягало рівня деменції, були характерні всі ознаки тріади Вальтер – Бюеля, які в тій чи іншій мірі впливали на перемодифікування особистості хворих.

Для хворих із змішаними акцентуаціями характеру стало можливим виділити наступні патоперсоналогічні профілі особистості, які можуть бути покладені в основу діабетичної патоперсоналогії.

1. *Психоорганічний тип* – виявлявся серед 84 хворих (26,92 %) і корелював із рівнем виразності когнітивних порушень; домінуючими були особистісні якості, привнесені психоорганічним синдромом; предиспозиційні якості особистості або нівелювалися, або загострювалися. За структурою останніх психоорганічний тип ми поділили на два варіанти:

- *дефіцитарний варіант* (32 хворих, 10,26 %) – проявлявся нівелюванням предиспозиційних якостей особистості із домінуванням дефіцитарної симптоматики;

Таблиця 1. Представленість типів акцентуації характеру серед контингентів дослідження

Тип акцентуації характеру	Контингент дослідження (n=312)	
	n	%
Гармонійна особистість	12	3,85
Гіпертимний	3	0,96
Ригідний (застрягаючий)	2	0,64
Лабільний (емотивний)	12	3,85
Педантичний	11	3,53
Тривожний	19	6,09
Циклоїдний	6	1,92
Демонстративний	4	1,28
Неврівноважений (збудливий)	2	0,64
Дистимічний	4	1,28
Екзальтований	2	0,64
Змішана акцентуація	235	75,32

Таблиця 2. Аналіз когнітивних функцій хворих за даними MMSE

Виразність когнітивних порушень	Контингент дослідження (n=312)	
	n	%
Відсутність когнітивних розладів	108	34,62
Легкий когнітивний розлад	120	38,46
Деменція легкого ступеня виразності	81	25,96
Деменція помірного ступеня виразності	3	0,96

- *афективно-лабільний варіант* (52 хворих, 16,57 %) – проявлявся загостренням предиспозиційних якостей особистості переважно у бік емоційної лабільності, нетримання афекту, експлозивності та зрушенням настрою у бік дисфоричного.

При цьому ретроспективне дослідження дозволило встановити, що у більшості випадків афективно-лабільний варіант психоорганічного типу патоперсоналогічного профілю хворих корелював із збудливим, лабільним та застрояючим типами предиспозиційної акцентуації характеру, тоді як дефіцитарний варіант не мав чіткої кореляції із предиспозиційним типом акцентуації.

2. *Астено-невротичний тип* (79 хворих, 25,32 %) проявлявся переважанням астеничноподібної симптоматики із вкрапленнями соматоформних та дисоціативних симптомів. Втім, для хворих була характерна доброзичливість, підвищена емотивність та орієнтація на збереження соціальної активності.

За даними ретроспективного дослідження, цей тип був характерним для хворих із гармонійною особистістю у якості предиспонуєчої.

3. *Психастено-депресивний тип* – (47 хворих, 15,06 %) проявлявся безініціативністю, пасивністю, нерішучістю, зміною спрямованості особистості на внутрішній світ на тлі переважно похмурого настрою, песимістичних поглядів на життя, зневірою у кращі перспективи у майбутньому. Хворі втрачали притаманні їм інтереси, відмовлялися від активного способу життя, більшість часу проводили вдома наодинці. Частині хворих було притаманне тривожне очікування неприємностей, гостре реагування на психотравмуючі чинники із подальшим зануренням у внутрішні переживання.

Ретроспективне дослідження встановило, що цей тип формувалася у хворих на тлі дистимічного, циклотимічного, педантичного, тривожного типів акцентуації характеру.

4. *Ерго-гіперстенічний тип* (18 хворих, 5,77 %) проявлявся демонстративно зневажливим ставленням до захворювання та підвищеною оптимістичністю у якості засобу привернення до себе уваги. Хворим були притаманні переважно підвищений настрій, пустотливість, яскравість емоційних переживань, підвищені рухова активність і дієвість на тлі егоцентричності, образливості та легкої уразливості.

Цей тип формувалася переважно на тлі гіпертимного, демонстративного та екзальтованого типів акцентуації характеру.

5. *Іпохондричний тип* (7 хворих, 2,24 %) проявлявся у патологічній фіксації хворих на соматичному неблагополуччі, прислуханні до будь-яких хворобливих проявів, їх гіперболізації, недовірі до лікарських висновків та схильності до підозр щодо наявності у себе іншого, більш тяжкого захворювання, підвищеної тривожності із зниженням критичного ставлення до власного стану. Коло інтересів зужувалося до вивчення інформації про наявну і уявну хвороби та пошуку альтернативних обстежень і методів лікування.

Ретроспективно цей тип корелював із демонстративним та тривожно-боязким типами акцентуації характеру.

Висновки

Проведене дослідження дозволило встановити особливості особистості хворих на ЦД 2 типу середнього

ступеня тяжкості. Встановлено, що гармонійна особистість була майже не характерна для хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості, її виявлено лише у 3,85 % обстежених. Більшості хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості (75,32 %) була характерна змішана акцентуація характеру. При цьому в структуру патоперсоналогічних зрушень досліджуваних із змішаними акцентуаціями в 26,92 % випадків залучалися риси особистості, обумовлені психоорганічним синдромом. Серед ізольованих акцентуацій характеру у хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості найпоширенішим типом був тривожний (6,09 %), другими за частотою – лабільний (3,85 %) та педантичний (3,53 %) типи акцентуацій характеру. Виділено п'ять патоперсоналогічних профілів особистості, які виявлено у хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості із змішаними акцентуаціями, – психоорганічний (дефіцитарний та афективно-лабільний варіанти), астено-невротичний, психастено-депресивний, ерго-гіперстенічний, іпохондричний типи; домінуючими серед них були психоорганічний (26,92 %) та астено-невротичний (25,32 %) типи ($p < 0,01$).

Встановлені особливості особистості хворих на ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості дозволяють розширити уявлення про діабетичну патоперсоналогію з метою покращення діагностики коморбідних ЦД 2 типу психічних порушень, їх профілактики та поліпшення якості лікування хворих на цю патологію.

Список використаної літератури

1. Jaacks L. M. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic [Text] / L. M. Jaacks, K. R. Siegel, U. P. Gujral, K. M. Narayan // Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2016. – Vol. 30, Issue 3. – P. 331–343.
2. Meetoo D. An epidemiological overview of diabetes across the world [Text] / D. Meetoo, P. McGovern, R. Safadi // British journal of nursing. – 2007. – Vol. 16, Issue 16. – P. 1002–1007.
3. Depression, anxiety and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes mellitus – a study of adult patients with type 2 diabetes mellitus in Osijek, Croatia / D. Degmecić, T. Bacun, V. Kovac [et al.] // Coll Antropol. – 2014. – Vol. 38, issue 2. – P. 711–716.
4. Есин Р. Г. Современные представления о механизмах когнитивных расстройств при сахарном диабете / Р. Г. Есин, И. Х. Хайруллин, О. Р. Есин // Медицинский альманах. – 2013. – № 1 (25). – С. 135–138.
5. Bräutigam W. Psychosomatische Medizin [Text] / W. Bräutigam, P. Christian, M. von Rad. – Stuttgart : Georg Thieme, 1992. – 376 p.
6. Зеленин К. А. Тревожные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа / К. А. Зеленин, Ю. В. Ковалев, В. В. Трусов // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 7. – С. 24–31.

References

1. Jaacks, L. M., Siegel, K. R., Gujral, U. P., & Narayan, K. M. (2016). Type 2 diabetes: A 21st century epidemic. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 30, issue 3, pp. 331–343. DOI: 10.1016/j.beem.2016.05.003.
2. Meetoo, D., McGovern, P., & Safadi, R. (2007). An epidemiological overview of diabetes across the world. *British Journal of Nursing*, 2007, vol. 16, issue 16, pp. 1002–1007. DOI: 10.12968/bjon.2007.16.16.27079.
3. Degmecić, D., Bacun, T., Kovac, V., Mioc, J., Horvat, J., & Vcev, A. (2014). Depression, anxiety and cognitive dysfunction in patients with type 2 diabetes mellitus – a study of adult patients with type 2 diabetes mellitus in Osijek, Croatia. *Collegium Antropologicum*, vol. 38, issue 2, pp. 711–716.
4. Esin, R. G., Khairullin, I. H., & Esin, O. R. (2013). Sovremennye predstavleniya o mekhanizmah kognitivnykh rasstrojstv pri saharom diabete [The present-day ideas about the mechanisms of cognitive disorders in case of diabetes mellitus]. *Meditsinskij al'manah – Medical almanac*, issue 1 (25), pp. 135–138. (In Russian).
5. Bräutigam, W., Christian, P., & von Rad, M. (1992). *Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Georg Thieme, 376 p.
6. Zelenin, K. A., Kovalev, Ju. V., & Trusov, V. V. (2010). Trevozhnye rasstrojstva u bol'nyh saharomym diabetom 2 tipa [Anxiety disorders in patients with type 2 diabetes]. *Fundamental'nye issledovaniya – Fundamental research*, issue 7, pp. 24–31. (In Russian).

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

А. В. Ткаченко

Актуальность. Одним из осложнений СД 2 типа ряд исследователей считают патохарактерологические изменения, приводящие к нарушению комплаенса больных к терапии. Особенности личности пациентов также классически рассматривают как один из факторов развития СД 2 типа. Поэтому изучение персонологических качеств больных СД 2 типа должно быть одним из приоритетных направлений.

Цель исследования – установить особенности личности больных СД 2 типа средней степени тяжести.

Материалы и методы. Обследовано 312 больных СД 2 типа средней степени тяжести. Методы исследования – анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностические, статистический.

Результаты. Установлено, что гармоничная личность была почти не характерна для больных СД 2 типа средней степени тяжести, ее обнаружили только у 3,85 % обследованных. Для большинства больных СД 2 типа средней степени тяжести (75,32 %) была характерна смешанная акцентуация характера. В структуру патоперсонологических сдвигов исследуемых со смешанными акцентуациями в 26,92 % случаев вовлекались черты личности, обусловленные психоорганическим синдромом. Среди изолированных акцентуаций характера у больных СД 2 типа средней степени тяжести наиболее распространенным типом был тревожный (6,09 %), вторым по частоте – лабильный (3,85 %) и педантичный (3,53 %) типы акцентуаций характера.

Выделено пять патоперсонологических профилей личности, выявленных среди больных СД 2 типа средней степени тяжести со смешанными акцентуациями: психоорганический (дефицитарный и аффективно-лабильный варианты), астено-невротический, психастено-депрессивный, эрго-гиперстенический, ипохондрический типы, доминирующими среди них были психоорганический (26,92 %) и астено-невротический (25,32 %) ($p < 0,01$).

Выводы. Установленные особенности личности больных СД 2 типа средней степени тяжести позволяют расширить представление о диабетической патоперсонологии, что позволит улучшить диагностику коморбидных СД 2 типа психических нарушений, их профилактику и качество лечения пациентов с этой патологией.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, акцентуации характера, особенности личности, когнитивные расстройства.

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH THE MODERATE SEVERITY 2ND TYPE DIABETES MELLITUS

O. V. Tkachenko

Background. A number of researchers name as one of the complications of type 2nd diabetes mellitus the patocharacterological changes that lead to a violation of compliance patients to therapy. Personality characteristics of patients classically considered as one of the factors in the development of type 2nd diabetes mellitus. Therefore, the study personality qualities of patients with type 2nd diabetes mellitus must be one of the priority areas.

Objective. The aim of the study to investigate personality characteristics of patients with the moderate severity type 2nd diabetes mellitus.

Materials and methods. Were examined 312 patients with moderate severity type 2nd diabetes mellitus. Research methods: anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical.

Results. It is established that a harmonious personality was almost not typical for patients with moderate severity type 2nd diabetes mellitus, and were apparent only among a 3,85 %. For most patients with moderate severity type 2nd diabetes mellitus (75,32 %) was characterized by a combined accentuation of character. The structure of patocharacterological shifts studied with mixed accentuation in 26,92 % were involved in personality traits is due to psychoorganic syndrome. Among the isolated character accentuation patients with moderate severity type 2nd diabetes mellitus the most common was anxiety type (6,09 %), the second frequency – labile (3,85 %) and pedantic (3,53 %) types of accentuations of character.

Identified five patopersonality profiles that were found among patients with moderate severity type 2nd diabetes mellitus, with mixed accentuations: psychoorganic (deficient and affective-labile variants), asthenic-neurotic, psychasthenia-depressive, ergo-hypersthenic, hypochondriac types, dominant among which was psychoorganic (26,92 %) and asthenic-neurotic (25,32 %) types ($p < 0.01$).

Conclusions. Installed personality characteristics of patients with moderate severity type 2nd diabetes mellitus allow to expand representations about diabetic patopersonality to improve diagnosis of mental disorders comorbid type 2nd diabetes mellitus, their prevention and improve treatment of patients with 2nd diabetes mellitus.

Keywords: diabetes mellitus of the 2nd type, of character accentuation, personality traits, cognitive disorders.

Стаття надійшла до редакції 27.02.2017 р.

ТКАЧЕНКО Ольга Віталіївна, к.мед.н., асистент кафедри терапії, клінічної фармакології та ендокринології Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: tkachenkovt@ukr.net

ТКАЧЕНКО Ольга Витальевна, к.мед.н., ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и эндокринологии Запорожской медицинской академии последипломного образования МОЗ Украины, г. Запорожье, Украина; e-mail: tkachenkovt@ukr.net

TKACHENKO Olga Vitaliivna, MD, PhD, Assistant of the Department of Therapy, Clinical Pharmacology and Endocrinology of the State Institution «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine», Zaporizhzhya, Ukraine; e-mail: tkachenkovt@ukr.net

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК [616.89:340.63]:316.614

О. П. Олійник

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА ПРАВОВІ ЗАСАДИ УСПІШНОЇ РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ
СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
sudprof@ukr.net

Актуальність. На підставі аналізу досвіду роботи в судово-психіатричних відділеннях України та ознайомившись з роботою подібних клінік Німеччини, Литви, Нідерландів, Ізраїлю можна зробити висновок, що концептуальні підходи до напрямків роботи з судово-психіатричними пацієнтами збігаються. Проте вони суттєво різняться в плані практичної реалізації, переважно через недосконалість правової та методичної бази, суттєву різницю у фінансуванні, невідповідність кадрового забезпечення.

Матеріали та методи. У статті проаналізований досвід роботи судово-психіатричних клінік України, Ізраїлю та деяких європейських держав з метою висвітлення найпрогресивніших підходів до організаційних та правових засад судово-психіатричної діяльності.

Результати. Розширення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів має сприяти досягненню основної мети примусових заходів медичного характеру – запобіганню скоєнню ними повторних суспільно небезпечних дій (СНД), але жодним чином не провокувати у пацієнтів відчуття всюдозволеності та безкарності, а у медичного персоналу – відчуття безпорадності.

Закономірності фінансування європейської судової психіатрії виявляють прямо пропорційний зв'язок між рівнем фінансування та рецидивуванням СНД. Це наочно свідчить про те, що впровадити найпрогресивніші організаційні та правові засади ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів неможливо без адекватного фінансування, яке, в свою чергу, є запорукою розробки та успішної реалізації сучасних лікувально-реабілітаційних програм та забезпечення підготовки необхідного кадрового потенціалу, який професійно спроможний виконати це завдання.

Неповнолітні правопорушники та особи із залежністю від ПАР мають бути окремим контингентом судової психіатрії. Це пацієнти, найчутливіші до психореабілітаційних програм.

Висновки. Результати проведеного аналізу свідчать, що судова психіатрія України потребує нагального реформування для приведення у відповідність до міжнародних стандартів надання психіатричної допомоги. Розробка сучасних організаційних та правових засад судової психіатрії має стати стартовим етапом у реформуванні цього напрямку.

Ключові слова:
судова психіатрія,
організаційні та правові
засади реформування,
права пацієнтів,
ресоціалізація.

Актуальність. Сучасний досвід свідчить, що успішна ресоціалізація судово-психіатричних хворих є запорукою зменшення вірогідності скоєння ними рецидивних суспільно-небезпечних дій (СНД). На сьогодні переконання, що основною метою застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ) є ізоляція та лікування хворих, є архаїчними уявленнями про способи усунення суспільної небезпечності психічно хворих.

На підставі досвіду роботи в судово-психіатричних відділеннях України та ознайомившись з роботою по-

дібних клінік Німеччини, Литви, Нідерландів, Ізраїлю можна стверджувати, що концептуальні підходи до напрямків роботи з судово-психіатричними пацієнтами збігаються. Але вони суттєво різняться в плані практичної реалізації, переважно через недосконалість правової та методичної бази, значну різницю у фінансуванні, невідповідність кадрового забезпечення.

Організаційні та правові засади є основою судово-психіатричної діяльності, тому будь-яке реформування має починатися з розробки організаційних та правових

аспектів, які відповідатимуть сучасним законам та міжнародним стандартам.

Матеріали та методи дослідження

У статті проаналізований досвід роботи судово-психіатричних клінік України, Ізраїлю та деяких європейських держав з метою висвітлення найпрогресивніших підходів до організаційних та правових засад судово-психіатричної діяльності.

Результати та їх обговорення

В усіх клініках існує градація режимів спостереження з диференційованим обмеженням прав і свобод пацієнтів залежно від їх психічного стану. Режим нагляду призначає суд з огляду на ступінь суспільної небезпечності хворого. Він може бути суворим, посиленням, звичайним та амбулаторним. Скрізь, окрім України, судово-психіатричні клініки є окремими медичними закладами з усіма видами стаціонарних відділень, а подекуди й з амбулаторними структурними підрозділами.

Найбільша схожість в законодавчій базі та практичних підходах до роботи з судово-психіатричними пацієнтами існує між Україною та Литвою.

У Литві на 2,8 млн населення функціонує одна судово-психіатрична лікарня з усіма режимами стаціонарного спостереження в м. Рокішкісі. Клініка була перепрофільована з «законсервованої» соматичної лікарні типової радянської споруди на кошти, виділені Євросоюзом в рамках проекту «Реорганізація судово-психіатричної допомоги в Литві» впродовж 2005–2006 рр. Початково лікарня була розрахована на 270 ліжок [1], однак протягом наступних 2007–2014 років роботи кількість пацієнтів збільшилась майже до 400 осіб, що спричинило необхідність розбудови закладу. При цьому кількість правопорушень у Литві не зростала. Литовська республіка зіткнулася з проблемою виписки пацієнтів за місцем їх постійного проживання після проходження курсу лікування в м. Рокішкісі. Подекуди дана проблема обумовлена відсутністю житла, подекуди – небажанням родичів та спільноти приймати таких пацієнтів, подекуди – неможливістю забезпечити необхідну реабілітаційну програму в амбулаторних умовах за місцем проживання хворого. З огляду на це виникла потреба побудови амбулаторного центру для судово-психіатричних пацієнтів з соціальними гуртожитками та з можливістю отримання кваліфікованої медичної допомоги. Вирішення цього питання перебуває на дискусійному етапі, тривають узгодження організаційних, фінансових та суспільних аспектів можливості реалізації даного проекту.

Рокішкіська психіатрична лікарня реорганізовувалась і продовжує розбудовуватись поступово. З моменту планування проекту у 2002 році і до сьогодні в лікарні успішно реалізовано декілька програм з удосконалення допомоги судово-психіатричним пацієнтам. Більшість з цих програм спрямовані на психореабілітацію та ресоціалізацію хворих. Будь-який проект – чи то побудова нового лікувального корпусу, реабілітаційного центру або центру професійної підготовки, чи то розробка і впровадження програм психологічної та трудової реабілітації, чи то забезпечення технічного моніторингу безпеки в закладі, спочатку проходить етапи ретельного

планування, пошуку джерел фінансування, а потім – реалізації в чітко обумовлені строки і в межах виділеного кошторису. Більшість проектів в Рокішкісі були профінансовані Європейськими структурними фондами [1].

У Німеччині судово-психіатричні клініки є майже в кожній федеральній землі (всього земель 16) за потребою територіальних громад. Фінансуються вони з федерального бюджету (бюджету федеративного округу). Кожна федеральна земля має свій закон про застосування вправних заходів щодо злочинців, єдиного закону немає. Звідси й відмінності Закону про порядок лікування неосудних та обмежено осудних осіб у кожній федеративній одиниці [2, 3]. Судово-психіатричні лікарні в Німеччині різняться від сучасно оснащених і чудово збережених старовинних будівель 18 століття до найновітніших клінік у Рідштадті, що швидше нагадують п'ятизірковий комплекс, обгороджений високим прозорим периметром. З 1970 років психіатрична допомога дітям надається окремо від дорослих. Неповнолітні правопорушники лікуються або в окремому корпусі психіатричної лікарні, або в окремому відділенні багатопрофільної дитячої лікарні.

Європейські судово-психіатричні клініки охоплюють всі види спостереження в одному закладі. Кожен режим спостереження має свої суттєві обмеження щодо «свободи пересування» хворих. Абсолютним протипоказанням до виходу за межі лікувального закладу є суворий та посилений нагляд.

У Литві хворим з відділень із суворим та посиленим наглядом не дозволено відвідувати реабілітаційний центр та заклад професійної підготовки за межами периметру лікарні. Психореабілітацію вони проходять у відповідно оснащених кабінетах в самому відділенні або в приміщеннях інших корпусів, не виходячи за межі лікарні. Найлояльнішим є режим звичайного спостереження, на якому хворі можуть самостійно виходити у визначених справах за межі закладу. Мета виходу має бути обґрунтованою (відвідання реабілітаційних центрів, церкви, установ соціальної допомоги, лікарів у соматичній лікарні тощо). Проста «прогулянка» не є підставою для виходу з лікарні. Місця для прогулянок на свіжому повітрі є у внутрішніх двориках кожного відділення, куди пацієнти можуть вийти прямо із відділення у будь-який не заборонений для цього час. Також для прогулянок існує й більша територія з місцями відпочинку, куди пацієнти виходять на тривалі прогулянки за розкладом. Вихід за межі лікарні можливий за умови дотримання правил внутрішнього розпорядку, виконання всього обсягу індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми та у час, що їй не заважає. Будь-яке порушення цих умов може призвести до обмеження прав і свобод уже всередині конкретного режиму спостереження, про що пацієнти письмово проінформовані.

У судово-психіатричних клініках Німеччини більш диференційовані режими нагляду, виділяють п'ять їх рівнів: рівень 0 – суворий нагляд, обмежує пересування хворого в межах палати; рівень 1 – посилений, обмежує пересування хворого в межах відділення; рівень 2 – звичайний, дозволяє вільно переміщатись у межах лікарні, двору, вихід за межі лікарні можливий у супроводі персоналу; рівень 3 – лікарні з вільним виходом; рівень 4 – «нічний стаціонар»

для тих, хто не має житла. Спеціалізовані амбулаторні центри існують окремо. У федеральній землі Гессен на 6 млн населення з 2011 року функціонує та розбудовується надсучасна судово-психіатрична клініка у м. Рідштадті, яка приймає на примусове лікування найнебезпечніших психічно хворих, що були визнані неосудними та обмежено осудними. Окрему увагу приділяють неосудним та обмежено осудним нарко-, алкозалежним. Ступінь нагляду у даній лікарні відповідає 0, 1, 2 рівням. Потреба в судово-психіатричних одиницях землі Гессен складає 550 ліжок для стаціонарного примусового лікування, 500 місць для спеціалізованої амбулаторної допомоги, 230 ліжок для стаціонарного примусового лікування нарко- та алкозалежних і 10 стаціонарних ліжок для підлітків. Лікарня в Рідштадті перекриває потреби в 392 стаціонарних місцях для психічно хворих. Вона розрахована на одно- та дво-місне проживання хворих з особистою площею на одного пацієнта 7,7 кв. м. У палатах передбачені душ та туалет. Ліжко, стіл, шафа для кожного пацієнта окремі. Вартість реалізації цього проекту становить 30 млн євро.

У центрі судової психіатрії в м. Липпштадті, що розташований у Вестфалії, існують всі рівні режимів стаціонарного нагляду, від 0 до 4. Пацієнти, що перебувають на 3 та 4 ступенях нагляду, можуть без супроводу покидати межі психіатричного закладу, працювати, самостійно купувати продукти тощо. Рішення про зміну режиму спостереження в межах лікарні, як у бік посилення, так і в бік послаблення, приймає внутрішньолікарняна комісія.

В Україні самостійний вихід за межі медичного закладу пацієнта, що перебуває на будь-якому виді стаціонарного режиму спостереження, не передбачений.

У Литві, як і в Україні, вид ПЗМХ призначається, змінюється та відміняється тільки за рішенням суду. Строки перебування на примусовому лікуванні обумовлені психічним станом і рівнем суспільної небезпечності пацієнта. Судом вони не встановлюються. Не рідше ніж щопівроку комісія лікарів-психіатрів визначає рівень суспільної небезпечності психічно хворого та подає обґрунтоване клопотання до суду з рекомендаціями щодо перебування хворого на тому чи іншому режимі спостереження. Остаточне рішення за судом. Присутність пацієнта в суді є обов'язковою. Зміна режимів відбувається поетапно, від суворого до амбулаторного. Амбулаторний нагляд призначається обов'язково, за винятком лежачих інвалідів I групи. Якщо хворий «не утримується» на режимі спостереження, його, за рішенням суду, повертають на більш суворий режим нагляду. В Україні застосування більш суворого режиму можливе за рішенням суду тільки у разі скоєння хворим нового СНД.

У Литві лікуючий лікар не входить до складу комісії з перегляду термінів перебування на режимі. Це зроблено з метою запобігання скаргам хворих на упереджене ставлення до них лікуючого лікаря та для об'єктивізації процесу прийняття рішення. До складу комісії входять три лікарі. Зазвичай це завідуючий відділенням, лікар відділення (окрім лікуючого) та представник адміністрації (начмед). Хворий має право оскаржити їхнє рішення. Скарги хворих далеко не завжди маячні.

Як зазначено вище, у німецьких клініках рішення про зміну режиму спостереження в межах лікарні лікарі приймають самостійно, залежно від психічного стану па-

цієнта та дотримання ним визначених правил. Будь-яке порушення попередньо визначених правил внутрішнього розпорядку симетрично відображається на обмеженні прав пацієнтів, як і навпаки. Термін перебування на примусовому лікуванні необмежений. Не рідше одного разу на рік терміни розглядає судова колегія із трьох суддів на підставі звіту, який складається лікарською комісією. Один раз на 5 років хворого обов'язково оглядає незалежний експерт-психіатр. Виписка з психіатричної лікарні Рідштадта відбувається поетапно. Прохання про пом'якшення режиму подає сам пацієнт. Комісія, до якої входить лікар-психіатр (керівник відділення), середній медичний персонал (медична сестра, яка курирує хворого) та психолог, попередньо розглядають прохання хворого, після чого подають його на розгляд головному лікарю. Остаточне рішення приймає консиліум лікарні, затверджує його рішення директор. Далі застосовується так звана «пробна» виписка на 6 місяців з проживанням у спеціальному гуртожитку або інтернаті. При цьому формально особа є пацієнтом клініки, але живе на пробній виписці. При гарних показниках соціальної інтеграції відбувається остаточна виписка через суд. В подальшому до особи застосовується достатньо суворий режим спостереження не менше 5 років з обов'язковим наданням амбулаторної психіатричної допомоги.

У центрі судової психіатрії в Липпштадті наявні всі режими стаціонарного нагляду – від суворого до нічного стаціонару. Зміна режимів відбувається поетапно. Обов'язковим критерієм припинення стаціонарного лікування є утримання на режимі вільного виходу у «відкритій лікарні». Нічний стаціонар розрахований для пацієнтів, які не мають власного житла. Після стаціонарного примусового лікування до всіх пацієнтів обов'язково застосовується примусова амбулаторна допомога за місцем проживання.

В усіх психіатричних лікарнях, як і в Україні, застосовується фіксація та ізоляція пацієнта в наглядову палату. Підстави та правила застосування фізичного обмеження в Україні визначені наказом МОЗ від 24.03.2016 р. № 240 «Про затвердження Правил застосування фізичного обмеження та (або) ізоляції при наданні психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, та форм первинної облікової документації». У Литві листок фіксації заповнює медсестра, вона ж описує стан хворого кожні 15–20 хвилин. Лікар оглядає хворого не рідше одного разу за 2 години. Тривалість фіксації визначається за потребою, з огляду на психічний стан пацієнта. У наглядову палату хворі ізолюються за показаннями (через декомпенсацію психічного стану, потребу в наданні за соматичним станом або через порушення правил внутрішнього розпорядку). Обов'язково ведеться листок активного нагляду, в якому зазначаються підстави до застосування цього виду обмеження, його початок та закінчення, з вказівкою кодів обмеження, наприклад, обмеження спілкування з іншими хворими, заборона на побачення, заборона на відвідування спортзалу, на перегляд телебачення, прослуховування музики тощо. Стан пацієнта описується в листку активного нагляду кожен день. Наглядові палати обов'язково є у відділеннях із суворим надглядом, подекуди – з посиленням, і відсутні у відділеннях із звичайним надглядом. Більшу частину

часу наглядові палати європейських клінік перебувають порожніми. Розташовані вони біля сестринського посту, щоб забезпечити можливість спостереження за хворим без заходу в палату. В німецьких клініках можуть бути окремі палати релаксації з м'якими стінами, зручним ліжком-матрацом або ліжком-пуфом, з можливістю прослуховування спокійної музики, з приглушеною підсвіткою релаксуючих кольорів, наприклад, у вигляді зоряного неба. До такої палати хворий може бути поміщений за ініціативою медичного персоналу через напружений психічний стан або на власне прохання пацієнта, для розслаблення та усамітнення протягом декількох годин.

В європейських судово-психіатричних клініках пацієнти вільно користуються всіма столовими приборами, в тому числі ножами та вилками, електричними приладами, плитами для приготування або розігріву їжі, приладдям для шиття (ножицями, голками), особистими речами, пристроями для прослуховування музики, перегляду телебачення, комп'ютерною технікою та мобільними телефонами (вихід в Інтернет, як і час користування мобільним телефоном, зазвичай обмежені). Користування мобільним телефоном та Інтернетом інколи спричиняє непередбачувані ексцеси, які розв'язуються індивідуально. Такі випадки неминучі, але вони не є підставами для обмеження прав усіх хворих користуватися засобами комунікації. Пацієнти також мають невід'ємне право на вільне віросповідання, навчання та отримання доходів від своєї праці. У трудових майстернях клініки Ліпшадта хворі виробляють автомобільні ліхтарі для однієї з провідних автомобільних компаній Німеччини, за що отримують зарплату на власну банківську картку. Заробленими коштами пацієнти можуть розпоряджатися вільно.

Лікувальна та психореабілітаційна програма розпочинається одразу, з перших днів поступлення хворого до лікарні, незалежно від призначеного режиму спостереження. У Німеччині хворий має право відмовитись від психофармакотерапії. Натомість до нього можуть бути застосовані певні обмеження прав і свобод, аж до застосування позитивного перебування в судово-психіатричному закладі. Деякі хворі цілком свідомо приймають ці умови.

У провідних європейських клініках для біологічної терапії використовують не тільки атипичні нейролептики. Найчастіше там застосовують галоперидол, зуклопентиксол, депоновані препарати, рідше – рисперидон, оланзапін тощо. На вибір препаратів впливає добова сума коштів, що виділяються бюджетом на утримання одного судово-психіатричного пацієнта.

Вартість «ліжко-дня» судово-психіатричного пацієнта у Литві складає орієнтовно 40 євро, у Німеччині близько 400 євро, у Нідерландах – понад 700 євро, в Україні ця сума різна в кожному регіоні і в середньому становить 5 євро.

Рецидивність правопорушень людьми з психічними розладами в Нідерландах становить менше 3 %. Це найменший показник в Європі. В Німеччині особи, що пройшли примусове лікування, за свідченнями самих судових психіатрів, дуже рідко скоюють повторні СНД. В Україні цей показник при деяких психіатричних нозологіях може сягати до 60 %.

У лікарні в Рокішкісі на 95 пацієнтів одного з відділень із звичайним наглядом припадає 4 лікарі-психіатри

та завідувач відділення. Окрім того, в кожному відділенні є психологи, соціальні працівники. Навантаження на одну медичну сестру не перевищує 15 хворих.

На 56 пацієнтів одного з відділень лікарні в Рідштадті припадає 3,5 ставки лікарів-психіатрів, 3 ставки психологів, 0,75 – соціальних працівників, 0,5 – юриста, 3 – терапевта, 1,5 – секретаря, 60 ставок середнього медичного персоналу, 14 – працівників служби охорони та безпеки, 7 ставок прибиральників [2].

Судово-психіатричні клініки Ізраїлю – достатньо закриті установи. Організаційні та правові аспекти надання там судово-психіатричної допомоги набагато прогресивніші, ніж в Україні. У Нідерландах роль лікаря-психіатра максимально мінімізована до рівня консультанта. Майже вся увага приділяється психореабілітації.

В усіх європейських судово-психіатричних клініках привертає увагу неймовірний затишок і чистота. Система безпеки влаштована таким чином, щоб вести відеоспостереження з мінімальною безпосередньою присутністю охоронців серед хворих. Двері відчиняються за системою шлюзів. Металеві решітки припустимі тільки на вікнах, що ведуть на вулицю. Скло використовується винятково броньоване. Працівники мають індивідуальні пристрої (телефон, рації) для екстреного зв'язку з охороною у разі потреби.

Неповнолітнім правопорушникам, неосудним та обмежено осудним особам із залежними станами в європейських країнах приділяється особлива увага. Для них окремо виділяються стаціонарні місця в судово-психіатричних клініках, розробляються спеціальні програми лікування та реабілітації, з обов'язковим амбулаторним наглядом у спеціалізованих центрах за місцем проживання. Особи із залежними станами складають близько 10 % від усього контингенту судово-психіатричних клінік Німеччини. Переважно вони скоюють крадіжки. Після курсу реабілітації рецидивність СНД низька. В Україні ця категорія психічно хворих ніяк не виділяється. Статистика скоєння ними повторних правопорушень навіть не ведеться.

Висновки

Вищенаведений аналіз свідчить, що судова психіатрія в Україні потребує нагального реформування з метою приведення її у відповідність міжнародним стандартам надання психіатричної допомоги. Стандарти забезпечення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів подекуди не відповідають пріоритетам прав і гідності людини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини та деяким положенням інших нормативно-правових актів.

Розширення прав і свобод судово-психіатричних пацієнтів має сприяти досягненню основної мети примусових заходів медичного характеру – запобіганню скоєння ними повторних СНД, але жодним чином не провокувати у пацієнтів відчуття вседозволеності та безкарності, а у медичного персоналу – відчуття безпорадності.

Розробка сучасних організаційних та правових засад судової психіатрії має стати стартовим етапом у реформуванні цього напрямку.

Закономірності фінансування європейської судової психіатрії прямо пропорційно пов'язані з рівнем фінансування та рецидивністю повторних СНД осіб з психічними розладами. Це наочно свідчить, що впровадити найпрогресивніші організаційні та правові засади ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів неможливо без адекватного фінансування, яке, в свою чергу, є запорукою розробки та успішної реалізації сучасних лікувально-реабілітаційних програм та забезпечення необхідного кадрового потенціалу, який професійно спроможний виконати це завдання.

Європейський досвід доводить, що неповнолітні правопорушники та особи із залежністю від ПАР мають бути окремим контингентом судової психіатрії, як пацієнти, що мають найбільшу терапевтичну чутливість до психо-реабілітаційних програм. Програми терапії в судово-пси-

хіатричних клініках обов'язково проходять як неосудні, так і обмежено осудні особи з психічними розладами.

Список використаної літератури

1. A social integration of the forensic psychiatric patients / A methodological publication, 2008. – 48 p.
2. Walter M. Schmidbauer Forensische Psychiatrie und Mabregelvollzug in Hessen // Ein Unternehmen des LWV Hessen Reidstadt, 2013. – 28 p.
3. Закон о применении исправительных мер / Zakon o primenenii ispravitelnyih mer Landschaftsverband Westfalen. – Lippe, LWL. – Mabregelvollzugsabteilung Westfalen, 27.10.2009. – 28 p.

References

1. A social integration of the forensic psychiatric patients. (2008). A methodological publication, 48 p.
2. Walter, M. (2013). Schmidbauer Forensische Psychiatrie und Mabregelvollzug in Hessen. Ein Unternehmen des LWV Hessen Reidstadt, 28 p.
3. The law on the application of corrective measures. (27.10.2009). Landschaftsverband Westfalen. Lippe, LWL: Mabregelvollzugsabteilung Westfalen, 28 p.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УСПЕШНОЙ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ О. П. Олейник

Актуальность. На основании опыта работы в судебно-психиатрических отделениях Украины и ознакомившись с работой подобных клиник Германии, Литвы, Нидерландов, Израиля можно сделать вывод, что концептуальные подходы относительно направлений работы с судебно-психиатрическими пациентами совпадают. Однако они существенно отличаются в плане практической реализации, в основном из-за несовершенства правовой и методической базы, существенной разницы в финансировании, несоответствия кадрового обеспечения.

Материалы и методы. В статье проанализирован опыт работы судебно-психиатрических клиник Украины, Израиля и некоторых европейских стран с целью освещения наиболее прогрессивных подходов к организационным и правовым основам судебно-психиатрической деятельности.

Результаты. Расширение прав и свобод судебно-психиатрических пациентов должно способствовать достижению основной цели принудительных мер медицинского характера – предотвращению совершения ими повторных общественно опасных действий (ООД), не провоцируя при этом у пациентов ощущения вседозволенности и безнаказанности, а у медицинского персонала – чувства беспомощности.

Закономерности финансирования европейской судебной психиатрии выявляют прямо пропорциональную связь между уровнем финансирования и рецидивированием ООД. Это наглядно свидетельствует, что внедрить самые прогрессивные организационные и правовые основы ресоциализации судебно-психиатрических пациентов невозможно без адекватного финансирования, которое, в свою очередь, является залогом разработки и успешной реализации современных лечебно-реабилитационных программ и обеспечения подготовки необходимого кадрового потенциала, способного выполнить это задание.

Несовершенные правонарушители и лица с зависимостью от психоактивных веществ должны быть отдельным контингентом судебной психиатрии. Эти пациенты являются наиболее чувствительными к психореабилитационным мероприятиям.

Выводы. Результаты проведенного анализа свидетельствуют, что судебная психиатрия Украины нуждается в безотлагательном реформировании для приведения в соответствие международным стандартам оказания психиатрической помощи. Разработка современных организационных и правовых основ судебной психиатрии должна стать стартовым этапом реформирования в этом направлении.

Ключевые слова: судебная психиатрия, организационные и правовые основы реформирования, права пациентов, ресоциализация.

ORGANIZATIONAL AND LEGAL FOUNDATIONS OF SUCCESSFUL REINTEGRATION OF FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS O. P. Oliynyk

Background. Having experience in forensic psychiatric departments of Ukraine and got acquainted with the work of such clinics in Germany, Lithuania, the Netherlands, Israel can be noted that the conceptual approaches regarding the areas of working with forensic patients are the same. However, they differ significantly in terms of practical implementation is mainly due to the imperfections of the legal and methodological framework of disparity of funding, inconsistency of staffing.

Objective, materials and methods. In article was analyzed the experience of forensic psychiatric clinics in Ukraine, Israel and some European countries with the aim of providing the most advanced approaches to organizational and legal bases of forensic activity.

Results. Extension of the rights and freedoms of forensic psychiatric patients ought to promote achieving the main goals of coercive measures of a medical nature – to prevent from committing repeated socially dangerous acts (SDA). But this should not provoke the patients to feel of permissiveness and impunity, and should not made the medical staff feel helpless.

Pattern of funding in European forensic psychiatry shows a directly proportional relationship between the level of funding and recurrent SDA. This clearly shows that introducing the most advanced organizational and legal bases of rehabilitation of forensic psychiatric patients is impossible without adequate funding. In turn it is key to the development and successful implementation of modern treatment and rehabilitation programs and secure the necessary human resources, which are able to perform this task.

Juvenile offenders and persons with substance dependence should be separate contingent of forensic psychiatry. Those patients are the most sensitive to psychorehabilitation measures.

Conclusions. The above analysis are showed that forensic psychiatry in Ukraine needs urgent reform to meet international standards of psychiatric care. Development of modern organizational and legal basis of forensic psychiatry should be the starting point of reform in this direction.

Keywords: forensic psychiatry, institutional and legal framework reform, patients rights, resocialization.

Стаття надійшла до редакції 15.01.2017 р.

ОЛІЙНИК 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 Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: sudprof@ukr.net

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, г. Киев, Украина; e-mail: sudprof@ukr.net

OLIINYK Oksana Petrivna, MD, PhD, Senior Researcher, 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, Kyiv, Ukraine; e-mail: sudprof@ukr.net

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ПСИХІАТРІЯ ХХІ СТОЛІТТЯ: ПРОБЛЕМИ
ТА ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ», 27-29 КВІТНЯ 2017 Р., М. КИЇВ
ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

УДК 616.89-008.441.44/45-036.4:57.034

Д. І. Бойко, Л. В. Животовська, Г. Т. Сонник

ФАКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ЕПІЗОДОМ ПСИХОЗУ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
bojko998@gmail.com

Актуальність. Перший епізод психозу – серйозний біологічний та соціальний стрес для хворого і його близьких. Сучасними дослідженнями доведено значення ранньої діагностики та лікувального втручання, а саме перших п'яти років з моменту виникнення психічних розладів, коли відбуваються найсерйозніші біологічні, психологічні та соціальні зміни, а патологічні порушення є максимально пластичними. Важливим аспектом є високий ризик виникнення аутоагресивної поведінки при першому епізоді психозу, що особливо відмічається при маніфесті гострого поліморфного психотичного розладу та параноїдної форми шизофренії. До того ж, у ряді наукових робіт доведена роль сезону року, як значущого фактора оточуючого середовища, що впливає на ініціацію та подальшу динаміку психічних порушень, а також частоту самогубств та суїцидальних спроб, що говорить про важливість вивчення біоритмологічних особливостей пацієнтів з першим психотичним епізодом.

Метою даного дослідження було вивчення клініко-психопатологічних аспектів суїцидального ризику у пацієнтів з першим психотичним епізодом з урахуванням біоритмологічного статусу.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева, воно базувалось на обстеженні 130 пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді. Обстеження проводили із використанням психопатологічного методу дослідження, клінічного динамічного спостереження за хворим, оцінки психічного статусу. Характеристику клінічних проявів першого психотичного епізоду проводили за шкалою BPRS, ступінь ризику суїциду – за шкалою Любанн-Плоцца, характеристику біологічних ритмів – за анкетною Естберга.

Результати. У результаті дослідження за шкалою Любанн-Плоцца для визначення ступеня суїцидального ризику визначено, що 13 пацієнтів (10,0 %) мали дуже високий тестовий показник (більше 14 балів), вони були віднесені до першої групи, 68 (53,3 %) – високий тестовий показник (11–13 балів), вони склали другу групу, 42 (32,3 %) – середній тестовий показник (7–10 балів) – третю групу, а 7 (4,4 %) – знижений тестовий показник (4–6 балів) – четверту групу досліджуваних хворих.

У першій та другій групах досліджуваних хворих нами був проведений аналіз залежності суїцидального ризику від певних психопатологічних симптомів, встановлених шкалою BPRS. Встановлено, що у першій групі тісний взаємозв'язок із ризиком суїциду простежується за такими ознаками, як «напруженість» ($r=0,237, p \leq 0,01$), «ворожість» ($r=0,181, p \leq 0,05$), «манірність» ($r=0,243, p \leq 0,01$), «збудження» ($r=0,263, p \leq 0,01$), «підозріливість» ($r=0,197, p \leq 0,05$); у другій групі досліджуваних виявлено зв'язок із «відношенням до свого соматичного стану» ($r=0,201, p \leq 0,05$), «тривогою» ($r=0,194, p \leq 0,05$), «депресивним настроєм» ($r=0,237, p \leq 0,01$), «відчуттям провини» ($r=0,256, p \leq 0,01$). У третій досліджуваній групі виявлено зв'язок із «руховою загальмованістю» ($r=0,231, p \leq 0,01$) та «афективною сплосченістю» ($r=0,263, p \leq 0,01$). У четвертій групі пацієнтів достовірного взаємозв'язку між суїцидальним ризиком та певними симптомами встановлено не було.

Проаналізувавши зв'язок ризику аутоагресивної поведінки з добовим типом працездатності ми виявили, що чітка позитивна кореляція простежується між вечірнім типом працездатності (чітко вираженим та слабо вираженим) та підвищенням рівня суїцидального ризику ($r=0,279, p \leq 0,01$). Тобто за анкетною Естберга зроблено висновок, що у пацієнтів з дуже високим показником суїцидального ризику переважає чітко виражений вечірній тип працездатності (61,5 %), порівняно з іншими групами (26,5 % у групі з високим ризиком, 7,1 % у групі з середнім ризиком), у групі з високим суїцидальним ризиком – слабо виражений вечірній тип (48,5 %), порівняно із 30,8 % у групі з дуже високим показником суїцидального ризику, 21,4 % у групі із середнім показником.

Висновки. Певні психопатологічні симптоми пов'язані з рівнем суїцидального ризику при першому епізоді психозу, а саме «напруженість», «ворожість», «манірність», «збудження», «підозріливість», «відношення до свого соматичного стану», «тривога», «депресивний настрій», «відчуття провини»; циркадіанні біологічні ритми, а саме – чітко виражений та слабо виражений вечірні типи працездатності, корелюють з ризиком виникнення та рівнем вираженості аутоагресивної поведінки, тому подальші вивчення аутоагресії при першому психотичному епізоді з урахуванням впливу біологічних ритмів є перспективним напрямком сучасних досліджень у психіатрії, спрямованим на покращення профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів.

Ключові слова: перший епізод психозу, аутоагресивна поведінка, біологічні ритми.

D. I. Bojko, L. V. Zhyvotovska, G. T. Sonnik
SUICIDE RISK FACTORS IN PATIENTS WITH FIRST EPISODE OF PSYCHOSIS
Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine
bojko998@gmail.com

Background. The first psychotic episode – a severe mental disorder that this hour has been studied extensively, an important aspect in this case is auto-aggressive behavior with it, but not enough attention is paid to the study of biological rhythms influence on their formation.

Objective. The aim of this research was to explore the clinical and psychopathological aspects of suicide risk in patients with first psychotic episode with considering biorhythmological status.

Materials and methods. The research included 130 patients with auto-aggressive behavior in first-episode psychosis. Characteristic clinical manifestations of first psychotic episode is determined by BPRS, level of suicide risk – by Lyuban-Plotstsa's scale, characteristics of biological rhythms – by Estberg's questionnaire.

Results. It was found that certain psychopathological symptoms associated with the level of suicide risk, namely the «tension», «hostility», «affectation, pretentiousness behavior», «excitement», «suspicious», «attitude towards his physical state», «alarm», «depressed mood», «feelings of guilt». Circadian rhythms correlate with the level of risk occurrence and severity autoaggressive behavior such as clearly and dimly expressed evening types of daily activity.

Conclusions. Therefore, further research autoaggression during the first psychotic episode with considering the influence of biological rhythms is a promising area of current research in psychiatry aimed at improving the prevention, treatment and rehabilitation.

Keywords: first psychotic episode, autoaggressive behavior, biological rhythms.

УДК 616.85-039-008.47:616.89

Л. О. Герасименко

ФАКТОРИ ПСИХОТРАВМИ У ЖІНОК З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
lara-gerasimenko@mail.ru

Актуальність. Підвищення рівня соціальної напруженості в розвинених країнах Європи і Азії в останні десятиліття призвело до зростання частоти виникнення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) серед населення цих країн, що підтверджує актуальність вивчення даної патології. Частота виникнення ПТСР серед мирного населення в загальній популяції становить від 3 до 6 %.

Мета роботи – виявити предиспозиційні чинники формування психосоціальної дезадаптації у хворих на посттравматичний стресовий розлад (біологічні, психологічні та соціальні) та встановити їх клініко-психопатологічні кореляти.

Матеріали та методи. За умов інформованої згоди обстежено 29 жінок із посттравматичним стресовим розладом (F43.1), які мали ознаки психосоціальної дезадаптації, вони склали основну групу. До групи порівняння увійшли 24 жінки із аналогічною формою невротичного розладу без психосоціальної дезадаптації. Психометричні методи доповнювали клініко-психопатологічне дослідження та були застосовані з метою отримання кількісної оцінки клінічних показників. У дослідженні застосовували методику визначення та класифікації типів соціальної дезадаптації індивідів за І. П. Артюховим.

Результати. За результатами проведеного дослідження, фактори психотравми, виявлені у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, переважно стосуються інформаційної сфери. Як свідчать дані, в основній групі найпоширенішими факторами були негативні очікування від інформаційних повідомлень ($82,8 \pm 1,2$ %) та наявність суб'єктивно значимої негативної інформації ($72,4 \pm 1,7$ %) і фіксація на певній негативній інформації ($72,4 \pm 1,7$ %) та незадоволення загальним інформаційним фоном ($68,9 \pm 1,6$ %). У групі порівняння ці фактори теж були провідними, хоча і дещо менш поширеними: негативні очікування від інформаційних повідомлень ($46,7 \pm 2,6$ %) та наявність суб'єктивно значимої негативної інформації ($53,3 \pm 2,3$ %) і фіксація на певній негативній інформації ($53,3 \pm 2,3$ %) та незадоволення загальним інформаційним фоном ($53,3 \pm 2,3$ %). В основній групі виявлено наявність хронічних чинників психотравми (75,9 %, $p < 0,05$), обумовлених відчуттям самотності, потребою у любові та близьких стосунках ($55,2$ %, $p < 0,05$), а також конфліктами у родині (44,8 %; $p < 0,05$).

У жінок із посттравматичним стресовим розладом на формування інформаційного типу дезадаптації впливала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні сенситивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Дана форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих інформаційних факторів на фоні астеничних, сенситивних, компульсивних та педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Поєднання особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси.

Однаково важливими патогенними факторами у таких випадках були як преморбідна вразливість особистісних і поведінкових механізмів реагування на стрес, так і фактор суб'єктивної значимості та інформаційної сили самого фактора психогенії.

Висновки. Підводячи підсумок аналізу факторів психотравми у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, варто наголосити на тому, що прояви дезадаптації стали наслідком констеляції психопатологічних, патофизиологічних та негативних соціально-психологічних чинників. Провідною групою психогенних чинників для жінок з ПТСР є фактори інформаційного характеру.

Ключові слова: психотравма, посттравматичний стресовий розлад, психосоціальна дезадаптація, жінки.

L. O. Herasymenko
FACTORS OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN WOMEN WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER
 Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine
 lara-gerasimenko@mail.ru

Background. The increase of social tensions in the developed countries of Europe and Asia led to a rise in post-traumatic stress disorder (PTSD) among the population of these countries in the last decades, confirming the relevance of research this pathology.

Objective. To identify predisposing factors of psychosocial disadaptation in patients with posttraumatic stress disorder (biological, psychological and social) and to establish their clinical and psychopathological correlates.

Materials and methods. After getting the informed consent 29 women with posttraumatic stress disorder (F43.1), with signs of psychosocial disadaptation, were examined and were in the main group. The comparison group included 24 women with the same form of neurotic disorder without psychosocial disadaptation. The study used the technique of definition and classification of types of social disadaptation of the individuals by I. P. Artyuhov.

Results. According to the results of the conducted research, factors of psychological trauma, identified in female patients with post-traumatic stress disorder, mainly related to the information sector. According to the data, the negative expectations from information messages (82,8±1,2 %) and the presence of significant subjective negative information (72,4±1,7 %) and fixation on a particular of negative information (72,4±1,7 %) and dissatisfaction with general background information (68,9±1,6 %) were the most common factors in the main group. In the comparison group, these factors were also leading, although somewhat less common: negative expectations from information messages (46,7±2,6 %) and the presence of significant subjective negative information (53,3±2,3 %) and fixation on certain negative information (53,3±2,3 %) and dissatisfaction with general background information (53,3±2,3 %). The presence of chronic psychological trauma factors (75,9 %, $p<0.05$), due to the feeling of loneliness, need for love and intimate relationship (55,2 %, $p<0.05$), as well as conflicts in the family (44,8 %, $p<0.05$) were revealed in the main group.

The situation of excessive information of stress on the background sensitivity and pedantic character traits, common introvertedness influenced on the formation of information-type of disadaptation in women with posttraumatic stress disorder.

Conclusions. Summing up the analysis of the factors of psychological trauma in female patients with posttraumatic stress disorder, it is worth mentioning, that the manifestations of disadaptation were the result of a constellation of psychopathological, pathopsychological and socio-psychological factors. The informational factors are the leading group of psychogenic factors for women with PTSD.

Keywords: psychological trauma, posttraumatic stress disorder, psychosocial disadaptation, women.

УДК [616.89:616.45-001.1/.3:316.61]:355+616.89-008.47/.48

Т. Ю. Ільницька
РОЛЬ РОЗЛАДУ З ДЕФІЦИТОМ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ПРЕМОРБІДІ
ПРИ ПСИХІЧНІЙ ТРАВМІ

Український науково-дослідний інститут
 соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
 ilnitska@id-zu.com

Актуальність. Багато людей, які перебувають у зоні конфлікту, зазнали психологічної травматизації внаслідок військових дій на Сході України. Коморбідність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) у дорослих може призводити до більшої клінічної тяжкості з точки зору супутніх психічних розладів і психосоціального функціонування.

Мета – вивчити вплив симптомів РДУГ в преморбіді на зниження рівня соціальної адаптації в осіб з психічною травмою.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 318 осіб, переміщених із зони конфлікту, і 48 ветеранів, які брали участь у бойових діях і звернулися за медичною допомогою. Клінічну оцінку проводили за допомогою цивільної версії шкали оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (PCL-C), Рейтингової шкали Коннерс 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 тривоги і депресії (HADS).

Результати. ПТСР складається з трьох основних кластерів симптомів: повторне переживання, уникання і підвищена збудливість. У спектрі клінічного фенотипу 191 (52 %) пацієнта, поряд з симптомами ПТСР, спостерігалися імпульсивність, порушення уваги, розлади поведінки та порушення сну. Діагноз РДУГ в особистому або сімейному анамнезі простежувався у 51 особи (14 %). Вищий рівень супутніх психічних розладів мали пацієнти, у яких було діагностовано і ПТСР, і РДУГ, ніж ті, у яких було діагностовано лише ПТСР (включаючи більшу тривалість великого депресивного розладу, опозиційний розлад, соціальну фобію, агорафобію і генералізований тривожний розлад). Крім цього, порушення соціальної адаптації у пацієнтів з РДУГ в преморбіді були більш вираженими.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що наявність симптомів РДУГ в преморбіді у ветеранів війни та осіб, тимчасово переміщених із зони бойових дій, може бути 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.

T. Yu. Ilnytska
ADHD ROLE IN PREMORBIDE AFTER THE POSTTRAUMATIC STRESS
 Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
 ilnitska@id-zu.com

Background. Military operations in the East of Ukraine have psychologically traumatized many people in the conflict zone. The comorbidity of PTSD and ADHD in adults leads to greater clinical severity in terms of psychiatric comorbidity and psychosocial functioning.

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

Materials and methods. PTSD consists of three main symptom clusters: re-experiencing, avoidance and increased arousal. The study involved 318 persons displaced from the conflict zone and 48 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 191 (52 %) patients. In 51 patients (44 %) 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. 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.

Keywords: posttraumatic stress disorder, attention deficit disorder and hyperactivity, social desadaptation.

УДК 57.017.67:616-06:616.89

И. В. Калугин¹, Е. А. Хаустова²

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ
ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

¹КЛПУ «Городская психиатрическая больница № 7 г. Мариуполя»,

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины, г. Киев

²Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев

doct@hitline.net.ua

Актуальность. Явление «комплаенса» и его значение для клинической практики играет важную роль в достижении целей, поставленных как врачом, так и пациентом. Термин «комплаенс» (от англ. compliance — уступчивость, податливость) – это мера, характеризующая правильность выполнения больным рекомендаций врача: лекарственного лечения, нелекарственных процедур, точности выполнения диагностических и профилактических мероприятий, изменения образа жизни и т. д. В обзоре ВОЗ «Приверженность длительной терапии: аргументы в пользу действий» подробно описаны детерминанты приверженности и различные подходы, объясняющие этот феномен и позволяющие организовать воздействие на ее повышение у пациентов, а также направления организации такого воздействия. В качестве основных собственно психологических детерминант приверженности рассматриваются три основные группы факторов: поведение лиц, оказывающих медицинские услуги (не только врачи, но и весь контактирующий с пациентами медперсонал), особенности функционирования системы здравоохранения и характеристики пациентов. Проблема комплаенса стоит очень остро: по данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57 %. По оценке ВОЗ, в индустриально развитых странах лишь около 50 % пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, достаточно длительное время точно соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах – еще меньше. Особые сложности с выполнением рекомендаций врача отмечались у пациентов с психическими патологиями: в среднем 50 % из них произвольно прекращают принимать назначенные им препараты через 3 месяца. Невыполнение врачебных рекомендаций и назначений является частой причиной ухудшения состояния здоровья, особенно у пожилых больных. ВОЗ выделяет пять основных факторов, влияющих на приверженность к терапии:

1. Социально-экономические факторы, которые включают социально-экономический статус пациента, расу, военные действия на территории страны, возраст.

2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения: степень развития медицинской системы в целом, степень развития системы распределения медицинских услуг, образование медицинского персонала, система образования пациентов и длительность их наблюдения, время, отводимое на консультацию пациента.

3. Факторы, связанные с проводимой терапией, которые включают сложный режим приема препаратов, их количество, длительность лечения, частоту смены терапии, скорость достижения эффекта, побочные эффекты препарата.

4. Факторы, связанные с пациентом: знания пациента о заболевании, мотивация к лечению, его ожидания от лечения, забывчивость, непонимание инструкций врача, страх побочных эффектов, привыкание к терапии, предыдущий опыт лечения.

5. Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент: выраженность симптомов заболевания, скорость прогрессирования заболевания, физическое, психическое, социальное состояние пациента, наличие сопутствующей патологии, наличие эффективных методов лечения.

Пожилые пациенты являются одними из ведущих потребителей лекарственных средств и понятие комплаенса для лиц пожилого и старческого возраста становится наиболее актуальным. Достигнуть комплаенса у данной категории пациентов пожилого возраста с психическими расстройствами гораздо сложнее, чем у пациентов молодого и среднего возраста с соматическими заболеваниями. Как показывают наблюдения, нарушение комплаентных вза-

имоотношений между пациентами пожилого возраста с психической патологией и системой здравоохранения, как правило, приводит значимому ухудшению душевного состояния больных и последующей госпитализации в стационар. Значительное число повторных госпитализаций также приходится именно на данную категорию пациентов. В лечении данной категории больных огромную роль имеет их приверженность к терапии. Низкая приверженность является главной причиной уменьшения выраженности лечебного эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение. То есть, наиболее показательной в данном случае является категория пожилых пациентов, которые поступили повторно за определенный период времени на стационарное лечение.

Цель исследования – изучение состояния взаимоотношений между пациентами пожилого возраста с психическими расстройствами и системой медицинской помощи с целью определения факторов, влияющих на формирование их приверженности к фармакотерапии, с помощью анкетирования по параметрам ВОЗ.

Материалы и методы. С целью изучения факторов, влияющих на формирование приверженности к терапии у пациентов пожилого возраста, нами было проведено анкетирование 52 пациентов геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы, поступивших на стационарное лечение за период 2014–2015 гг. и 6 месяцев 2016 г. В исследование включались только пациенты, имевшие опыт неоднократных госпитализаций. Участие в опросе было анонимным и добровольным. Применяемая анкета-опросник была посвящена факторам, влияющим на приверженность к терапии (ВОЗ, 2003). Анкета состояла из 26 вопросов. Так как цель данного исследования преследовала оценку отношения пациентов к факторам, влияющим на приверженность к терапии, по данным ВОЗ, то вопросами данной анкеты являются сами факторы, влияющие на приверженность пациентов к лечению, по мнению экспертов ВОЗ, а варианты ответов были представлены ранговой шкалой самооценки с пятью позициями, содержащей симметричное распределение положительных и отрицательных оценок отношения к изучаемому фактору с равным числом положительных и отрицательных позиций шкалы, разделенных нулевой (нейтральной) позицией.

Результаты. Нами было установлено, что за обозначенный период всего в больницу повторно поступило 730 пациентов (что составило 8,6 % от общего числа поступивших больных). Из них количество пациентов геронтопсихиатрического отделения, поступивших повторно, составило 52 человека (10,3 % от общего числа пациентов, поступивших в геронтопсихиатрическое отделение). Для определения основных факторов, влияющих на приверженность пациентов геронтопсихиатрического отделения к терапии, была проведена их клинико-демографическая характеристика. Нами было установлено, что основную часть пациентов геронтопсихиатрического профиля, повторно поступивших на лечение в стационар, составили:

- лица в возрасте 71–80 лет – 55,8 %;
- пол: женщины – 75,0 %;
- образование: среднее специальное образование – 38,5 %;
- профессия: физический труд – 73,1 %;
- по нозологии: атеросклеротическая деменция – 51,9 %;
- причина ухудшения психического состояния при повторной госпитализации: 36,5 % пациентов не смогли указать на видимую причину ухудшения своего состояния, 30,8 % отметили отсутствие поддерживающей терапии.

Также мы проанализировали факторы, влияющие на приверженность к терапии у пациентов геронтопсихиатрического профиля, с использованием анкеты-опросника, включающей критерии экспертов ВОЗ. Соответственно, оценка проводилась по следующим группам факторов:

1. Социально-экономические факторы;
2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения;
3. Факторы, связанные с проводимой терапией;
4. Факторы, связанные с пациентом;
5. Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент.

В итоге проведенного исследования нами было установлено, что положительное влияние на формирование приверженности к терапии пациентов геронтопсихиатрического профиля имеют следующие основные факторы:

Социально-экономические факторы:

- социальный статус пациента – 51,9 %.

Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения:

- время, отводимое на консультацию пациента – 98,1 %;
- степень развития медицинской системы в целом – 92,3 %;
- образование медицинского персонала (и в частности его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии) – 75,0 %;
- степень развития системы распределения медицинских услуг – 57,7 %;
- система образования пациентов и их длительного наблюдения – 34,6 %.

Факторы, связанные с проводимой терапией:

- скорость достижения эффекта – 46,1 %.

Факторы, связанные с пациентом:

- знания пациента о заболевании – 65,4 %;
- его ожидания от лечения – 50,0 %;
- мотивация к лечению – 28,8 %.

Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент:

- наличие эффективных методов лечения – 53,8 %;
- наличие сопутствующей (соматической) патологии – 48,5 %;
- выраженность симптомов заболевания – 46,1 %;
- физическое, психическое и социальное состояние пациента – 38,5 %;
- скорость прогрессирования заболевания – 36,5 %.

Отрицательное влияние на формирование приверженности к терапии пациентов геронтопсихиатрического профиля имеют следующие основные факторы:

Социально-экономические факторы:

- военные действия на территории страны – 40,4 %;
- возраст – 36,5 %.

Факторы, связанные с проводимой терапией:

- побочные эффекты препарата – 57,7 %;
- сложный режим приема препаратов, их количество – 50,0 %;
- частота смены терапии – 50,0 %;
- длительность лечения – 46,1 %.

Факторы, связанные с пациентом:

- страх побочных эффектов, привыкания к терапии – 86,6 %;
- непонимание инструкций врача – 59,6 %;
- забывчивость – 57,7 %;
- предыдущий опыт лечения – 25,0 %.

Выводы. Формирование комплаенса у пациентов пожилого и старческого возраста является одной из актуальных проблем социальной психиатрии и требует дальнейшего всестороннего изучения. Комплаентность, или выполнение врачебных рекомендаций, является важным фактором успешности лечения острых и хронических заболеваний. Выявленные факторы, оказывающие позитивное и негативное влияние на формирование приверженности пациентов к терапии, помогут в разработке общеобразовательных программ для пациентов пожилого и старческого возраста и методических рекомендаций для медицинского персонала, что, возможно, станет первым шагом к решению вопроса терапевтического комплаенса.

Ключевые слова: комплаенс, полиморбидность, фармакотерапия.

I. V. Kalugin¹, O. O. Khaustova²

THE PROBLEM OF COMMITMENT TO THERAPY IN GERONTOPSYCHIATRIC PATIENTS

¹KLPU «City Psychiatric Hospital No. 7, Mariupol», Mariupol, Ukraine

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

doct@hitline.net.ua

Background. In theses, the conclusions of a study conducted of geriatric psychiatry department of Mariupol city hospital and a literature review on the study compliance in elderly patients are given. The term «compliance» is a measure that characterizes the correctness of following the doctor's recommendations by patients.

Objective. The aim of the research is to study the relationships between the elderly people and health care system to identify the factors which influence on the formation of their adherence to pharmacotherapy.

Materials and methods. It was examined 52 elderly patients who received repeated treatment within a year for the period 2014–2015 and first 6 months of 2016. Their clinical and demographic characteristics have been described and the patients' thought affected on their adherence to therapy has been analyzed.

Results. Positive factors which influenced on the formation of the adherence have been established: social-economic factors, factors, connected with the medical staff and health system, with doctor's prescription and the patient's health conditions.

Conclusions. Development of the main methods for improving adherence to geriatric patients care and comprehensive programs to enhance the effectiveness of treatment, will significantly decrease the risk of side effects, financial burden and generally improve the quality of life.

Keywords: polymorbidity, compliance, pharmacotherapy, geriatric patients.

УДК 616.89:37.013.77

С. С. Кирилюк, А. В. Борщевська

ШКІЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ: СУЧАСНИЙ КОНТЕКСТ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

dr_kyrylyuk@ukr.net

Актуальність. Охорона здоров'я дітей та підлітків, забезпечення їх відповідного розвитку має бути одним з ключових пріоритетів розвитку будь-якого суспільства. Однак неадекватна інтенсифікація навчального процесу при ригідних педагогічних технологіях часто стає гігієнічно невиправданою. Школярі постійно перебувають у стані нейроемоційного напруження на фоні значного скорочення тривалості сну, рухової активності, часу перебування на свіжому повітрі. Все це знижує загальну резистентність організму і сприяє формуванню шкільної дезадаптації, що супроводжується зростанням функціональних відхилень та хронічних захворювань (Н. Куїнджі, Г. Онищенко, В. Кучма, 2007, 2014).

Згідно з даними літератури, в Україні 25–30 % дітей у початковій школі не справляються з освоєнням соціальної ролі учня; в підлітковому віці 21 % учнів мають низький, 61 % – середній і 18 % – високий рівень адаптивної поведінки (Марцинковська І., 2016). Рівень шкільної неуспішності / дезадаптації, шкільної неспроможності (school failure, learning disabilities) в Європі і США суттєво нижчий: лише 5–10 % дітей мають труднощі у навчанні. Проте близько 5 % всіх звернень до педіатрів і, як мінімум, 50 % візитів до психіатрів у США пов'язані зі скаргами на шкільну неуспішність, поведінкові та емоційні проблеми у стосунках із однокласниками та вчителями. У Великобританії близько 71 % дітей із діагнозами емоційних і поведінкових розладів мають труднощі у навчанні, а 57 % учнів із шкільною неуспішністю відповідають діагностичним критеріям тих чи інших психічних розладів (David C. Geary, 2004). «Школотоксикоз», який можна спостерігати останнім часом в українських дітей та підлітків, – це гостре отруєння від шкільного навчання через його надлишковість, недозованість та недиференційованість (В. Горбунова, 2014).

Мета роботи – дослідити сучасний контекст проблематики шкільної неуспішності, особливості українських реалій та узагальнити систему чинників, що призводять до порушень шкільної адаптації.

Матеріали та методи – наукові матеріали, які використовувалися у процесі написання тез, наукові публікації вітчизняних та зарубіжних авторів, результати особистих спостережень, інформаційні повідомлення засобів масової інформації. Матеріали були опрацьовані за допомогою методів порівняння, наукового узагальнення, евристичного, спостереження.

Результати. Як вказують американські автори, перешкоди щодо навчального шкільного процесу можуть спричинити неврологічні дефіцити, що базуються на проблемах опрацювання. Останнє може утруднити освоєння базових навичок, таких як читання, писання і / або рахунку. Діти можуть також зіткнутися з вищим рівнем ураження навичок, а саме: організація процесу, планування часу, абстрактні міркування, порушення довго- або короткотривалої пам'яті та уваги. Важливо розуміти, що ступінь компетентності в навчанні може вплинути на життя дитини і поза школою, на стосунки з сім'єю, друзями і, в дорослому віці, на успішність трудової діяльності.

У Федеральному законі США термін «шкільна неспроможність» використовується як «парасольковий» і об'єднує 13 категорій порушень, а саме: розлади слухової обробки (Auditory Processing Disorder (APD)), дискалькулія, дисграфія, дислексія, розлад мовного опрацювання (Language Processing Disorder), невербальна шкільна неуспішність (Non-Verbal Learning Disabilities), візуальні перцепторні / моторні порушення (Visual Perceptual / Visual Motor Deficit), розлади, пов'язані з ADHD, диспраксія, розлад виконавчих функцій та порушення пам'яті (Claire Bates, Louise Terry and Keith Popple, 2016).

Крім того, симптоматика шкільної дезадаптації має наступну вікову структуру: проблематика дошкільного віку: труднощі проголошення слів, неможливість знайти потрібне слово, труднощі щодо римування, проблема вивчення алфавіту, цифр, кольорів, форми, днів тижня; труднощі користування крейдою, олівцями і ножицями або зафарбування в межах ліній; проблеми з кнопками, застібками-блискавками, зав'язуванням шнурків. Проблематика періоду 5–9 років: труднощі вивчення зв'язку між буквами і звуками, неможливість змішувати звуки для формування слів, бентежливості при читанні основних слів, сповільнений процес освоєння нових навичок, порушення послідовності слів, часті помилки, проблема освоєння основних математичних понять, складність розуміння та запам'ятовування послідовності часових параметрів. Симптоматика 10–13 років: труднощі розуміння прочитаного або порушення математичних навичок, проблеми з відкритими питаннями, тестовими і текстовими завданнями, нелюбов до читання і письма; уникання читання вголос, проблемний почерк, погані організаційні навички (прибирання в спальні, виконання домашніх завдань, забруднення і дезорганізованість на робочому столі, проблема участі у класних дискусіях і висловлюванні думок уголос.

А. Северний, Н. Іовчук (1995) запропонували наступне визначення шкільної дезадаптації – «неможливість шкільного навчання відповідно до природних здібностей і адекватної взаємодії з оточенням в умовах, що ви-суюються до конкретної дитини тим індивідуальним мікросоціальним середовищем, в котрому дитина існує». Аналіз літературних джерел дозволяє виділити наступні фактори, що сприяють розвитку шкільної дезадаптації: природно-біологічні (резидуально-органічна патологія центральної нервової системи, несприятливий соматичний статус, затримка мовного і / чи психічного розвитку, когнітивні дефіцити тощо) та соціально-психологічні (сімейна занедбаність дитини, емоційна депривація; базові якості дитини у вигляді егоцентризму, аутичноподібної поведінки, агресивності; неадекватна педагогічна взаємодія, надмірне перевантаження шкільної програми тощо).

Найважливіші періоди адаптації – це етапи кардинальної зміни діяльності дитини, а саме: початок шкільного навчання, перехід у середню ланку, перехід до профільного навчання (9–10 класи), період завершення навчання та вибору майбутньої професії.

Процес фізіологічної адаптації дитини до школи перебігає в кілька етапів. На першому етапі – орієнтовному – у відповідь на весь комплекс нових впливів, пов'язаних з початком систематичного навчання, організм відповідає бурхливою реакцією та значною напругою практично всіх систем. Ця «фізіологічна буря» триває достатньо довго (2–3 тижні), і організм витрачає практично всі свої «запаси». Потім формується «нестійке пристосування», коли знаходяться оптимальні варіанти реакції на сторонній вплив. На наступному етапі (період відносно стійкого пристосування) визначаються найвідповідніші варіанти реагування організму на навантаження з найменшою напругою всіх систем. Гостра фаза періоду адаптації тривалістю близько місяця супроводжується різноманітними коливаннями в соматичному стані та психічному статусі дитини. При легкій адаптації поведінка нормалізується протягом 10–15 днів; при адаптації середньої тяжкості – протягом місяця, при тяжкій – від 3 до 6 місяців. Підгостра фаза періоду адаптації триває 3–5 місяців (Ostad S. A., 2000).

Аналіз публікації виявляє, що протягом перших двох місяців навчання до школи адаптуються 5–10 % дітей, 30–50 % першокласників адаптуються до кінця першого півріччя, 10–15 % учнів не можуть адаптуватися і до кінця першого року навчання (С. Чекалова, В. Воробйєва, Е. Богомолова, Е. Азова, О. Овсянникова, А. Миронова, 2014–2016).

В якості проявів шкільної дезадаптації виділяють невиконання у процесі навчання вимог програм, академічних нормативів (когнітивний компонент); порушення відношення до навчання і педагогів (байдуже, пасивно чи активно негативістичне ставлення), порушення сприйняття перспектив, пов'язаних із навчанням (особистісний компонент); неконтактність, демонстративність, імпульсивність, поведінка уникання чи залежності в процесі навчання чи в шкільному середовищі (поведінковий компонент). Переважання серед проявів шкільної дезадаптації того чи іншого з цих компонентів залежить від віку та етапів особистісного розвитку дитини і вказує на причини, що лежать в основі її формування.

Часто своєю поведінкою діти протестують проти системи освіти, яка сформувалася протягом багатьох років, не бажаючи вчитися традиційним способом. Їм не імпонує консервативна система, у якій замість проявів творчої думки лише строго дотримуються традицій. Діти очікують поваги у стосунках, партнерського ставлення. Адже «дитина – це не комп'ютер, який може засвоювати інформацію, незалежно від свого емоційного стану... Дитині притаманна якась незвичайна відкритість на найглибші людські і духовні цінності. Дитина прагне... правди у стосунках, чесності і моральної прозорості (Юзеф Августин, 2015).

Разом з тим, передача знань – це один із найважливіших процесів для людства. Отримуючи знання, досвід та соціалізуючись, людина стає людиною. Як стверджує директор Авторської школи М. Гузика, лише 10 % дітей народжуються з академічним талантом, 60 % – з художнім, а в 20 % є чи «золоті» руки, чи соціальний талант (організатор, суспільник), чи здібності до спорту, просторовий (архітектор, перукар) чи духовний талант. Школа акцентована саме на перших 10 %. Ми століттями звикали жити в умовах відносної стабільності лише з короточасними змінами, і наша психіка до цього адаптувалась. А зараз ми вступили в епоху постійних змін, які не припиняються. Життя стало якісно іншим, проте школа продовжує готувати нас до стабільності (В. Заболотная, 2016).

Американський фізик японського походження, викладач зі світовим іменем Мітіо Каку стверджує, що навчання вже не буде базуватися на запам'ятовуванні, адже через кілька років для школярів та студентів на екзаменах буде достатньо кліпнути – і з'явиться потрібна інформація (Zorzi M., 2014). Щоб досягти реального успіху, слід розвивати ті здібності, котрі недоступні для роботів: креативність, уяву, ініціативу, лідерські якості. Ми переходимо в інтелектуально-творчу епоху мудрості.

Сучасні діти добре знають, чого вони хочуть, і ще краще – чого вони не хочуть. Довічне дитяче питання «чому?» замінено на «для чого?», оскільки «нові» діти мають сильну волюву установку на усвідомлені дії. Їх неможливо змусити робити щось, у чому, на їхню думку, нема для них сенсу.

Мотивацією до відповідних досягнень та відвідування школи у дітей та підлітків є спілкування з однолітками та друзями; цікавий та доступний для сприймання навчальний процес; можливість демонструвати розум та свої досягнення. Антимотивацією є розчарування у спілкуванні з ровесниками (вигнанець, цап-відбувайло); акцентування на критиці з боку вчителів та батьків, особлива гострота критики (особливо у молодшій школі); неможливість мати і, відповідно, хизуватися «крутими» забавками та речами; дитячі дефіцити (надлишкова вага, окуляри тощо), котрі провокують кепкування, цькування.

Отже, ціннісно-орієнтована школа – це загальноосвітній тренд. «Держава може вимагати від батьків, щоби вони приводили своїх дітей до школи. Але зрозуміло, що ніхто, ні батьки, ні директор, ні політики не в силах привести в школу серця і душі дітей, їх увагу та бажання, їх інтерес до навчання» (з книги «Щаслива дитина», Стівен Гаррісон).

Голландська та скандинавська педагогіка, які протягом останніх років посідають лідерські позиції у світовій педагогіці, засновані на таких цінностях як партнерство, повага до особистості дитини й педагога. Гарною ілюстрацією системи є їхня рамка ставлення дитини до вчителя. Що діти запитують у вчителів: Чи можу я вам вірити? Чи для мене ви в класі? Чи приймете ви мої можливості й виклики? Чи можу я бути тим, ким я є, зі своїми навчальними можливостями й специфічними якостями? Чи отримаю я від вас позитивний відгук, щоб зросла моя впевненість? Чи допоможете ви мені налагодити контакт з іншими? Чи потурбуєтеся ви про позитивну атмосферу в класі? (Сергій Чумаченко, газета «Дзеркало тижня», № 9, 17.03.2017). Так формуються вимоги до професійного профілю вчителя: емпатія і терплячість. Поведінка вчителя має бути вимогливою і зрозумілою, але завжди з добрими намірами. Принципи педагогічної ідеї Голландії: адаптація до учнів, дозвіл їм працювати на своєму рівні й у власному темпі; гнучке ставлення до вимог мінімуму; створення простору для учнівських талантів; якщо учні показують чудові знання з певних шкільних предметів – дозвіл їм до прискорення; підтримка креативності у впровадженні нових методів освіти; перехід від відмінної (excellent) до гнучко-відмінної (flexcellent) освіти. В обох вказаних системах ключовим принципом є повага до гідності дитини (Priftis, K., & Umiltà, C., 2002).

Висновки. При консультативному зверненні родини зі шкільними проблемами слід, насамперед, розгорнути стратегію: «що можна зробити для дитини?». І кроками до цього є відчуття сім'ї, що вони не є «самотнім островом»; навчання батьків щодо важливості відкриття талантів та ресурсів дитини, пошук шляхів їх реалізації; постійна підтримка діалогу з дитиною, аналіз причин проблем та допомога у їх подоланні; дозування навчання, запобігання «школотоксикозу»; допомога дитині самостійно оцінювати свої успіхи та досягнення, без «прив'язування» до шкільної оцінки; підтримка конструктивного ставлення до школи та поваги до вчителів. Альберт Ейнштейн стверджував, що неможливо вирішити проблему на тому рівні, на якому вона була створена. Отже, будьмо промоутерами змін!

Ключові слова: шкільна неуспішність / виключення, неврологічні та психологічні дефіцити, відносини, «школотоксикоз».

S. S. Kyrylyuk, A. V. Borshchevska
 SCHOOL EXCLUSION: THE MODERN CONTEXT
 Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
 The Postgraduate Department of Psychiatry and Psychotherapy, Lviv, Ukraine
 dr_kyrylyuk@ukr.net

Background. Modern pupils are constantly in a state of neuroemotion tension. This reduces the overall resistance of the body and promotes school exclusion.

Objective. Explore the modern context of the problems of school failure, features to Ukrainian realities and generalize the system of factors that lead to violations of school adaptation.

Materials and methods. Scientific materials used in the process of writing theses, scientific publications domestic and foreign authors, personal observation results, news media reports. The methods by which the materials were processed, compared, scientific generalizations, heuristics, observation.

Results. The term of «school failure» is used as an «umbrella» and brings together 13 categories of violations. To achieve real success we should develop those skills that are not available for robots: creativity, imagination, initiative and leadership. We are moving in intellectual-creative age of wisdom. In consultation with school address family problems should be, above all, to deploy the strategy, «you can do for your child?»

Conclusions. Steps up to the full integrated development of a child are a sense of family that they are not the «lonely island» in the world; teaching parents about the importance of the discovery of talents and resources of the child, finding ways to implement them; continued support for dialogue with the child, analyze the causes of problems and help overcome them; dosing studies, preventing «school toxicosis»; help your child to evaluate their own progress and achievement, which are not «bind» to the school evaluation; supporting an attitude to school and respect for teachers.

Keywords: school failure/exclusion, neurological and psychological deficits, relationships, «school toxicosis».

УДК 616.89-008.442-008.12:340.63

О. А. Козерацька

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ
 Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ
 elen_ko@voliacable.com

Актуальність. В останні роки в Україні та світі спостерігається невтішна тенденція до зростання злочинності на сексуальному ґрунті. За даними МВС (2015 р.), у місцях позбавлення волі за скоєння сексуальних правопорушень відбувають покарання 22 % загальної кількості засуджених та більше третини з них – повторно, що свідчить про недостатність профілактики цього виду правопорушень. Останнє підтверджується тим, що, згідно з опублікованими даними (2015 р.), кількість тільки зафіксованих сексуальних деліктів за період 2010–2015 рр. зросла удвічі. Відомо також, що у 72 % осіб, що скоїли зґвалтування, діагностують ті чи інші психічні аномалії. Сексуальне насильство полягає в спричиненні не тільки фізичного, а й психічного страждання потерпілим.

До останнього часу не розроблено чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних розладів у осіб, які скоїли сексуальні правопорушення, зокрема критеріїв «обмеженої осудності». Не завжди враховується той факт, що сексуальна поведінка є результатом інтеграції соціальних, психологічних, соціально-психологічних, біологічних факторів та сексуальний делікт, який є одним з видів порушення поведінки, також відображає різні рівні взаємодії особистості та середовища.

З огляду на вказане, комплексне дослідження осіб, об'єднаних загальною ознакою – наявністю елемента агресії в структурі сексуальної протиправної поведінки, є актуальним та своєчасним для виявлення чітких критеріїв оцінки їх психічного стану. Це може посприяти в розкритті механізмів суспільно-небезпечних дій (СНД), а також уточненню шляхів профілактики повторних СНД.

Мета роботи – на основі дослідження клініко-патопсихологічних, соціально-демографічних закономірностей перебігу психічних розладів, застосовуючи метод ситуаційного аналізу, розробити критерії судово-психіатричної оцінки з виділенням групи «обмежено осудних», та критерії призначення примусових заходів медичного характеру.

Матеріали та методи. Для досягнення мети обстеження використовували наступні методи: інформаційно-аналітичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, метод ситуаційного аналізу, експертний, статистичний.

Автором було проаналізовано 90 випадків судово-психіатричних експертиз відносно підекспертних, які скоїли правопорушення на сексуальному ґрунті та проходили судово-психіатричну експертизу в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2011 по 2015 роки (5 років).

Результати. З метою визначення взаємозв'язку між ступенем порушення можливості усвідомлювати свої дії та керувати ними та вирішенням експертних питань усі спостереження були поділені на 2 групи порівняння: 1 група – 88 спостережень: підекспертні, визнані осудними; 2 група – 2 спостереження: підекспертні, визнані неосудними. З 1 групи – «осудних» – емпірично була виділена 3 група – «обмежено осудних» – 18 спостережень. Ця група була сформована штучно, виходячи з концепції «обмеженої осудності».

Ця концепція базується на системному підході до поняття «обмежена осудність», який розроблявся в українській судовій психіатрії В. Б. Первомайським, та методологічній позиції «особистість-діяльність» Ф. В. Кондратьєва. Віт-

чизняна концепція обмеженої осудності базується на доведеній позиції нерозривної генетичної єдності свідомості і діяльності. Відповідно до цього, будь-який психічний розлад проявляється через діяльність особи в мікро- та макросоціумі, де лишаються відповідні відбитки. Дослідження соціуму, або кримінальної ситуації у нашому випадку, стає таким чином обов'язковим. Ступінь тяжкості психічного розладу встановлюється через відображення його в певних елементах кримінальної дії.

Серед досліджених переважали ($p < 0,0001$) чоловіки – 96,7 % (87 спостережень), жінки склали 3,3 % (3 спостереження). Середній вік досліджених – $(35,6 \pm 2)$ р.

З наведених даних свідчить, що частіше до кримінальної відповідальності притягувалися особи віком 20–29 років – 38,9 % досліджених, на другому місці за частотою – особи віком 30–39 років – 34,5 % досліджених, на третьому місці особи віком 40–49 років – 17,8 %. Серед відібраних підекспертних переважали особи з середньою спеціальною освітою – 33,3 % (30 випадків), на другому та третьому місцях відповідно особи з неповною середньою – 25,6 % (23 випадки) та із середньою освітою – 22,2 % (20 випадків), особи з вищою освітою склали лише 13,3 % (12 випадків).

Серед дослідженого контингенту переважали неодружені особи – 46,7 % (42 випадки). У групі осудних достовірно ($p \leq 0,05$), порівняно з іншими групами, переважали розлучені – 50 %.

За характером СНД в 50 % було скоєно зґвалтування, в 45 % – розбещення та сексуальний контакт з малолітніми, в 5 % – інші злочини проти статеві недоторканності.

За особливостями реалізації СНД підекспертні розподілялися наступним чином: в 74,4 % випадків обвинувачені на період скоєння інкримінованих діянь перебували в тверезому стані, в 25,6 % випадків – в стані алкогольного сп'яніння. В 93,3 % (84 випадки) кримінальні дії було скоєно одноосібно, в 6,7 % (6 випадків) – у групі.

У 57,8 % (61 випадок) спостерігалася ситуаційне вирішення СНД, в 42,2 % (29 випадків) – СНД було сплановане заздалегідь.

В групі «обмежено осудних», порівняно з групою «осудних», достовірно переважали підекспертні, у яких спостерігалася психопатологічна мотивація – порушення сексуального потягу у вигляді парафілії – агресивно-насильницька, яка поєднувалася з задоволенням викривленого сексуального потягу ($p < 0,002$). У групі «осудних», порівняно з групою «обмежено осудних», достовірно переважали підекспертні з корисливою ($p < 0,001$), агресивною ($p < 0,002$), корисливо-насильницькою ($p < 0,02$) мотивацією.

У групі «обмежено осудних» за діагнозом – в 62,2 % (11 випадків) спостерігалася резидуально-органічне ураження головного мозку з емоційно-вольовими порушеннями, що поєднувалося з викривленим сексуальним потягом (педофілія, раптофілія, ексгібіціонізм, садизм), що достовірно переважало ($p < 0,0001$) даний показник в групі «неосудних», та в 27,8 % (5 випадків) було встановлено діагноз розладу особистості (психопатія), що поєднувався з викривленим сексуальним потягом (педофілія, раптофілія, ексгібіціонізм, садизм), що достовірно переважало ($p < 0,0001$) відповідний показник у групах «неосудних» та «осудних» ($p < 0,02$), в 10 % – (2 випадки) – спостерігалася олігофренія легкого ступеня з емоційно-вольовими порушеннями, яка поєднувалася з викривленим сексуальним потягом (педофілія, раптофілія, геронтофілія, садизм).

Висновки. Вищезазначені соціально-демографічні та клінічні особливості, виявлені при даному науковому дослідженні, можуть бути використані для визначення критеріїв «обмеженої осудності» при судово-психіатричній оцінці осіб, які скоїли кримінальні правопорушення на сексуальному ґрунті.

Ключові слова: судово-психіатрична оцінка, «осудність – обмежена осудність» – «неосудність», сексуальні злочини, розлади сексуального потягу.

O. A. Kozeratska

FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION OF THE PERPETRATORS OF SEXUAL CRIMES

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,

Kyiv City Center of Forensic psychiatric Examination, Kyiv, Ukraine

elen_ko@voliacable.com

Background. In recent years in Ukraine and in the world there is a disappointing trend towards rising crime on sexual grounds. According to the Ministry of Internal Affairs (2015) in prison for committing sexual offenses serve their sentences 22% of all prisoners and more than 1/3 of them - done it again. This is indicating a lack of prevention of this type of offense.

Objective – based clinical research pathopsychological, socio-demographic regularities of mental disorders, using the method of situational analysis, to develop criteria for forensic psychiatric examination of groups of «diminished responsibility» and the criteria for the appointment of compulsory medical measures.

Materials and methods. The author analyzed 90 cases of forensic psychiatry examination to the subject who committed the offense on sexual background and passed forensic psychiatric examination in the Kyiv City Center of Forensic psychiatric Examination from 2011 to 2015 (5 years). We used the following methods: information-analytical, clinical psychopathology, social, demographic, experimental psychological method of situational analysis, expert statistical.

Results. Among surveyed persons men were 96.7 % (87 cases), 3.3 % of women (3 cases). The average age of the surveyed – $(35,6 \pm 2)$. More attracted to criminal responsibility were persons aged 20–29 (38.9 % surveyed), followed by frequency – those aged 30–39 (34.5 % surveyed), in third place – people aged 40–49 (17.8 %). 33.3 % of persons (30 cases) have specialized secondary education, 25.6 % (23 cases) – incomplete secondary education, 22.2 % (20 cases) – secondary education, persons with higher education accounted for only 13.3 % (12 cases). Among the studied contingent dominated the single persons – 46.7 % (42 cases). In the group of legally responsible reliably ($p \leq 0,05$), compared with other groups, dominated divorced persons – 50 %. The type of socially dangerous actions (SDA): in 50 % was committed rape, 45 % – abuse and sexual contact with minors, 5 % – other crimes against sexual integrity. The peculiarities of the implementation of the subject SDA distributed as follows: 74.4 % of cases in the period the accused commit the alleged acts were in a sober state, in 25.6 % of cases – drunk. In 93.3 % (84 cases) criminal acts were committed alone, in 6.7 % (6 cases) – in group. In 57.8 % (61 cases) was observed situational solving of SDA, 42.2 % (29 cases) – SDA was planned in advance. In group «diminished responsibility» reliably dominated persons with psychotic motivation (violation of sexual desire in the form of paraphilia – aggressive and violent, which combined with the pleasure distorted sexual desire ($p < 0,002$)). In the group of «legally responsible» individuals reliably dominated the persons with selfish ($p < 0,001$), aggressive ($p < 0,002$), selfish and violent ($p < 0,02$) motivation. In 62.2 % (11 cases) «diminished responsibility» persons had residual-organic brain damage with emotional and volitional disorders, combined with distorted sexual desire; in 27.8 % (5 cases) were diagnosed with personality disorder (psychopathy) with distorted sexual desire. 10 % (2 cases) of patients had mild mental retardation with emotional and volitional disorders, which combined with the distorted sexual desire.

Conclusions. The above socio-demographic and clinical features identified in this research can be used to determine the criteria of «diminished responsibility» in the forensic psychiatric examination of the perpetrators of sexual crimes.

Keywords: forensic psychiatric examination, «responsibility – diminished responsibility» – «insanity», sexual crimes, sexual desire disorder.

В. А. Курило

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН, СУПРУГИ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Запорожский государственный медицинский университет МОЗ Украины, г. Запорожье

v.kurilo@i.ua

Актуальность. Вопрос поддержания гармоничных внутрисемейных отношений напрямую связан с психическим здоровьем членов семьи. Наличие психического расстройства у одного из супругов может оказывать влияние на потенцирование внутриличностных изменений остальных членов семьи, в том числе приводить к гипертрофии отдельных личностных черт.

В свою очередь, акцентуации характера у психически здоровых членов семьи могут выступать в роли фактора эскалации психопатологической симптоматики у психически больного супруга, усугублять её течение и приводить к семейной дезадаптации. Особенно остро данная закономерность прослеживается в семьях, где один из супругов страдает расстройством личности.

Цель – установить индивидуально-психологические особенности психически здоровых женщин, мужья которых страдают расстройством личности.

Материалы и методы. На базе кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета МОЗ Украины были обследованы 40 женщин, мужья которых страдали расстройством личности (F60). Женщины были обследованы с помощью опросника К. Леонгарда – Г. Шмишека с целью выявления присущих им черт личности.

Результаты. Установлено, что у большинства (85,0 %) обследованных нами женщин, мужья которых страдают расстройством личности, отмечался сочетанный тип акцентуаций, и лишь у 16,0 % женщин были выявлены изолированные типы акцентуаций.

Более детальный анализ показал, что у 45,0 % женщин был сочетанный тип акцентуаций с превалированием дистимического и возбудимого типов, что свидетельствует о переживании семейного неблагополучия, острой чувствительности к обидам и несправедливому к себе отношению. У 37,5 % женщин отмечалось сочетание высоких значений демонстративного, дистимического и педантического типов на фоне низких значений гипертимного и эмотивного типов акцентуаций, что указывает на наличие деструктивного ролевого поведения с подчеркиванием неблагополучия своего состояния. У 7,5 % женщин было выявлено доминирование педантического и демонстративного типов акцентуаций при низких значениях эмотивной акцентуации; у 10,0 % женщин диагностировано сочетание дистимического и демонстративного типов.

Выводы. Выявленные у обследованных женщин, мужья которых страдают расстройством личности, акцентуации характера, не препятствуя удовлетворительной социальной адаптации личности, предрасполагают к соответствующему типу психологического реагирования, который ведет к постоянному накоплению негативных переживаний и внутреннему конфликту.

Тип акцентуации указывает на уязвимые места характера и тем самым позволяет предвидеть факторы, которые могут привести к семейной дезадаптации, и рассматривать их как мишени психопрофилактики.

Ключевые слова: акцентуации характера, особенности личности, супруги, семейная дезадаптация.

V. A. Kurilo

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MENTALLY HEALTHY WOMEN, WHOSE SPOUSES SUFFER FROM PERSONALITY DISORDER

Zaporizhzhya State Medical University Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhya, Ukraine

v.kurilo@i.ua

Background. Accentuation of character in mentally healthy family members can act as a factor of exacerbation of psychiatric symptoms in mentally ill husbands, exacerbate its course, and may lead to marital maladjustment. Particularly acute this pattern is seen in families where one spouse suffers from personality disorder.

Objective – to install individual psychological characteristics of mentally healthy women whose husbands suffer from a personality disorder.

Materials and methods. Were examined 40 women whose husbands suffered from personality disorder (F60). Women were examined using the method by K. Leongard – G. Smisek – to identify inherent personality traits.

Results. Found that the majority (85,0 %) examined women whose husbands suffer from a personality disorder, it was noted the combined type of accentuation, and only 16.0 % of women were identified isolated types of character accentuations. We conducted a detailed analysis of the personal characteristics of the surveyed women.

Conclusions. Type of accentuation points to the vulnerabilities of the character and thus allows to anticipate the factors that may lead to marital maladjustment, and consider them as targets of prevention.

Keywords: accentuation of character, personality, spouses, family maladjustment.

І. С. Майдан

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО ПЕРІОДУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ

України, м. Київ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

irynamaydan@gmail.com

Актуальність. Значний прогрес медичної науки і практики, застосування нових лікарських препаратів не зняли з порядку денного проблему психічних неспсихотичних розладів у передменструальному періоді. Вищезазначена патологія постійно перебуває у центрі уваги, тому що частота її виникнення не лише не знижується, а й зростає з роками.

На сьогодні не існує єдиного чіткого визначення патологічних неспсихотичних розладів, що виникають у передменструальному періоді. В літературі можна зустріти наступні дефініції: синдром передменструального напруження, циклічна хвороба, оваріальний циклічний синдром, передменструальна хвороба, передменструальний дисфоричний розлад (Premenstrual Dysphoric Disorders, PMDD), DACH-syndrome (від перших літер Depression – депресія, Anxiety – неспокій, тривога, Craving – зміни пристрастей, Hyperhydration – гіпергідратація).

Частота передменструальних розладів, за даними різних авторів, варіабельна і коливається у великих межах – 25–75 %. За даними E. W. Freeman, вона складає 43–55 %, а за даними Abraham – 21–54 %. В. П. Сметник вважає, що 25–65 % жінок різних вікових груп страждають на передменструальний синдром.

З вищенаведеного стає зрозумілим, що ПМС та ПМДР є клінічною реальністю. Значна поширеність передменструальних станів, незалежно від їх визначення, нечіткість їх нозологічної оцінки, недосконалість диференційної діагностики ПМС, ПМДР та інших межових розладів тривожно-депресивного ряду, відсутність патогенетично обґрунтованої терапевтичної корекції психоемоційних та поведінкових порушень, профілактики подальшого їх прогресування є важливою проблемою сучасної психіатрії і психотерапії.

Мета – оптимізація підходів до терапії неспсихотичних психічних розладів у передменструальному періоді.

Матеріали та методи. Групу спостереження (ГС) склали 56 жінок з невротичними розладами передменструального періоду, які спостерігалися з приводу тяжкої форми передменструального синдрому. Усі пацієнтки були поділені на 2 підгрупи: ГС1 – 31 пацієнтка, яка отримувала медикаментозне лікування; та ГС2 – 25 жінок, які отримували медикаментозне лікування та психотерапію.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, психодіагностичний (шкала Гамільтона для оцінки тривоги, шкала Монтгомері–Асберг, шкала загальноклінічного враження (CGI)), статистичний.

Ефективність лікування оцінювали в динаміці протягом курсу лікування та на етапі його завершення.

Результати. Встановлено, що серед психопатологічних симптомів у пацієнток з невротичними розладами передменструального періоду переважають прояви тривоги та зниження настрою – у 73,9 %; погіршення концентрації та уваги – у 56,5 %; гіпостенічні прояви – у 43,5 %; порушення сну – у 34,8 %; дисфоричний розлад – у 28,6 %; гіперчутливість до звуків, запахів – у 26,1 %; погіршення пам'яті – у 17,4 %.

У результаті проведеного лікування рівень тривоги, що оцінювався за шкалою Гамільтона, знизився на 46,2 % у ГС1 (медикаментозне лікування) та на 49,4 % у ГС2 (медикаментозне лікування і психотерапія). Середні значення CGI-I становили $1,6 \pm 0,9$ бали, що свідчить про значне покращення стану пацієнток.

При оцінці динаміки показників за шкалою Монтгомері–Асберг відмічена редукція депресивних симптомів до рівня ремісії (MADRS < 15), порівняно з рівнем легкого / помірного депресивного епізоду перед початком лікування (MADRS 23 ± 5).

Висновки. Терапія різних клінічних варіантів невротичних розладів передменструального періоду потребує розробки диференційованого підходу до використання методів лікування та передбачає застосування антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, анксіолітиків, а також психотерапевтичної корекції.

Ключові слова: передменструальний синдром, передменструальний дисфоричний розлад, СІЗС, лікування, діагностика.

I. S. Maydan

MENTAL DISORDERS IN PREMENSTRUAL PERIOD: A CONTEMPORARY VIEW AT THE PROBLEM

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

State Institution "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine", Kyiv, Ukraine

irynamaydan@gmail.com

Background. Despite of significant progress of medical science and practice and use new medical drugs the problem of non-psychotic disorders in premenstrual period remains actual.

Frequency of premenstrual disorders is variable within a wide range of 25–75 % according to different researchers. According to E. W. Freeman it is 43–55 %; while Abraham data showed 21–54 %. V. P. Smetnik considers that 25–65 % of women of different age groups are suffering from premenstrual syndrome.

Objective – optimize approaches to therapy of non-psychotic mental disorders in the premenstrual period.

Materials and methods. Study group (SG) consisted from 56 women with neurotic disorders in premenstrual period. All patients were divided into 2 groups: SG1 – 31 patients, who received medical treatment; and SG2 – 25 women, who treated with medication and psychotherapy.

Methods: clinical-psychopathology, experimental psychological psychodiagnosical (Hamilton Anxiety Rating Scale, Montgomery-Asberg Depression Scale, the Clinical Global Impressions Scale (CGI)), statistical.

Efficacy of treatment was evaluated in dynamics during treatment and during completion.

Results. The most frequent psychopathological symptoms in women with neurotic disorders in premenstrual period were anxiety and depression of mood (73,9 %); deterioration of concentration and attention (56,5 %); hyposthenia symptoms (43,5 %); sleeping disorders (34,8 %); dysphoric disorder (28,6 %); sensory hypersensitivity (26,1%); memory impairment (17,4%).

According to HARS evaluation due to conducted treatment anxiety level has lowered on 46,2 % in SG1 (medical treatment) and on 49,4 % in SG2 (medical treatment and psychotherapy). Average CGI-I values were 1,6±0,9, that meaning significant improvement of patients' condition.

MADRS evaluation has revealed reduction of depressive symptoms equivalent for remission condition (MADRS<15) comparing to the level of mild/moderate depressive episode before treatment (MADRS 23±5).

Conclusions. Therapy of different clinical variants of neurotic disorders in premenstrual period requires the development of differentiated approach to the treatment and involves the use of antidepressants group of selective serotonin reuptake inhibitors, anxiolytics, and psychotherapeutic correction.

Keywords: premenstrual syndrome, PMS, premenstrual dysphoric disorder, SSRI, therapy, diagnosis.

УДК 616.89:340.63

О. П. Олійник

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН В СУДОВО-ЕКСПЕРТНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

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

Актуальність. Психічні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР) займають перше місце у структурі захворюваності та поширеності розладів психіки і поведінки в Україні. Це відображається на зростанні кількості судово-психіатричних експертиз щодо осіб із залежністю від ПАР, які скоїли правопорушення, і потребує сучасних підходів до експертної оцінки таких станів та рекомендацій щодо їх подальшої реабілітації.

Мета – розробити алгоритм судово-психіатричної оцінки станів залежності від ПАР.

Матеріали та методи. У рамках проектів «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» та «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин в кримінальному процесі: методологічні та організаційні принципи» була відібрана та проаналізована вибірка із 400 підекспертних із залежністю від ПАР, в тому числі учасників АТО. Для аналізу та обробки даних застосовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-психіатричного аналізу.

Результати. Особи із залежністю від алкоголю переважно вчиняють агресивні суспільно небезпечні діяння проти життя та здоров'я. Особи із залежністю від наркотичних речовин притягуються до кримінальної відповідальності переважно за майнові злочини.

Учасниками бойових дій 77 % правопорушень було скоєно під впливом ПАР.

Особи із залежністю від ПАР у переважній більшості випадків визнаються осудними, лише одиниці визнані обмежено осудними.

Рецидивність суспільно небезпечних дій, особливо серед осіб з наркотичною залежністю, є найвищою серед усіх категорій психічно хворих.

Висновки. Високі показники захворюваності, криміногенності та рецидивності правопорушень свідчать про нагальну необхідність змін судово-експертної оцінки станів залежності та підходів щодо подальшої реабілітації таких осіб.

Ключові слова: залежність від психоактивних речовин, суспільно небезпечні діяння, судово-психіатрична експертиза.

O. P. Oliinyk

MENTAL DISORDERS DUE TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE IN FORENSIC EXPERTISE

Ukrainian research Institute of social and forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

sudprof@ukr.net

Background. Mental disorders due to psychoactive substances (PAS) occupy the first place in the structure of morbidity and prevalence of mental disorders and behavior in Ukraine. This is reflected in the increasing number of forensic psychiatric examinations in respect of persons with substance abuse offenders and requires modern approaches to expert evaluation of these conditions and recommendations for their further rehabilitation.

Objective. To develop an algorithm of forensic-psychiatric assessment of the conditions of addiction to psychoactive substances.

Materials and methods. In the framework of the project «Development of a model of medico-social management of post-traumatic mental disorders in combatants and persons temporarily displaced from the combat zone and the occupied territories (prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation, examination)» and «Forensic psychiatric assessment of the state of substance abuse in the criminal process: methodological and organizational principles» were selected and analyzed a sample of 400 persons with substance abuse, including members of the anti-terrorist operation. For analysis and data processing applied clinical anamnesis, clinical psychopathological, socio-demographic, statistical methods and the method of forensic psychiatric analysis.

Results. Persons with alcohol dependence were predominantly committed by the aggressive socially dangerous acts against life and health. Persons with dependence on narcotic substances, are prosecuted mostly for property crimes.

Members of the fighting was done, 77% of offences under the influence of surfactants.

Persons with substance abuse predominantly in most cases recognized sane. Recognized limited sane one.

The recurrent socially dangerous actions, especially among individuals with drug dependence is the highest among all categories of the mentally ill.

Conclusions. High incidence rates of criminality and recidivist violations underscore the urgent need for changes to the forensic assessment of the conditions and approaches for the further rehabilitation of such persons.

Keywords: dependence on psychoactive substances, socially dangerous acts, forensic-psychiatric examination.

І. Я. Пінчук, О. В. Колодежний, О. О. Древіцька, О. М. Мишаківська, І. Ф. Здорик

**ПСИХІАТРИЧНІ ЦЕНТРИ ДЕННОГО ДОГЛЯДУ –
ПЕРСПЕКТИВНИЙ НАПРЯМ РОЗВИТКУ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії

та наркології МОЗ України, м. Київ

kolodezhny@ukr.net

Актуальність. Метою сучасної психіатричної допомоги є підтримка якості життя і забезпечення комфорту пацієнтів та їх рідних. За межами України ця допомога активно надається пацієнтам у вигляді різноманітних форм денного догляду. Втілення позалікарняних форм надання психіатричної допомоги у практику служби охорони психічного здоров'я населення України потребує їх вивчення та подальшої розробки методичних рекомендацій з цього питання.

Мета – вивчити організаційні і фінансові засади надання допомоги пацієнтам із психічними розладами у позалікарняних умовах.

Матеріали та методи. Розглянуто організаційні та фінансові засади надання позалікарняної психіатричної допомоги на прикладі роботи центрів денного догляду (амбулаторного геронтологічного відділення), оцінено фінансові витрати на організацію амбулаторних центрів, у порівнянні зі стаціонарними. У роботі застосовували соціально-демографічний та статистичний методи дослідження.

Результати. Аналіз функціонування центрів денного догляду показав, що вони можуть створюватися кількома шляхами: через перепрофілювання окремих стаціонарних відділень психіатричних лікарень або через створення нових державних чи приватних центрів денного догляду за пацієнтами психіатричного профілю.

Організаційні питання включають в себе роботи з облаштування приміщень, вирішення кадрового питання, створення необхідної нормативної бази (посадових інструкцій), визначення можливих методів реабілітації, залежно від контингенту (діти, підлітки, геронтологічні пацієнти тощо).

Алгоритм перебування в центрах денного догляду передбачає ряд дій щодо пацієнта: огляд лікарями різного профілю, психологом, іншими фахівцями, діагностичну оцінку психічного здоров'я, розробку для нього плану індивідуальних реабілітаційних заходів.

Аналіз роботи центрів денного догляду показав, що вони сприяють вирішенню низки найактуальніших питань: створення для хворих безпечного середовища, надання їм амбулаторної допомоги і реабілітаційних заходів; запобігання соціальній ізоляції; системна робота з рідними пацієнта тощо.

Фінансування таких центрів може здійснюватися з різних джерел (страхові фонди, пожертви, часткова та повна оплата перебування та інше).

Економічний ефект від центрів полягає в тому, що догляд за групою пацієнтів у позалікарняних умовах вимагає меншої кількості персоналу та затрат, ніж індивідуальний догляд за кожним хворим зокрема.

Оцінка прибутковості центрів денного догляду з використанням методу аналізу оборотних витрат показала, що їх утримання є менш витратним, порівняно зі стаціонарними медичними закладами, і потребує меншого залучення професійних ресурсів. У розрахунку на 1 пацієнта вартість стаціонарної допомоги перевищувала вартість амбулаторної допомоги у середньому у 1,5 раза.

Висновки. 1. Позалікарняна допомога у службі охорони психічного здоров'я може розвиватися на базі центрів денного догляду, у яких хворі на психічні розлади впродовж дня можуть перебувати під професійним наглядом та опікою. Центри денного догляду можуть бути створені у державних і приватних закладах охорони здоров'я.

2. Психологічні і моральні аспекти покращення життя хворих, їх рідних, працівників, а також економічні переваги показують перспективність такої організації психіатричної допомоги.

Ключові слова: центри денного догляду, організація медичних і реабілітаційних закладів, економічна ефективність.

I. Ya. Pinchuk, O. V. Kolodezhny, O. O. Drevitska, O. M. Myshakivska, I. F. Zdoryk

PSYCHIATRIC DAYCARE CENTERS - A PERSPECTIVE COURSE OF MENTAL HEALTHCARE

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

kolodezhny@ukr.net

Background. The aim of modern mental healthcare is maintaining quality of life and comfort of patients and their relatives. Beyond this aid in Ukraine actively provided to patients in a variety of forms of daycare. Implementation of community-acquired forms of psychiatric care in the practice of mental health services needs of the population Ukraine examination and further development of guidelines on the issue.

Objective. Show the effectiveness of organizational and financial principles to assist patients with mental disorders in community-acquired conditions.

Materials and methods. Considered organizational and financial principles provide outpatient psychiatric care in case of daycare centers (outpatient geriatric department) estimated the financial cost of organizing outpatient centers, compared to stationary. The paper applied socio-demographic and statistical methods.

Results. Analysis of work of daycare centers showed that they contribute to solving a number of the most pressing issues: creating a safe environment for patients, providing outpatient care and rehabilitation; prevent social exclusion; systemic work with family and other patient.

Funding these centers can be made from a variety of sources (insurance funds, endowments, partial and full payment of stay, etc.).

The economic effect of the centers is that care of a group of patients in community-acquired conditions requires less staff costs than individual care for each patient in particular.

Conclusions. 1. Outpatient care in mental health services can be developed on the basis of daycare centers where patients with mental disorders throughout the day may be under professional supervision and care. Day care centers can be created in public and private schools of health facilities. 2. Psychological and moral aspects of improving the lives of patients and their relatives and workers, as well as economic benefits, show promise of such an organization of psychiatric care.

Keywords: daycare centers, organization of medical and rehabilitation institutions, economic efficiency.

В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна, К. В. Гузенко

**КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

v_pishel@yahoo.com

Актуальність. Впродовж останніх двох років спостерігається зростання кількості учасників антитерористичної операції (АТО), які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і потребують своєчасної та ефективної лікувально-реабілітаційної допомоги. Однак дотепер остаточно не визначені особливості формування та перебігу, клінічні варіанти та прогноз цього розладу у бійців АТО.

Мета роботи – дослідити клінічні особливості посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій.

Матеріали та методи. Обстежено 56 бійців АТО, які перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад» (F 43.1 за МКХ-10). Оцінку тяжкості стану проводили з використанням шкали загального клінічного враження (CGI-S). Ступінь тяжкості стану було оцінено від легких розладів – «3 бали» (14 пацієнтів; 15,0 %) до тяжких – «6 балів» (4; 7,1 %).

Найбільшою була підгрупа з помірно вираженими психопатологічними розладами – «4 бали» (29 пацієнтів; 51,8 %). Середній показник за шкалою CGI-S становив $4,05 \pm 0,11$ бала. Середній вік обстежених складав $35,11 \pm 0,95$ років. Найчисленніші підгрупи: 31–35 років – 13 (23,2 %), 36–40 років – 13 (23,2 %) та 41 рік і старше – 14 (25,0 %) бійців.

Результати. Під час перебування в зоні АТО чоловіки зазнали впливу значних екстремальних подій: безпосередню участь у бойових діях брали всі 56 (100,0 %) бійців, піддавалися фізичному насильству – 3 (5,4 %), отримали поранення – 45 (75,0 %), пережили загрозу зброєю – 29 (51,8 %), стали свідками загибелі товаришів – 54 (96,4 %) особи.

Встановлено, що тип психотравмуючої дії, її індивідуальна значимість для постраждалого, рівень психологічної та соціальної підтримки є визначальними для формування ПТСР. Виділено деякі фактори ризику, а саме: вік понад 31 рік, додаткові психотравмуючі події у житті за межами АТО, низький соціально-економічний статус. Встановлено, що найбільш значущими для розвитку ПТСР є тяжкий, тривалий та інтенсивний екстремальний вплив участі в бойових діях, а також наявність поранень і фізичних травм.

Перші прояви розладу виникали через 2–12 місяців, у середньому – через $8,68 \pm 0,46$ місяців. Можна зазначити наявність двох піків появи перших ознак: 4–6 місяців – у 21 (37,5 %) та 11–12 місяців – у 26 (46,4 %) пацієнтів. Формування розгорнутої симптоматики відбувалося впродовж 1–12 місяців від появи перших ознак розладу. У 22 (39,3 %) бійців формування ПТСР тривало 2–3 місяці. Тобто можна зазначити, що ПТСР мав хронічний або відтермінований у часі тип перебігу.

Суттєве погіршення стану спостерігалось впродовж першого місяця після виходу із зони АТО або при поверненні додому у 42 (75 %) обстежених. Додатковим тригером до загострення психопатологічної симптоматики ставали проблеми з дружинами – у 12 (21,4 %) бійців, проблеми та труднощі зі здоров'ям близьких, особливо батьків – у 6 (10,7 %) та труднощі при працевлаштуванні – у 4 (7,1 %) осіб.

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей ПТСР, поряд з хвилюподібним типом перебігу, виявив кілька характерних проявів даної патології, що постійно повторювалися: нав'язливі спогади про військові дії – у 21 (37,5 %) пацієнта, нічні страхіття з кошмарними сновидіннями на військову тематику та з картинами пережитого – у 32 (57,1 %) обстежених. Дисоціативні флешбеки, або симптоми повторного переживання події, були у 10 (17,9 %) обстежених. Наявність істотного психологічного дистресу у вигляді значної тривоги виявлено у 42 (75,0 %), напруги – у 25 (44,6 %), дратівливості – у 41 (73,2 %) та розгубленості – у 10 (17,9 %) пацієнтів.

Майже усі обстежені скаржилися на стійке безсоння, тривалий період засинання, поверхневий сон з частими пробудженнями. 24 (42,9 %) пацієнти вказали на зниження апетиту та, навіть, зниження ваги. Уникнення почуттів та думок, пов'язаних з психотравмуючою ситуацією, спостерігали у 15 (26,8 %) обстежених. Відчуття провини перед убитими та пораненими товаришами відчували 5 (8,9 %) пацієнтів, у 50 (89,3 %) хворих спостерігали депресивну симптоматику, у 43 (76,8 %) – відчуття відстороненості та заціпеніння, у 19 (33,9 %) – надмірні песимістичні роздуми, у 17 (30,4 %) – плаксивість та у 13 (23,2 %) – підвищену втомлюваність.

Суїцидальні думки та наміри висловлювали 11 (19,6 %) пацієнтів, гетероагресивні дії мали місце у 13 (23,2 %) обстежених, у 4 з них ці дії були спрямовані на членів своєї родини та близьких друзів.

Супутні діагнози соматичного профілю було встановлено 26 (46,4 %) пацієнтам. Найчастіше зустрічалися серцево-судинна (гіпертонічна хвороба) та неврологічна (вертеброгенна) патологія.

Головний біль відмітили 17 (30,4 %) пацієнтів, різноманітні соматичні скарги та порушення, що сприймалися лише на суб'єктивному рівні, спостерігали у 13 (23,2 %), біль у тілі – у 15 (26,8 %) бійців.

Логоневроз було зафіксовано у 9 (16,1 %) пацієнтів.

Також виокремлено групу з 5 (8,9 %) осіб з подвійним діагнозом – ПТСР та посткомоційний синдром (F07.2).

Висновки. Визначені особливості формування, клінічної картини та перебігу посттравматичного стресового розладу слід враховувати при розробці диференційованих програм лікувально-реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, клінічні особливості, учасники бойових дій.

V. Ya. Pishel, M. Yu. Polyviana, K. V. Guzenko

CLINICAL POLYMORPHISM OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS AT PARTICIPANTS IN THE ATO
Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Substance Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
v_pishel@yahoo.com

Background. Quantity of participants in the anti-terrorist operation (ATO) with post-traumatic stress disorder (PTSD), who need in medical-rehabilitation help, is grown in the last two years.

Objective. To determine clinical features of post-traumatic stress disorder at participants in the ATO.

Materials and methods. We examined 56 combatants with PTSD, who were hospitalized in the Ukrainian state medico-social center of war veterans. Middle age of patients is $35,11 \pm 0,95$. Symptoms severity was measure by the Scale Clinical Global Impression – CGI-S. The main methods of investigation were information-analytical, clinical-anamnestic, clinical-psychopathologic and statistical.

Results. Some risks factor of PTSD were determine: age more than 31 years, additional psycho-injuring events in usual life, low social-economic status. More significant items for emergence of PTSD are long-time and intensive participation in military operations, existence of wounds and physical injuries. PTSD characterized by wavy course, persuasive memories and nightmare with dreadful dreams about war. Most of patients had considerable psychological distress as strong anxiety, tension, irritability and confusion.

Conclusions. Identified features of formation, clinical symptoms and course of PTSD need to take into account during development of the differentiated programs of medico-rehabilitation help to participants of the anti-terrorist operation.

Keywords: PTSD, clinical features, combatans.

УДК 616.895.1-616.895.6

Н. Г. Пшук, О. О. Белов

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНОГО ПАТОМОРФОЗУ ЦИРКУЛЯРНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова МОЗ України, м. Вінниця
oleksbelov@gmail.com

Актуальність. Депресивні розлади є однією з найактуальніших проблем сучасної психіатрії; їх соціальна та медична значущість зумовлена значною поширеністю та стійкою тенденцією до збільшення кількості депресивних розладів у популяції. Останніми десятиліттями увага дослідників фокусується на питаннях патоморфозу психічних розладів. У ряді досліджень виявлено ознаки вікового та гендерного патоморфозу депресивних розладів; водночас, актуальні питання соціально-демографічного патоморфозу залишаються нез'ясованими, що утруднює розробку диференційованих лікувальних та реабілітаційних заходів.

Мета роботи – дослідити особливості соціально-демографічного патоморфозу циркулярних депресивних розладів на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Досліджено медичну документацію 403 хворих на циркулярні депресивні розлади, які зверталися за психіатричною допомогою до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О. І. Ющенка та Вінницької обласної психіатричної лікарні № 2 за період 1971–2016 рр. Критерієм включення у дослідження було встановлення клінічних діагнозів «маніакально-депресивний психоз», «депресивний епізод», «біполярний афективний розлад», «рекурентний депресивний розлад», «змішаний тривожний і депресивний розлад» відповідно до чинних на момент встановлення діагнозів діагностичних стандартів. Усього досліджено 106 хворих, у яких захворювання виникло у період з 1971 по 1990 рік, 198 хворих, у яких захворювання виникло у період з 1991 по 2010 рік, і 99 хворих, у яких захворювання виникло у період з 2011 по 2016 рік. Статистичний аналіз даних проводили з використанням непараметричного тесту Манна–Уїтні, точного критерію Фішера та критерію χ^2 -квадрат Пірсона.

Результати. Було виявлено тенденцію до поступового зменшення віку дебюту захворювання: за період 1971–1990 рр. середній вік хворих склав $39,9 \pm 9,2$ роки, за період 1991–2010 рр. – $36,6 \pm 9,7$ років, за період 2011–2016 рр. – $34,5 \pm 12,3$ роки, тобто загальною тенденцією, крім більш раннього віку початку захворювання, є збільшення вікового діапазону дебюту депресивних розладів. Розбіжності є статистично значущими при порівнянні груп 1971–1990 рр. та 1991–2010 рр. ($p < 0,05$), 1971–1990 рр. та 2011–2016 рр. ($p < 0,01$), 1991–2010 рр. та 2011–2016 рр. ($p < 0,05$).

Аналіз гендерних особливостей патоморфозу циркулярних депресивних розладів виявив неоднозначні тенденції: якщо впродовж 1991–2010 років спостерігалось збільшення питомої ваги жінок (з 59,4 % до 70,2 %, $p < 0,05$), то за останні п'ять років виявлено незначне ($p > 0,05$) її зменшення (до 67,7 %).

Зміни у структурах освітнього рівня та соціального стану хворих відбувалися паралельно із загальносуспільними тенденціями, притаманними пострадянській добі: скороченням промислового виробництва, зменшенням зайнятих у аграрному секторі, збільшенням питомої ваги осіб з вищою освітою. Дослідження особливостей освітнього рівня виявило зменшення питомої ваги осіб з неповною середньою освітою: за період 1971–1990 рр. – 7,5 %, за період 1991–2010 рр. – 4,5 %, за період 2011–2016 рр. – 2,0 %; з повною середньою освітою: за період 1971–1990 рр. – 34,0 %, за період 1991–2010 рр. – 31,3 %, за період 2011–2016 рр. – 20,2 %, значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп 1971–1990 рр. і 2011–2016 рр. ($p < 0,05$) та груп 1991–2010 рр. і 2011–2016 рр. ($p < 0,05$); та з професійно-технічною освітою: за період

1971–1990 рр. – 31,1 %, за період 1991–2010 рр. – 17,4 %, за період 2011–2016 рр. – 16,2 %, значуще відрізняються групи 1971–1990 рр. і 1991–2010 рр. ($p<0,05$) та 1971–1990 рр. і 2011–2016 рр. ($p<0,05$). Паралельно спостерігалось збільшення серед хворих питомої ваги осіб з середньою спеціальною освітою: за період 1971–1990 рр. – 9,4 %, за період 1991–2010 рр. – 12,6 %, за період 2011–2016 рр. – 18,2 %; з неповною вищою освітою: за період 1971–1990 рр. – 2,8 %, за період 1991–2010 рр. – 6,6 %, за період 2011–2016 рр. – 14,1 %, значущі відмінності виявлені при порівнянні групи 1971–1990 рр. з групою 2011–2016 рр. ($p<0,01$) та групи 1991–2010 рр. з групою 2011–2016 рр. ($p<0,05$); та з вищою освітою: за період 1971–1990 рр. – 15,2 %, за період 1991–2010 рр. – 27,3 %, за період 2011–2016 рр. – 29,3 %, значущі відмінності виявлені при порівнянні групи 1971–1990 рр. з групою 1991–2010 рр. ($p<0,05$) та групи 1971–1990 рр. з групою 2011–2016 рр. ($p<0,05$). Відповідно, зменшилася питома вага серед хворих робітників: за період 1971–1990 рр. – 44,3 %, за період 1991–2010 рр. – 18,2 %, за період 2011–2016 рр. – 7,1 % ($p<0,01$ для порівняння всіх груп); та працівників сільського господарства: за період 1971–1990 рр. – 24,5 %, за період 1991–2010 рр. – 13,1 %, за період 2011–2016 рр. – 12,1 %, розбіжності значущі при порівнянні групи 1971–1990 рр. з групою 1991–2010 рр. ($p<0,05$) та групи 1971–1990 рр. з групою 2011–2016 рр. ($p<0,05$). Натомість значно зросла питома вага студентів: за період 1971–1990 рр. – 1,9 %, за період 1991–2010 рр. – 4,5 %, за період 2011–2016 рр. – 6,1 %, військовослужбовців (правоохоронців): за період 1971–1990 рр. – 0,9 %, за період 1991–2010 рр. – 1,5 %, за період 2011–2016 рр. – 5,1 %, і, особливо, безробітних: за період 1971–1990 рр. – відсутні, за період 1991–2010 рр. – 38,0 %, за період 2011–2016 рр. – 43,3 %, виявлені розбіжності значущі для груп 1971–1990 рр. і 1991–2010 рр. ($p<0,01$) та 1971–1990 рр. і 2011–2016 рр. ($p<0,01$). Щодо службовців та пенсіонерів, закономірності виявилися більш складними: службовці складали 19,8 % за період 1971–1990 рр.; 20,2 % за період 1991–2010 рр., і 18,2 % за період 2011–2016 рр.; пенсіонери – 8,5 % за період 1971–1990 рр.; 4,5 % за період 1991–2010 рр., і 8,1 % за період 2011–2016 рр. ($p>0,05$).

Висновки. 1. Проведене дослідження дозволило встановити наявність соціально-демографічного патоморфозу циркулярних депресивних розладів на сучасному етапі.

2. Основними тенденціями вікового патоморфозу циркулярних депресивних розладів є зменшення віку початку захворювання з одночасним збільшенням вікового діапазону дебюту депресивних розладів.

3. Гендерні особливості патоморфозу характеризуються неоднозначними тенденціями: у період 1991–2010 рр. серед хворих поступово збільшувалася питома вага жінок, а в останні 5 років спостерігається деяке збільшення питомої ваги чоловіків.

4. Закономірності соціально-демографічного патоморфозу циркулярних депресивних розладів більшою мірою пов'язані із загальними соціальними тенденціями останніх десятиліть: зменшенням чисельності осіб з низькими освітніми рівнями та збільшенням – з високими; зростанням у популяції питомої ваги студентів, військовослужбовців (правоохоронців) та безробітних.

Ключові слова: циркулярні депресивні розлади, патоморфоз.

N. G. Pshuk, O. O. Belov
FEATURES OF SOCIO-DEMOGRAPHIC PATHOMORPHOSIS OF CIRCULAR DEPRESSIVE DISORDERS
Vinnitsa National Pirogov Memorial University Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, Ukraine
oleksbelov@gmail.com

Background. Depressive disorders are one of the most urgent problems of modern psychiatry; topical issues of socio-demographic pathomorphosis remain unclear, making it difficult to develop differentiated treatment and rehabilitation.

Objective. Study of features of social-demographic pathomorphosis of circular depressive disorders at the present stage.

Materials and methods. Medical records of patients with circular depressive disorders, which were first diagnosed with a depressive disorder, were studied in our research: in period of 1971–1990 – 106 people, in period of 1991–2010 – 198 people, in period of 2011–2016 – 99 people.

Results. It was found that there is a tendency of age pathomorphosis, which is significantly ($p<0,05$) earlier age at onset and wider age range of depressive disorders debut (in 1971–1990 – 39,9±9,2 years; in 1991–2010 – 36,6±9,7 years; in 2011–2016 – 34,5±12,3 years). Gender pathomorphosis consist of general trend towards an increase in the amount of women (respectively, 59.4 %, 70.2 % and 67.7 %). Socio-demographic pathomorphosis is associated with certain general social trends: a significant ($p<0,05$) percentage decrease of people with incomplete secondary education (7.5 %, 4.5 % and 2.0 %, respectively), secondary education (34.0 %, 31.3 % and 20.2 %) and vocational education (31.1 %, 17.4 % and 16.2 % respectively) with an increase in percentage of people with incomplete higher education (respectively, 2.8 %, 6.6 % and 14.1 %) and higher education (15.2 %, 27.3 % and 29.3 %, respectively); as well as percentage decrease of workers (44.3 %, 18.2 % and 7.1 % respectively) and agricultural workers (24.5 %, 13.1 % and 12.1 %, respectively) with an increase in percentage of students 1.9 %, 4.5 % and 6.1 % respectively), servicemen (law enforcement officers) (respectively 0.9 %, 1.5 % and 5.1 %), and the unemployed (respectively, 0.0 %, 38.0 % and 43.3 %).

Conclusions. These data suggest the presence of socio-demographic pathomorphosis of circular depressive disorders.

Keywords: circular depressive disorders, pathomorphosis.

УДК 616.895.4-0.85:615.851

Н. Г. Пшук, А. О. Камінська

ПОРІВНЯЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ БАЗИСНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ТА ЇХ РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. м. Вінниця

adonidisvernalis@gmail.com

Актуальність. За даними ВООЗ, понад 25 % населення мають ті чи інші психічні порушення, що вказує на те, що принаймні одна сім'я з чотирьох може бути залучена до взаємодії з пацієнтом, який має психічний розлад. У світі налічується близько 450 мільйонів осіб, які мають психічні захворювання, серед яких значний відсоток припадає на афективні розлади.

Психосоціальне навантаження на сім'ю, у якій проживає психічно хворий пацієнт, є беззаперечним. Пацієнти з афективними розладами та їх референтні родичі стикаються не лише з труднощами, обумовленими власне психопатологічною симптоматикою хворого члена сім'ї, але й зі значними психосоціальними проблемами: упередженим ставленням, нерозумінням та стигматизацією, а референтні родичі можуть навіть зазнавати звинувачень у свій бік. Від самого початку захворювання психопатологічна симптоматика пацієнта для сім'ї є випробуванням, що активізує різні форми копінг-поведінки. Наприклад, референтні родичі можуть вдаватися до заперечення існування проблеми, покладаючи на пацієнта відповідальність за те, щоб впоратись зі своїми симптомами самостійно. Симптоми афективних розладів позначаються на емоційних, когнітивних та поведінкових реакціях референтних родичів, що, в свою чергу, впливає на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери пацієнта та перебіг його захворювання в цілому.

Метою нашого дослідження було вивчення копінг-стратегій хворих на афективні розлади (F 31; 32; 33) та їх референтних родичів (РР) (дружина, мати, батько, чоловік).

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебували 49 сімей, у яких проживає хворий на афективний розлад. Критеріями включення хворих до участі у дослідженні були: встановлений діагноз та відповідність клінічних проявів МКХ-10; етап становлення ремісії захворювання; вік хворих від 28 до 49 років; інформована згода пацієнта та членів його сім'ї на участь у дослідженні. У дослідження не включали хворих з ознаками тяжкої соматичної патології, алкогольної залежності, органічного ураження головного мозку. Вивчення базисних копінг-стратегій проводили за допомогою психодіагностичної методики «Індикатор стратегій подолання стресу» (J. H. Amirkhan, 1988). Обстеження проводили ідентифікованому пацієнту та референтному родичу. Вік обстежених референтних родичів коливався у межах від 35 до 72 років. Контрольну групу склали 25 респондентів, які ніколи не звертались за допомогою до лікаря-психіатра та в сім'ях яких не проживали особи, що страждають на психічний розлад.

Результати. Як показало проведене дослідження, копінг-стратегії «пошук соціальної підтримки» та «вирішення проблем» хворі на афективні розлади використовували значно рідше, порівняно з РР та здоровими особами. Так, бальна оцінка копінг-стратегій була, відповідно, $18,3 \pm 0,7$ балів, $25,7 \pm 0,3$ балів, $27,8 \pm 0,1$ балів ($p < 0,01$) та $21,9 \pm 0,1$ та $29,1 \pm 0,7$ балів ($p < 0,01$) $19,3 \pm 0,9$ балів, $25,7 \pm 0,4$ та $29,5 \pm 0,3$ балів ($p < 0,01$). Встановлені закономірності свідчать про наявність у хворих на афективні розлади низького рівня сформованості індивідуального досвіду щодо вирішення тих життєвих проблем, у яких саме соціальна підтримка відіграє визначальну роль. Такі особи не намагались використовувати всі особистісні ресурси задля ефективного вирішення нагальних проблем, зокрема, не намагались звертатись за підтримкою до родини чи друзів.

Копінг-стратегію «уникнення» хворі на афективні розлади використовували достовірно частіше, ніж їхні родичі та здорові особи, ($26,4 \pm 0,7$ балів проти $16,4 \pm 1,4$ бали (референтний родич) та $17,9 \pm 0,5$ (група контролю) $p < 0,01$). Тобто, у хворих на афективні розлади, на відміну від здорових респондентів та найближчих родичів, тенденція до уникання проблем та зниження інтенсивності використання активних способів подолання стресу були виражені значно більше, що свідчить про зниження мотиваційного компонента діяльності та наявність порушень емоційного компонента у міжособистісному спілкуванні.

Висновки. Проведене дослідження дозволило встановити деякі особливості копінг-поведінки хворих на афективні розлади та їх референтних родичів, що відображає тенденцію до уникання вирішення проблем, переважання пасивних варіантів копінг-поведінки та нездатність до звернення за соціальною підтримкою, недостатність досвіду застосування адаптивних копінг-стратегій «вирішення проблем» та «пошук соціальної підтримки» у пацієнтів з афективними розладами. Дослідження показало, що референтні родичі пацієнтів з афективними розладами достовірно рідше, порівняно з контрольною групою респондентів, виявляють високоадаптивні варіанти копінг-поведінки, що створює значні перешкоди для успішної соціально-психологічної адаптації як окремих членів сім'ї, так і гармонійного функціонування сім'ї в цілому.

Виявлені особливості копінг-стратегій у структурі копінг-поведінки пацієнтів з афективними розладами та їх референтних родичів створюють підґрунтя для розробки відповідних програм психопрофілактики та психокорекції.

Ключові слова: афективні розлади, референтний родич, копінг-поведінка, копінг-стратегії.

N. G. Pshuk, A. O. Kaminska

COMPARATIVE FEATURES OF BASIC COPING-STRATEGIES IN PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS AND THEIR REFERENCE RELATIVES

National Medical Pirogov Memorial University, Vinnytsia, Ukraine

adonidisvernalis@gmail.com

Background. There are nearly 450 million people in the world who are diagnosed as having a psychiatric illness throughout their lifetime. Providing care for mentally sick patient is associated with significant psychosocial burden. The World Health Organization (2003) statistics indicates that more than 25 percent of population world-wide is affected by some sort of psychiatric disorders among which there is significant amount of affective disorders. This shows that globally one family in every four is involved in care-giving for a patient with psychiatric illness.

Objective. The study was designed to examine coping strategies in patients with affective disorders (F 31; 32; 33) and their reference relatives (wife, mother, father, husband).

Materials and methods. 49 families that have a family member diagnosed with affective disorder were under our supervision. Control group consisted of 25 respondents who had never gone for psychiatric help and there is no mentally sick family member in their family.

Results. The study revealed that coping-strategies «search for social support» and «problem solving» were used less frequently while the coping strategy «avoidance» was used more often by patients with affective disorders compared to their reference relatives and control group respondents.

Conclusions. Thus, revealed features of coping behavior of patients with affective disorders and their reference relatives, reflect general tendency to avoid problems, prevalence of passive types of coping behavior and failure to apply for social support. Coping behavior features shown by this study are an important explanation of dysfunctions in families where one of the family members has affective disorder, and must be considered while developing appropriate psychoeducational and psychocorrection programs.

Keywords: affective disorders, reference relative coping behavior, coping strategies.

А. М. Скрипніков¹, К. В. Гринь^{1,2}, Я. П. Мартиненко²ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ
ТА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ¹Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава²Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О. Ф. Мальцева, м. Полтава
ekaterina.grin@mail.ru

Актуальність. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації (РА) є однією з найчастіших і найнесприятливіших форм психічних порушень у осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації, вони займають центральне місце в числі так званих нових пограничних психічних розладів, які почали виокремлювати в останнє десятиліття. Переважна кількість бійців, які брали участь у бойових діях, страждають на вказану психічну патологію. Але, на жаль, велика їх кількість вчасно не направляється до психіатричних стаціонарів, що, при відсутності адекватної та необхідної спеціалізованої медичної допомоги, призводить до погіршення психічного стану.

Метою роботи було проаналізувати терапевтичні стратегії при лікуванні пацієнтів з посттравматичними стресовими розладами та розладами адаптації.

Матеріали та методи. За умови отримання інформованої згоди було обстежено 56 пацієнтів – учасників бойових дій (АТО), які страждали на посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації. Ці особи перебували на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні імені О. Ф. Мальцева у період з 2014 по 2015 рік. У процесі обстеження та лікування всіх пацієнтів було поділено на дві клініко-діагностичні групи за критерієм призначення антидепресанту. При призначенні лікування керувалися уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (Київ, 2016), а також методичними рекомендаціями з діагностики, лікування та профілактики медико-психологічних наслідків бойових дій у сучасних умовах (Харків, 2014).

До I клінічної групи увійшли 28 (50 %) обстежених з посттравматичним стресовим розладом та розладами адаптації, до II групи також увійшли 28 (50 %) пацієнтів з вказаними розладами. Пацієнти I групи в якості антидепресивної терапії отримували венлафаксин у дозуванні 37,5–150 мг/добу, пацієнти II групи отримували міансерин 30–60 мг/добу.

Усім пацієнтам на етапі госпіталізації було проведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та лабораторне обстеження, ЕКГ, ЕЕГ-дослідження, огляд спеціалістів (терапевта, невролога, офтальмолога, хірурга). За необхідності проводили КТ-обстеження головного мозку, УЗД ОЧП, огляд травматолога, нарколога та інших лікарів за призначенням. Особливої уваги надавали психодіагностичному обстеженню, яке проводили як лікар-психіатр, так і медичний психолог. Усі пацієнти мали від 98 до 145 балів за Міссісіпською шкалою (військовий варіант), що свідчить про наявність ознак клінічного варіанту ПТСР.

У процесі лікування всі пацієнти отримували психотерапевтичне лікування, як у індивідуальній, так і в груповій формах, за програмою реабілітації для військовослужбовців.

Результати. Оцінку результатів лікування проводили на 7, 14 та 21 дні лікування. Аналіз отриманих результатів показав, що у пацієнтів I клінічної групи, які отримували в якості антидепресивної терапії венлафаксин, редукція симптоматики ПТСР та РА відбувалася значно повільніше, необхідне було додаткове призначення ансіолітичних препаратів, снодійних та нормотимічних засобів, на відміну від пацієнтів II групи, які отримували міансерин. У пацієнтів II групи зафіксовано кращу позитивну динаміку психічного стану. Потреби у призначенні додаткових психотропних препаратів не було.

Висновки. Оцінюючи результати лікування пацієнтів з ПТСР та РА ми виявили, що терапія міансерином достовірно ефективніша для терапії вказаних психічних розладів, порівняно з венлафаксином.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, Міссісіпська шкала, венлафаксин, міансерин.

А. М. Skrypnikov¹, K. V. Gryn^{1,2}, I. P. Martynenko¹

THERAPEUTIC ASPECTS OF TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS AND ADAPTATION DISORDERS

¹Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine²Regional Clinical Psychiatric Hospital named O.F. Maltsev, Poltava, Ukraine

ekaterina.grin@mail.ru

Background. Post-traumatic stress disorder and adaptation disorders is one of the most common and damaging forms of mental disorders in survivors in dangerous situation, and occupy a central place in the number of borderline mental disorders.

Objective. The aim of this work was to analyze therapeutic strategies in the treatment of patients with this pathology.

Materials and methods. Provided informed consent were examined in 56 patients – combatants, who suffered from post-traumatic stress disorder and adaptation disorder. These persons were treated at the Poltava's Regional Clinical Psychiatric Hospital named O. F. Maltsev from 2014 to 2015. All patients were divided into two clinical diagnostic groups by the criterion of purpose antidepressant. Patients of the first group (28 people) as antidepressant therapy received venlafaxine in doses of 37.5–150mg/day, patients of group II (28 people) received mianserin 30–60 mg/day.

Results and conclusions. Evaluating the results of treatment of patients with this disease revealed, that treatment with mianserin has significantly better efficacy in the treatment of these mental disorders compared to venlafaxine.

Keywords: post-traumatic stress disorder, adaptation disorders, Misisips scale, mianserin, venlafaxine.

Г. Т. Сонник¹, О. В. Погорілко², Л. А. Боднар¹, Є. В. Шиндер²

БІОРИТМОЛОГІЧНА ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ У ХВОРИХ НА ДИСОЦІАТИВНІ РОЗЛАДИ

¹Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава²Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О. Ф. Мальцева, м. Полтава
wenzeslav@yandex.ua

Актуальність. Не дивлячись на численні дослідження, проблема дисоціативних (конверсійних) розладів залишається актуальною. Останніми десятиріччями дедалі більше зростає інтерес дослідників до вивчення біоритмологічної організації фізіологічних систем організму. Це зумовлює необхідність дослідження індивідуального біоритмологічного статусу осіб з дисоціативними розладами для вдосконалення профілактики, діагностики та лікування означеної патології.

Мета роботи – вивчити особливості біоритмологічного статусу хворих з дисоціативними розладами.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 42 хворих на дисоціативні розлади, які лікувались у Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні імені О. Ф. Мальцева впродовж 2014–2016 років. Чоловіків було 6, жінок – 36. Вік досліджуваних складав від 19 до 52 років. Усім хворим проводили наступні дослідження: клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне з використанням тесту Айзенка. Для визначення індивідуального біоритмологічного статусу досліджували циркадні ритми шляхом реєстрації протягом 6 діб через кожні 3 години (6, 9, 12, 15, 18, 21 години) показників температури тіла, артеріального тиску, частоти дихання та пульсу. Для визначення типу працездатності використовували клініко-анамнестичний метод з застосуванням адаптованої анкети Естберга.

Результати. Клініко-анамнестичне та клініко-психопатологічне обстеження дозволили верифікувати у всіх 42 пацієнтів дисоціативні розлади. У результаті біоритмологічного обстеження у хворих виявлено три типи біоритмів, які відрізнялися за фазами максимальної розумової та фізичної працездатності. Ранковий тип («жайворонки») виявлено в 14 (33,34 %) осіб, недиференційований («голуби») – у 16 (38,09 %), вечірній («сови») – у 12 (28,57 %). Психодіагностичне обстеження з використанням тесту Айзенка показало, що серед «жайворонків» осіб інтровертованого типу було 10 (71,43 %), екстравертованого – 4 (28,57 %). При цьому пацієнтів з вираженими тривожно-помисловими рисами характеру було 8 (57,14 %). Серед «сов» інтровертованість відмічена у 5 (41,67%) хворих, а екстравертованість – у 7 (58,33 %), тривожно-помислові риси характеру виявлено в 6 (50,00 %) обстежених. Серед осіб з недиференційованим типом інтровертів виявилось 6 (37,50 %), екстравертів – 10 (62,50 %), осіб з тривожно-помисловими рисами – 11 (68,75 %).

Висновки. У хворих на дисоціативні розлади екстравертованість найхарактерніша для осіб з недиференційованим типом працездатності (62,50 %), порівняно з вечірнім (58,33 %) та ранковим (28,57 %) типами. Тривожно-помислові риси характеру найчастіше виявлялися у пацієнтів з недиференційованим типом працездатності (68,75 %), порівняно з «совами» (50,00 %) та «жайворонками» (57,14 %). Отримані дані можна використовувати при індивідуальному підході для проведення комплексної терапії у вказаній категорії хворих.

Ключові слова: дисоціативний розлад, біоритмологічне обстеження, екстравертованість, інтровертованість, тривожно-помисловий характер.

G. T. Sonnik¹, O. V. Pogorilko², L. A. Bodnar¹, E. V. Shynder²BIORHYTHMOLOGICAL INDIVIDUALITY IN PATIENTS WITH DISSOCIATIVE DISORDERS
Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine
Poltava regional clinical psychiatric hospital named O. F. Maltsev, Ukraine
wenzeslav@yandex.ua

Background. Problem diagnosis and treatment of dissociative (conversion) disorders to this day remains unsolved. Today there are many studies that have examined the relationship of dependence of mental processes of biorhythmology cycles. However, in modern scientific sources are not sufficiently highlighted the problem of biorhythmology identity features in patients with dissociative disorders.

Objective. Investigation of biorhythmology status with dissociative disorders patients.

Materials and methods. There were 42 people with dissociative disorders (men – 6, women – 36). Their average age was 33,67±0,36 years. Patients commonly performed clinical and psycho survey using questionnaires Estberha.

Results. According to a survey of 42 patients verified dissociative disorders. Between morning type of performance found in 33.34% of those undifferentiated - at 38.09 %, evening – at 28.57 %. Among people with dissociative disorders morning type of performance found extroverts 71,43 %, introverts – 28,57 % undifferentiated – 37,50 % and 62,50 % respectively; the evening types – 41,67 % and 58,33 %.

Conclusions. In patients with dissociative disorders extrovert is most common for people with undifferentiated type efficiency (62.50 %) compared to the evening (58.33 %) and morning (28.57 %) types.

Keywords: dissociative disorders, biorhythmic status, introvert, extrovert.

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



PHUA/XEP/1015/0002

Коротка інструкція для медичного застосування препарату КСЕПЛІОН® (XEPLION®)

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 пароральними 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 перший 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 внутрішньом'язового 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, акаїзія, ажитація, седація/сонливість, нудота, запор, запаморочення, м'язово-скелетний біль, тахікардія, тремор, біль у животі, блювання, діарея, слабкість та дистонія. З них акаїзія 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.

Реєстраційне 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
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Janssen-Cilag