

ISSN 2410-7484

Т. 23, 2 (89)' 2017

Науково-практичний журнал

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARKHIV PSYKHIATRII

Vol. 23, no. 2 (89)' 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 абревіатур, 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 колегії, підлягають рецензуванню.
- Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.
- Редакційна колегія правомірна здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх, за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.
- Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематичі журналу, без додаткових повідомлень або роз'яснень.

НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

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

У випадку невиконання зазначених вище вимог матеріали публікуватися не будуть.

УВАГА! Статті та тези приймаються за електронною адресою jap.ukraine@gmail.com. Після розгляду редакційною колегією та 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 ЗДОРЯК 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, № 2 (89) '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. Полив'яна, С. Г. Полшкова, О. А. Ревенок, Н. М. Степанова, С. І. Табачников, Є. М. Харченко, О. С. Чабан, С. С. Шум, О. В. Цюмік

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. Івнев (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. Угрін (Великобританія), В. Фрідмонт (США)

Засновник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Свідоцтво 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»
Свідоцтво 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 № 5 від 24.05.2017 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. № 451.

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. 2 (89) '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. Aimevov (Ukraine), Kh. Berher (Germany), V. S. Bitenskyi (Ukraine), P. V. Voloshyn (Ukraine), N. O. Dzeruzhynska (Ukraine), S. K. Yevtushenko (Ukraine), B. B. Ivniev (Ukraine), Z. Kasper (Austria), O. G. Kniazevych (Ukraine), G. M. Kozhyna (Ukraine), I. Kutsenok (USA), O. A. Levada (Ukraine), I. V. Linskyi (Ukraine), M. V. Markova (Ukraine), N. O. Maruta (Ukraine), R. A. Moiseienko (Ukraine), O. K. Napryeyenko (Ukraine), M. M. Pustovoit (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 these 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 № 5 dated 24 May 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.

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

<i>П. В. Будьонний</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ М. ЛИСИЧАНСЬК, В ПЕРІОДИ 2006–2013 ТА 2014–2016 РОКІВ.	85
<i>Д. І. Марценковський</i> КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ТА КОМОРБІДНІСТЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ НА СХОДІ УКРАЇНИ.	91
<i>Т. Ю. Ільницька</i> ПОШИРЕНІСТЬ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ СЕРЕД УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ: СОЦІОДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ.	96

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Є. Ю. Вербицький, М. О. Овчаренко, І. В. Лоскутова</i> ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІМУНОКОМПЛЕКСНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ.	100
<i>М. Е. Водка</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАРАСУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ.	104
<i>В. В. Іщук</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ПАТОАФЕКТИВНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ.	110
<i>О. П. Романів, К. М. Погоріляк</i> СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ РОЗЛАДОМ ПЕРШОГО ТИПУ У ПЕРІОД АКТИВНОГО ТА ПІДТРИМУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ.	114

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>С. І. Коломієць</i> ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ.	119
<i>О. В. Ткаченко</i> ПОЄДНАНА ІНДИВІДУАЛЬНО-СІМЕЙНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ДИСКОМПЛАЄНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ.	124

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>О. К. Напреевко, Н. Ю. Напреевко</i> ПРИНЦИПИ І МЕТОДИ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕПРЕСІЯХ, АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ.	129
<i>Т. М. Радченко, М. О. Овчаренко, Л. Л. Пінський</i> ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАМІСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ЖІНОК ІЗ ГІПОТИРЕОЗОМ НА РОЗВИТОК ПСЕВДОАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМУ.	134

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. П. Олійник</i> КРИМІНОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СКОЄННЯ КРИМІНАЛЬНИХ ЗЛОЧИНІВ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ.	139
---	-----

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

<i>P. V. Budonnyi</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS LIVING IN THE DEPRESSED INDUSTRIAL REGION OF LISICHANSK IN THE PERIODS 2006–2013 AND 2014–2016.	85
<i>D. I. Martsenkovskiy</i> CLINICAL POLYMORPHISM AND COMORBIDITY OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AFFECTED BY HYBRID WARFARE ON EASTERN UKRAINE.	91
<i>T. Yu. Ilmytska</i> THE PERCENTAGE OF THE HYPERTINAL DISORDER IN PARTICIPANTS OF THE ANTI-TERRORIST OPERATION IN THE EASTERN UKRAINE: SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS.	96

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>Ye. Yu. Verbytskyi, M. O. Ovcharenko, I. V. Loskutova</i> PATHOGENETIC ROLE OF IMMUNE REACTIONS IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS.	100
<i>M. Ye. Vodka</i> MODERN INTERPRETATION OF PARASUICIDAL BEHAVIOR.	104
<i>V. V. Ischuk</i> CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE AND PATHOLOGICAL AFFECTIVE MANIFESTATIONS OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY.	110
<i>O. P. Romaniv, K. M. Pohoriliak</i> SUICIDAL RISK IN PATIENTS WITH BIPOLAR I DISORDER DURING THE PERIOD OF ACTIVE AND MAINTAINANCE TREATMENT.	114

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>S. I. Kolomyets</i> PERSONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH SKOLIOSIS.	119
<i>O. V. Tkachenko</i> COMBINED INDIVIDUAL-FAMILY SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS DISCOMPLIANCE IN PATIENTS WITH MILD 2ND TYPE DIABETES MELLITUS.	124

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>O. K. Napryeyenko, N. Yu. Napryeyenko</i> PRINCIPLES AND METHODS OF ANTIRECIDIVE THERAPY FOR ALCOHOL ABUSE ASSOCIATED DEPRESSIONS.	129
<i>T. M. Radchenko, M. O. Ovcharenko, L. L. Pinskiy</i> EVALUATION OF THE INFLUENCE OF SUBSTITUTION HORMONAL THERAPY IN DRUG-DEPENDENT WOMEN WITH HYPOTHYROIDISM ON THE DEVELOPMENT OF PSEUDOWITHDRAWAL SYMPTOMS.	134

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>O. P. Oliynyk</i> CRIMINOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF COMMITTING OFFENSES BY COMBATANTS.	139
---	-----

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗИУМИ. ШКОЛИ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПСИХІАТРІЇ ХХІ СТОЛІТТЯ
ЗА МАТЕРІАЛАМИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ПСИХІАТРІЯ
ХХІ СТОЛІТТЯ: ПРОБЛЕМИ ТА ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ»
(27–29 КВІТНЯ 2017 РОКУ, М. КИЇВ, УКРАЇНА)..... 143

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ**З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«ПСИХІАТРІЯ ХХІ СТОЛІТТЯ: ПРОБЛЕМИ ТА
ІННОВАЦІЙНІ РІШЕННЯ», 27–29 КВІТНЯ 2017 Р., М. КИЇВ
ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ (ДРУГА ЧАСТИНА)**

В. В. Борисенко, Л. В. Животовська, О. А. Казаков
ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ
З ЗАПІЙНИМИ ФОРМАМИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ... 148

К. В. Дубовик
ДО ПИТАННЯ ПРО КЛІНІЧНУ ТИПОЛОГІЮ
ТА ТЕРАПІЮ ПОРУШЕНЬ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ 149

Н. В. Коваленко
ОЦІНКА СКАРГ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ
ОСІБ ТА ПОТЕНЦІЙНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я,
ПОВ'ЯЗАНОЇ З СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИМИ
ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНИМИ ОБСТАВИНАМИ 150

*О. О. Крупська, А. В. Баца, М. М. Матяш, В. М. Пострелко,
А. В. Сергієнко, Т. А. Сергієнко, І. Ф. Здорик, І. С. Трінька,
А. С. Фокіна, М. Я. Ярмоленко*
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО
І ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ОСОБОВОГО СКЛАДУ ОРГАНІВ І ВІЙСЬК У БОЙОВИХ
ПОРЯДКАХ ТА НА ЕТАПАХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ЕВАКУАЦІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ 152

О. І. Масік
ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У СТРУКТУРІ
ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ПІДЛІТКІВ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ 154

О. О. Молчанова
НЕЙРОКОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ
І СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ
У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ 155

О. В. Прохорова
КОГНІТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ ДЕПРЕСИВНОМУ
РОЗЛАДІ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ 156

О. В. Радзевілова
ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖІНОК,
ЯКІ ВЧИНИЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ОСОБИ 157

КЛУБ ЛІКАРІВ

КУТЬКО ІГОР ІВАНОВИЧ (*некролог*) 159

CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS

THE ACTUAL ISSUES OF PSYCHIATRY OF THE XXI CENTURY
ON THE MATERIALS OF THE ANNUAL SCIENTIFIC
CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
«PSYCHIATRY OF THE XXI CENTURY: ISSUES AND
INNOVATIVE DECISIONS» (APRIL 27-29, 2017, KYIV, UKRAINE).... 143

**THE ANNUAL SCIENTIFIC CONFERENCE WITH
INTERNATIONAL PARTICIPATION «PSYCHIATRY OF THE
XXI CENTURY: ISSUES AND INNOVATIVE DECISIONS»**

27–29 APRIL 2017, KYIV

ABSTRACTS (SECOND PART)

V. V. Borysenko, L. V. Zhyvotovska, O. A. Kazakov
PATOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS
WITH DRINKING FORMS OF ALCOHOL DEPENDENCE..... 148

K. V. Dubovyk
ON THE QUESTION OF CLINICAL TYPOLOGY AND THERAPY
OF DISORDERS OF MOTOR FUNCTION IN CHILDREN..... 149

N. V. Kovalenko
ASSESSMENT OF COMPLAINTS AND POTENTIAL RISK
FOR HEALTH OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS
RELATED WITH SOCIO-ECONOMIC AND PSYCHOSOCIAL
CIRCUMSTANCES..... 150

*O. O. Krupaska, A. V. Batsa, M. M. Matiash, V. M. Postrelko,
A. V. Serhiienko, T. A. Serhiienko, I. F. Zdoryk, I. S. Trinka,
A. S. Fokina, M. Ya. Yarmolenko*
PECULIARITIES OF PSYCHODIAGNOSTIC AND PSYCHO-
PHYSIOLOGICAL SUPPORT PERSONNEL OF THE AGENCIES
AND ARMED FORCES IN COMBAT FORMATIONS
AND STAGES OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL
REHABILITATION 152

O. I. Masik
DEPRESSIVE SYNDROME IN THE STRUCTURE
OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN ADOLESCENTS
AND ITS TREATMENT..... 154

O. O. Molchanova
NEUROCOGNITIVE DEFICIT
AND SOCIAL FUNCTIONING
OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA..... 155

O. V. Prokhorova
COGNITIVE DYSFUNCTION IN DEPRESSIVE DISORDERS
IN ELDERLY PATIENTS..... 156

O. V. Radzevilova
PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO
HAVE COMMITTED CRIMES AGAINST AN INDIVIDUAL 157

DOCTORS' CLUB

KUT'KO IGOR IVANOVYCH (*obituary*) 159

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.895+616.89-008.441.44+616-08

П. В. Будьонний

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ДЕПРЕСИВНОМУ ПРОМИСЛОВОМУ РЕГІОНІ М. ЛИСИЧАНСЬК, В ПЕРІОДИ 2006–2013 ТА 2014–2016 РОКІВ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

lisoblpsihiatria@gmail.com

Актуальність. На тлі високих показників суїцидів в Україні прогнозується зростання такого суїцидогену як розлад адаптації, що викликаний значними змінами психологічної та соціальної обстановки, пов'язаними з війною.

Мета – вивчення соціально-демографічних та гендерних характеристик суїцидальних спроб, здійснених мешканцями м. Лисичанськ за період проведення АТО – 2014–2016 рр., порівняно з 2006–2013 роками.

Матеріали та методи. В процесі роботи з 15 тис. медичних карт стаціонарних хворих, які проходили лікування в довоєнний період, у 2006–2013 роках, у стаціонарних відділеннях ЛОПБ, та 3,5 тисячі пацієнтів, які отримували лікування у 2014–2016 роках, були відібрані 409 і 208 відповідно випадків суїцидальної та аутоагресивної поведінки пацієнтів та проведено їх клініко-анамнестичний аналіз.

Результати. У чоловіків знизилася питома вага суїцидів – з $22,7 \pm 0,31$ % до $19,8 \pm 0,19$ %, і значно знизилася питома вага суїцидальних спроб – з $33,7 \pm 0,45$ % до $23,1 \pm 0,22$ %. У жінок знизилася питома вага суїцидів ($-1,1$ %) та намірів ($-5,7$ %). Питома вага суїцидальних спроб практично не змінилася – $21,4 \pm 0,27$ % і $21,1 \pm 0,21$ %. Аналіз змін співвідношення віку пацієнтів та суїцидальної поведінки в довоєнний період і на тлі проведення АТО показав, що вказані зміни у чоловіків-суїцидентів були незначними – в межах 2–3 %, а в суїцидентів-жінок – значними, у вигляді перенесення першого піку суїцидальної активності з 20–29 на 30–39 років. До загальних тенденцій змін суїцидальної активності у пацієнтів з різними нозологіями можна віднести практично стабільний її рівень у осіб із залежностями від алкоголю і психоактивних речовин, значне зростання у пацієнтів обох статей з шизофренією, значне зниження у пацієнтів з афективними розладами. Суїцидальна активність знизилася у пацієнтів з розладами особистості ($-5,2$ %) і здорових чоловіків ($-11,5$ %), а у жінок з цими ж нозологіями залишилася практично на колишньому рівні.

Висновки. Суїцидальна активність осіб, які мешкають на досліджуваній території, в період проведення АТО значно змінилася, порівняно з довоєнним періодом.

Ключові слова:

суїцид, суїцидальна поведінка, війна, АТО.

Актуальність. Україна належить до країн з найвищим рівнем самогубств в Європі – 22 випадки на 100 тис. населення (дані Держкомстату на 2016 р.). На тлі цих показників прогнозується зростання такого суїцидогену як розлад адаптації, викликаний значними змінами психологічної та соціальної обстановки, пов'язаними з війною.

Згідно з висновками Г. Я. Пилягіної, «аутоагресія – є спосіб поведінки людини в екстремальній ситуації, одна з форм (поряд з агресією) закономірного і доцільного

комплексного механізму пристосування. Її характер і «ступінь важкості» являє собою результуючий вектор особистісних психологічних установок, індивідуальних біологічних реакцій організму, який потенціюється певними ситуаційними (соціальними) умовами» [11].

З точки зору медицини, війна – це травматична епідемія [6]. На відміну від війн XVIII – початку XX століття, коли від війни страждало до 5 % не задіяного в бойових діях мирного населення, залучення населення в сучас-

них конфліктах становить близько 90 %. Це населення в подальшому потребує спеціалізованої допомоги для нівелювання та пом'якшення негативного впливу психотравмуючих чинників [7].

Якщо економічний спад, безробіття, невпевненість у завтрашньому дні, самотність, розлучення, низька адаптація індивіда в соціумі є загально визнаними суїцидогенами [1, 3, 12], то конвенціональну війну деякі автори відносять до антисуїцидальних факторів. У роботі Е. Дюркгейма (1912 р.) висловлено думку, що вплив економічних криз і війни не можна ототожнювати. Пояснювався цей феномен тим, що створюються передумови для більшої згуртованості суспільства, знижуючи ймовірність ізоляції і відчуження його членів, що війни «оживляють колективні почуття, пробуджують дух патріотичності і патріотизму, політичну віру і віру національну та, зосереджуючи індивідуальні енергії на здійсненні однієї мети, створюють в суспільстві – принаймні на якийсь час – тіснішу згуртованість».

Особливістю поточної війни є її гібридний характер. Важливим фактором впливу на населення стала інформаційно-психологічна складова гібридної війни [7]. Її мішенями стали базові цінності особистості, самосвідомість (менталітет, культура, мова спілкування), самоідентифікація (соціальна і рольова ідентифікація). Результат впливу на ці мішені проявився у відстороненні від суспільства окремих соціальних груп, які поставили свої цінності (зазвичай протиправні), вище Закону та загальноприйнятих норм.

Офіційно війна на Сході України почалася в квітні 2014 року, з початком вторгнення російських військових підрозділів на територію Луганської та Донецької областей. Однак з березня 2014 року на території Лисичанська вже перебували групи озброєних людей без відзнак, які готували обстановку до проведення «референдуму». У квітні 2014 року, після проведення «референдуму» та проголошення ЛНР, на території міста стали відкрито діяти збройні бандформування.

Перші відкриті зіткнення сталися 22 травня 2014 року. До моменту звільнення, яке відбулося 24 липня 2014 року, місто Лисичанськ і довколишні населені пункти перебували в епіцентрі бойових дій [4].

Згідно з даними опитування, проведеного серед хворих ЛОПБ, 65 % респондентів потрапляли під обстріл, 46 % отримували «погані новини», 32 % були під бомбардуваннями, 20 % стали свідками бійок, 3 % – викрадень, 5 % – інших злочинів, у 17 % за межі регіону виїхали родичі.

У місті до моменту звільнення від проросійських бойовиків були відключені українські телеканали і населення перебувало під впливом постійної інформаційної пропаганди. З 200 співробітників Лисичанської обласної психіатричної лікарні в цей період, в основному через страх перед приходом «українських карателів», звільнилося 43 (21,5 %) людини і понад 50 (понад 25 %) скористалися безкоштовними відпустками, щоб покинути місто.

Зараз м. Лисичанськ і довколишні населені пункти є прифронтовими, а також перевалочними і логістичними пунктами для збройних сил України (ЗСУ). Бойові дії тривають на відстані артилерійського пострілу від міста.

Вивчення суїцидальної поведінки в умовах безпосередньої небезпеки для життя, що йде ззовні, дозволить поглянути на проблему під іншим кутом. Порівнюючи дані за ці періоди можна буде виключити ряд невідомих і визначити змінні.

Мета дослідження – вивчення соціально-демографічних та гендерних характеристик суїцидальних спроб, здійснених мешканцями м. Лисичанськ і прилеглих територій за період 2014–2016 рр. в порівнянні з 2006–2013 рр., для подальшої оцінки та прогнозування наслідків суїцидальної активності.

Завдання дослідження – визначити предиктори формування суїцидальної поведінки у населення, що проживає в депресивному регіоні Донбасу, в період з 2006 по 2016 рік.

Дослідити і систематизувати вплив соціально-демографічних, клінічних, психодіагностичних показників на механізми виникнення суїцидальної поведінки.

Матеріали та методи дослідження

У ході роботи з 15 тис. медичних карт стаціонарних хворих (ф. № 003/о), які проходили лікування у стаціонарних відділеннях Лисичанської обласної психіатричної лікарні в довоєнний період (2006–2013 рр.) [2], і 3,5 тис. пацієнтів, які лікувалися в 2014–2016 рр., були відібрані 409 і 208 відповідно випадків суїцидальної та аутоагресивної поведінки пацієнтів і проведено їх клініко-анамнестичний аналіз.

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

У ході роботи було проаналізовано весь спектр суїцидальної поведінки (СП), що поєднує в собі суїцидальні думки, задуми, наміри і дії, спрямовані на самошкодження або самознищення, тобто всі внутрішні й зовнішні форми суїцидальної активності [1, 3, 13].

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (квадратичне відхилення) на комп'ютері з використанням обчислювальних таблиць Excel Microsoft Office, 2014 [5].

Результати та їх обговорення

Розподіл суїцидальної поведінки за формами з урахуванням статі в період до війни був представлений таким чином: суїцидальні наміри ($31,2 \pm 0,33$ %) та суїцид ($26,6 \pm 0,3$ %) достовірно частіше спостерігалися у жінок, ніж у чоловіків ($24,7 \pm 0,38$ % і $22 \pm 0,36$ % відповідно), а суїцидальні спроби – частіше у чоловіків ($33,7 \pm 0,45$ %), ніж у жінок ($21,4 \pm 0,27$ %).

Аналіз змін співвідношення форм суїцидальної поведінки на тлі проведення АТО (рис. 1) показав, що питома вага суїцидів знизилася як у чоловіків (з $22,7 \pm 0,31$ % до $19,8 \pm 0,19$ %), так і у жінок (з $23,8 \pm 0,26$ % до $23,5 \pm 0,23$ %). Значно знизилася питома вага суїцидальних спроб у чоловіків (з $33,7 \pm 0,45$ % до $23,1 \pm 0,22$ %) і практично не змінилася у жінок ($21,4 \pm 0,27$ % і $21,1 \pm 0,21$ % відповідно).

Питома вага суїцидальних думок зросла і у чоловіків (з $11,4 \pm 0,26$ % до $17,3 \pm 0,17$ %), і у жінок (з $11,7 \pm 0,2$ % до $20,7 \pm 0,2$ %).

Питома вага намірів у чоловіків зросла (з $24,7 \pm 0,36$ % до $29,7 \pm 0,38$ %), а у жінок, навпаки, знизилася (з $31,2 \pm 0,33$ % до $25,5 \pm 0,25$ %).

Підводячи підсумки, можна стверджувати, що у чоловіків зростає питома вага думок і намірів при зниженні суїцидів і суїцидальних спроб, а у жінок зростає питома вага думок, але зменшилась кількість задумів і суїцидів.

Аналіз змін співвідношення віку пацієнтів з суїцидальною поведінкою на тлі проведення АТО (рис. 2), показав, що зміни у чоловіків-суїцидентів були незначні – в межах 2–3 %. Зростає питома вага суїцидентів у віці 20–29 років – з $25,9 \pm 0,62$ % до $28,9 \pm 0,77$ %, 40–49 років – з $14,9 \pm 0,63$ % до $17,3 \pm 0,57$ % і, найбільше, у віці 60–69 років – з $5,5 \pm 0,59$ % до $9,1 \pm 0,77$ %; зменшилась питома вага в категоріях 18–19 років – з $4,7 \pm 0,63$ % до $2,5 \pm 0,5$ %, 30–39 років – з $34,1 \pm 0,68$ % до $29,7 \pm 0,56$ %, і 50–59 років – з $12,1 \pm 0,52$ % до $9,9$ %. Загалом аналізуючи криву розподілу можна сказати, що вона стала більш плавною і з неї зник пік, що припадав на вік 30–39 років, який спостерігався раніше.

Відбулися значні зміни співвідношення віку суїцидентів-жінок у вигляді перенесення першого піку суїцидальної активності з віку 20–29 років ($11,5 \pm 0,21$ %) на 30–39 років ($31 \pm 0,42$ %) і відсутності значних змін після 40 років.

Суїцидальна активність більш ніж удвічі зменшилась у жінок вікової категорії 20–29 років – з $23,4 \pm 0,35$ % до $11,5 \pm 0,21$ %, і значно зростає – у вікової категорії 30–39 років – з $17,5 \pm 0,28$ % до $31 \pm 0,42$ %.

Аналіз мотивації довоєнного періоду показав, що найбільші зміни відбулися в таких мотивах як уникнення нестерпної ситуації, з переважанням серед суїцидентів чоловіків ($32,4 \pm 0,44$ % чоловіків і $11,7 \pm 0,2$ % жінок). Зворотна ситуація, з переважанням серед суїцидентів жінок, спостерігалася в таких мотивах як уникнення страждань та покарання себе ($34,4 \pm 0,34$ % і $16,9 \pm 0,24$ % у жінок, $15,7 \pm 0,3$ % і $11 \pm 0,25$ % у чоловіків відповідно).

Аналіз змін мотивації суїцидальної поведінки на тлі АТО (рис. 3) показав, що у чоловіків відбулися незначні зміни в таких мотивах як «крик про допомогу» (зниження з $17,2 \pm 0,32$ % до $15,7 \pm 0,15$ %), про-

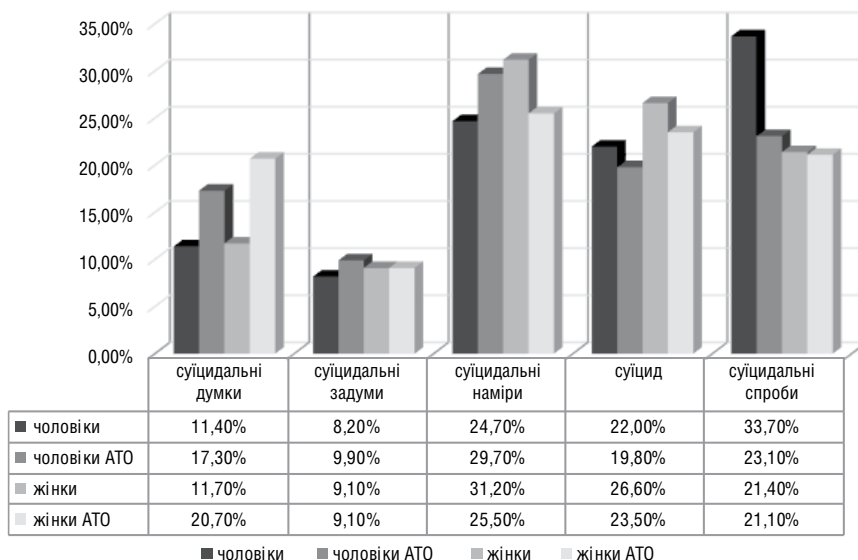


Рис. 1. Розподіл суїцидальної поведінки за формами з урахуванням статі (2006–2013 та 2014–2016 рр.)

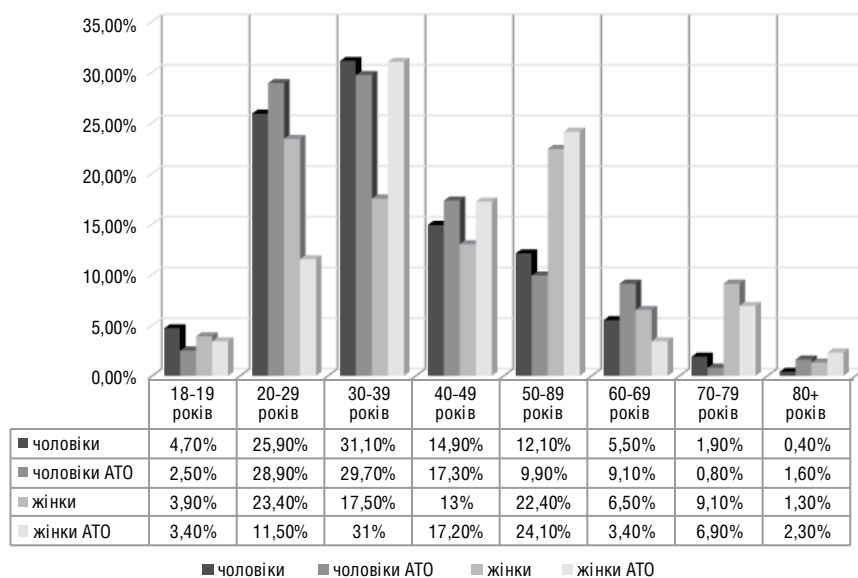


Рис. 2. Розподіл суїцидальної поведінки за віком з урахуванням статі (2006–2013 та 2014–2016 рр.)

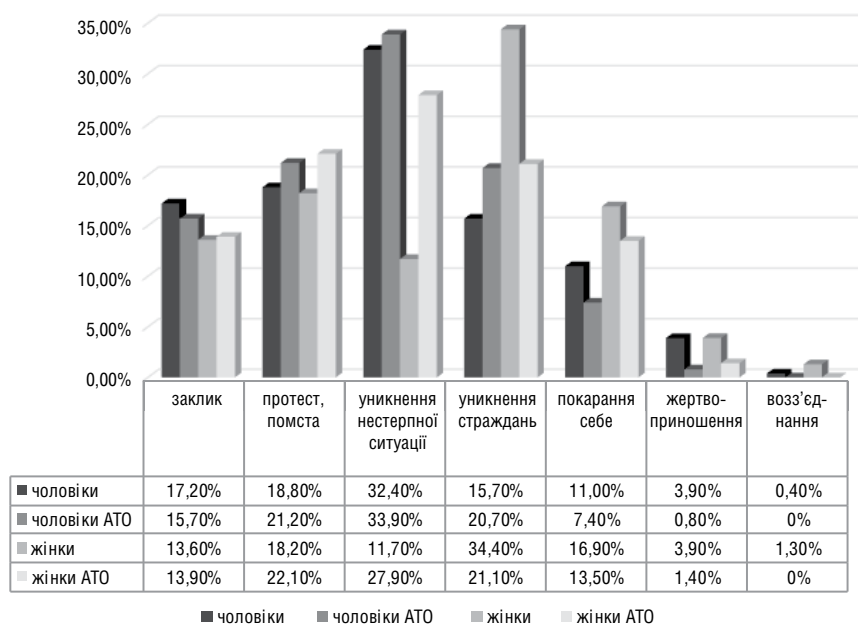


Рис. 3. Розподіл суїцидальних спроб за мотивами (2006–2013 та 2014–2016 рр.)

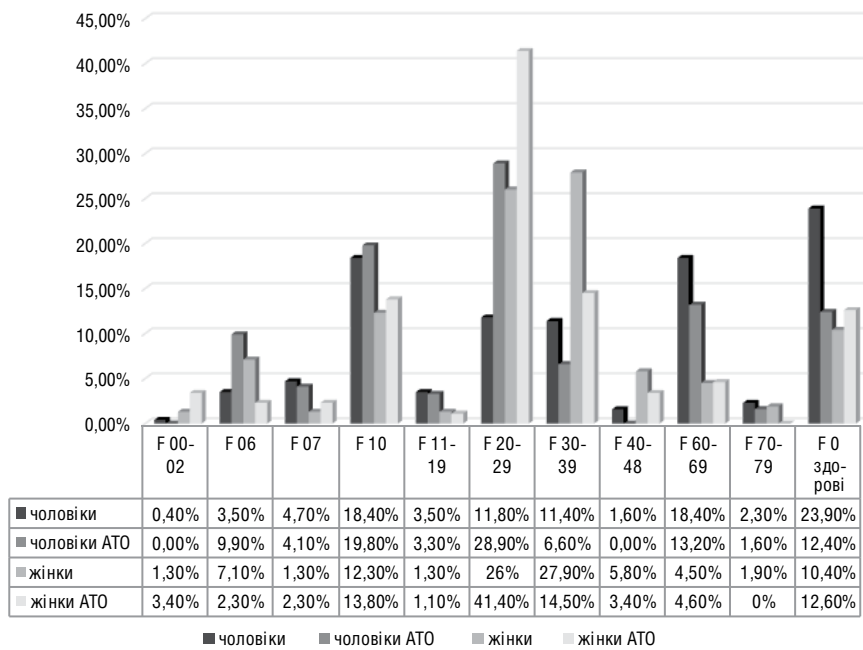


Рис. 4. Розподіл суїцидальної поведінки за діагнозом з урахуванням статі (2006-2013 та 2014-2016 рр.)

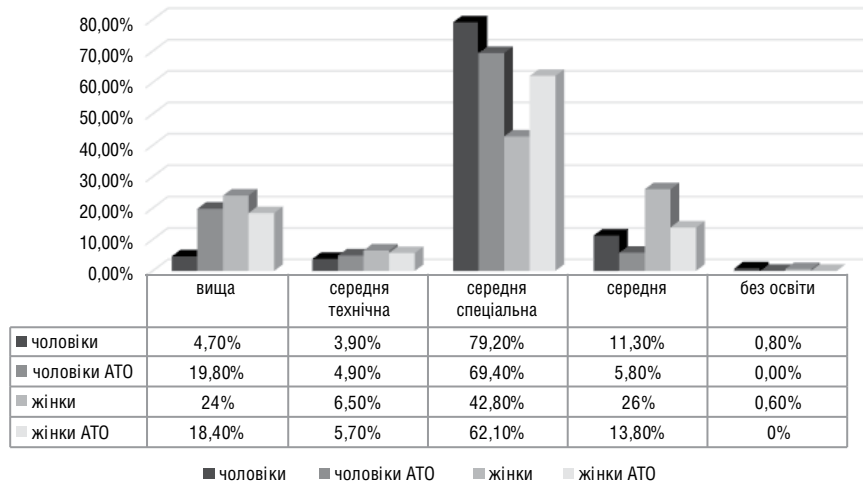


Рис. 5. Розподіл суїцидальної поведінки залежно від освіти з урахуванням статі (2006-2013 та 2014-2016 рр.)

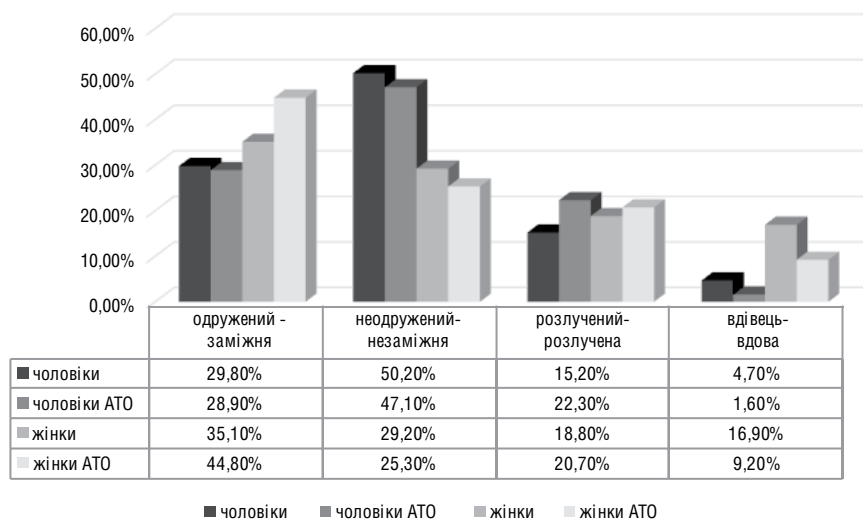


Рис. 6. Розподіл суїцидальних спроб залежно від сімейного стану з урахуванням статі (2006-2013 та 2014-2016 рр.)

карання себе (зниження з $11 \pm 0,25$ % до $7,4 \pm 0,07$ %) і жертвопринищення (зниження з $3,9 \pm 0,15$ % до $0,8 \pm 0,008$ %).

У жінок значно зросла питома вага мотивації у вигляді уникнення нестерпної життєвої ситуації (з $11,7 \pm 0,2$ % до $19,5 \pm 0,19$ %) і знизилася кількість випадків суїцидальної поведінки з мотивів уникнення страждань (з $34,4 \pm 0,34$ % до $21,8 \pm 0,21$ %).

Нозологічна структура довоєнного періоду була представлена таким чином: у чоловіків найбільший показник припав на здорових – $23,9 \pm 0,38$ %, на тих, що страждають алкоголізмом – $18,4 \pm 0,33$ % і пацієнтів з розладами особистості – $18,4 \pm 0,33$ %. У жінок на хворих на шизофренію, шизотиповий і маячні розлади припало по $26,0 \pm 0,3$ %, на афективні розлади – $27,9 \pm 0,31$ %.

До загальних тенденцій змін суїцидальної активності у пацієнтів з різними нозологіями в період війни (рис. 4) можна віднести практично стабільний її рівень у пацієнтів із залежністю від алкоголю (у чоловіків – з $18,4 \pm 0,33$ % до $13,8 \pm 0,13$ %) і психоактивних речовин (у чоловіків – з $3,5 \pm 0,14$ % до $3,3 \pm 0,03$ %, у жінок – з $1,3 \pm 0,06$ % до $1,1 \pm 0,01$ %), значне зростання суїцидальної активності у пацієнтів обох статей з шизофренією (у чоловіків – з $11,8 \pm 0,26$ % до $28,9 \pm 0,28$ %, у жінок – з $26 \pm 0,3$ % до $41,4 \pm 0,4$ %), значне зниження – у пацієнтів з афективними розладами (у чоловіків – з $11,4 \pm 0,26$ % до $6,6 \pm 0,06$ %, у жінок – з $27,9 \pm 0,31$ % до $14,5 \pm 0,14$ %).

У пацієнтів з розладами особистості та у здорових чоловіків суїцидальна активність знизилася (з $18,4 \pm 0,33$ % до $13,2 \pm 0,13$ % і з $23,9 \pm 0,38$ % до $12,4 \pm 0,12$ % відповідно), а у жінок з цими ж нозологіями залишилася практично на колишньому рівні.

Привертає увагу зростання суїцидальної активності у чоловіків з вищою освітою (рис. 5) – з $35,1 \pm 0,35$ % до $44,8 \pm 0,44$ %, або на 9,7 %.

тест (зростання з $18,8 \pm 0,33$ % до $21,5 \pm 0,21$ %), уникнення нестерпної ситуації (зростання з $32,4 \pm 0,44$ % до $33,9 \pm 0,33$ %) і більш значущі, але в межах 5 %, – уникнення страждань (зростання з $15,7 \pm 0,3$ % до $20,7 \pm 0,2$ %), по-

Значні зміни суїцидальної активності залежно від сімейного стану відбулися тільки у заміжніх жінок (рис. 6) у вигляді зростання на 15,1 % – з $4,7 \pm 0,16$ % до $19,8 \pm 0,19$ %.

Висновки

1. Суїцидальна активність мешканців досліджуваної території в період проведення АТО значно змінилася, порівняно з довоєнним періодом.

2. До загальних тенденцій змін суїцидальної поведінки чоловіків та жінок можна віднести стабільний її рівень у пацієнтів з залежностями, зростання активності у пацієнтів з шизофренією (у чоловіків – з 11,8±0,26 % до 28,9±0,28 %, у жінок – з 26±0,3 % до 41,4±0,4 %) і значне зниження у пацієнтів з афективними розладами (у чоловіків – з 11,4±0,26 % до 6,6±0,06 %, у жінок – з 27,9±0,31 % до 14,5±0,14 %).

3. У чоловіків зниження суїцидальної активності виявлено у пацієнтів з розладами особистості (–5,2 %) і у здорових осіб (–11,5 %), у жінок же суїцидальна активність у пацієнток з розладами особистості та здорових майже не змінилася.

4. У чоловіків збільшилася питома вага суїцидальних думок (+5,9 %) і намірів (+5 %) та зменшилася питома вага суїцидів (–2,9 %) і суїцидальних спроб (–10,6 %).

5. У чоловіків виросли показники наступних мотивів суїцидальної активності: уникнення страждань (+5 %), протест (+2,7 %) і уникнення нестерпної ситуації (+1,5 %), зменшилися – «крик про допомогу» (–1,5 %) і покарання себе (–3,6 %).

6. У жінок збільшилася питома вага суїцидальних думок (+9 %) та зменшилася питома вага намірів (–5,7 %) і суїцидів (–1,1 %).

7. У жінок зросла питома вага мотиву уникнення нестерпної життєвої ситуації (+7,8 %), та значно зменшилася – уникнення страждань (–12,6 %).

8. Аналіз змін співвідношення віку пацієнтів з суїцидальною поведінкою в довоєнний період і на тлі проведення АТО показав, що зміни у чоловіків суїцидентів виявилися незначними – в межах 2–3 %.

9. У співвідношенні віку в суїцидентів-жінок відбулися значні зміни у вигляді перенесення першого піку суїцидальної активності з 20–29 років (11,5±0,21 %) на 30–39 років (31±0,42 %); значні зміни після 40 років були відсутні.

Список використаної літератури

1. Амбрумова А. Г. Диагностика суїцидального поведіння : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980. – 48 с.
2. Будьонний П. В. Особливості суїцидальної поведінки осіб, які мешкають у депресивному промисловому регіоні м. Лисичанськ (2006–2013 рр.) / П. В. Будьонний // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 3 (86). – С. 28–32.
3. Ласый Е. В. Выявление пациентов с суицидальным риском в общемедицинской практике : учеб.-метод. пособие / Е. В. Ласый, О. И. Парова. – Мн. : БелМАПО, 2012. – 34 с.
4. Розпорядження Кабінету міністрів України від 30 жовтня 2014 р. № 1053-р «Про затвердження переліку населених пунктів, на території яких здійснювалася антитерористична операція» [Електронний ресурс] // Офіційний веб-портал Верховна Рада України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1053-2014-%D1%80> (дата звернення 28.06.16).
5. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Моріон, 2000. – 320 с.
6. Расстройств адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения / И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Н. В. Позднякова [и др.] // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 5–12.
7. Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна: медико-психологічні наслідки та стратегії протидії / М. В. Маркова // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. – 2016. – № 4 (24). – С. 6–10.
8. Вплив психосоціальних факторів на психічне здоров'я. За результатами анкетування осіб, які постраждали у зоні АТО в Україні, внутрішньо переміщених осіб та працівників, задіяних у допомозі / І. Я. Пінчук, Н. М. Степанова, О. О. Суховій, Г. С. Сулімовська // НейроNEWS. – 2015. – № 1 (65). – С. 8–11.
9. Психіатрія війни і катастроф : учебное пособие / В. К. Смирнов, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко [и др.] ; под ред. В. К. Шамрея. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 431 с.

10. Пилягина Г. Я. Многоликость саморазрушения (особенности аутодеструктивных эквивалентов) / Г. Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. – 2002. – Т. 6, № 2. – С. 52–56.
11. Пилягина Г. Я. Аутоагрессия: биологическая целесообразность или психологический выбор? / Г. Я. Пилягина // Таврический журнал психиатрии. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 24–27.
12. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология : монография / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 472 с.
13. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы / Л. Н. Юрьева // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 34–36.
14. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология [Текст] / Л. Н. Юрьева // Новости медицины и фармации. – 2015. – № 540. – С. 30–34.
15. Юрьева Л. Н. Социокультуральная динамика осознанного суицидального поведения [Текст] / Л. Н. Юрьева // Новости медицины и фармации. – 2015. – № 540. – С. 53–55.

References

1. Ambrumova, A. G., & Tihonenko, V. A. (1980). *Diagnostika suicial'nogo povedenija* [Diagnosis of suicidal behavior]. Moscow, 48 p. (In Russian).
2. Budonnyy, P. V. (2016). Osoblyvosti suitsyidalnoi povedinky osob, yaki meshkaiut u depresyvnomu promyslovomu rehioni m. Lysychansk (2006–2013 rr.) [Features of suicidal behavior of persons living in a depressed industrial region Lysichansk (2006–2013)]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, no. 2 (85), pp. 11–15. (In Ukrainian).
3. Lasyj, E. V., & Parovaja, O. I. (2012). *Vyjavlenie pacientov s suicial'nym riskom v obshhemedicinskoj praktike* [Identification of patients with suicidal risk in general practice]. Minsk: BelMAPO, 34 p. (In Russian).
4. The Cabinet of Ministers of Ukraine (2014). *Rozporiadzhennia Kabinetu ministriv Ukrainy vid 30 zhovtnia 2014 r. № 1053-r «Pro zatverdzhennia pereliku naselennykh punktiv, na terytorii yakykh zdiisniuvalasja antyterorystychna operatsija»* [The Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine dated October 30, 2014 No. 1053-r "On approval of the list of settlements on the territory of which the antiterrorist operation was carried out"]. Retrieved from: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1053-2014-%D1%80> (accessed 25.01.2017, in Ukrainian).
5. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., & Babych, P. N. (2000). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel* [Statistical methods in biomedical research using Excel]. Kyiv: Morion, 320 p. (In Russian).
6. Linskyj, I. V., Kuzminov, V. N., Pozdnyakova, N. V., Onyshchuk, S. V., Shestopalova, L. F., & Grinevich, Ye. G. (2014). Rasstrojstvo adaptacii sredi grazhdans'kogo naselenija, perezhivshogo boevye dejstva, spustja mesjac posle ih prekrashhenija [Adaptation disorders among the civil population, who have endured by battle actions, in a month after their termination]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 5–12. (In Russian).
7. Markova, M. V. (2016). Informatsiino-psykhologichna viina: mediko-psykhologichni naslidky ta stratehii protydi [The information-psychological war: medical-psychological effects and counteraction's strategies]. *Problemy bezpererвної medychnoi osvity ta nauky – Problems of continuous medical training and science*, no. 4 (24), pp. 6–10. (In Ukrainian).
8. Pinchuk, I. Ya., Stepanova, N. M., Sukhovij, O. O., & Sulimovska, H. S. (2015). Vplyv psykhosotsialnykh faktoriv na psykhichne zdorov'ia. Za rezultatamy anketuvannia osob, yaki postrazhdaly u zoni ATO v Ukraini, vnutrishno peremishchenykh osob ta pratsivnykyv, zadianykh u dopomozhi [Influence of psychosocial factors on mental health. According to the results of the questionnaire of persons who suffered in the zone of ATO in Ukraine, internally displaced persons and workers involved in assistance]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 1 (65), pp. 8–11. (In Ukrainian).
9. Shamrej, V. K. (Ed). (2015). *Psihiatrija vojn i katastrof* [Psychiatry of wars and disasters]. Saint Petersburg: Speclit, 431 p. (In Russian).
10. Pyliagina, G. Ya. (2002). Mnogolikost' samorazrushenija (osobnosti autodestruktyvnyh jekvivalentov) [Multifaceted of self-destruction (features of autodestructive equivalents)]. *Tavricheskij zhurnal psikiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 6, no. 2, pp. 52–56. (In Russian).
11. Pyliagina, G. Ya. (1999). Autoagressija: biologicheskaja celesoobraznost' ili psihologicheskij vybor? [Auto-aggression: biological expediency or psychological choice?]. *Tavricheskij zhurnal psikiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 3, no. 3, pp. 24–27. (In Russian).
12. Yur'eva, L. M. (2006). *Klinicheskaja suicidologija* [Clinical suicidology]. Dnepropetrovsk, Porogi, 472 p. (In Russian).
13. Yur'eva, L. M. (2007). Suicidologicheskaja situacija v Ukraine: realii i perspektivy [A suicide situation in Ukraine: realities and prospects]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 15, issue 1 (50), pp. 34–36. (In Russian).
14. Yur'eva, L. M. (2015). Suicidologicheskaja situacija v Ukraine: statistika i jepidemiologija [A suicide situation in Ukraine: statistics and epidemiology]. *Gazeta «Novosti medicyny i farmacii» – The newspaper «News of Medicine and Pharmacy»*, no. 540, pp. 30–34. (In Russian).
15. Yur'eva, L. M. (2015). Sociokul'tural'naja dinamika osoznannogo suicial'nogo povedenija [Socio-cultural dynamics of conscious suicidal behavior]. *Gazeta «Novosti medicyny i farmacii» – The newspaper «News of Medicine and Pharmacy»*, no. 540, pp. 53–55. (In Russian).

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ДЕПРЕССИВНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ Г. ЛИСИЧАНСК, В ПЕРИОД 2006–2013 И 2014–2016 ГОДОВ**
П. В. Буденный

Актуальность. На фоне высоких показателей суицидов в Украине прогнозируется рост такого суцидодгена как расстройство адаптации, вызванное значительными изменениями психологической и социальной обстановки, связанными с войной.

Цель – изучение социально-демографических и гендерных характеристик суицидальных попыток, совершенных жителями г. Лисичанск за период проведения АТО – 2014–2016 гг., по сравнению с 2006–2013 годами.

Материалы и методы. В процессе работы из 15 тыс. медицинских карт стационарных больных, проходивших лечение в довоенный период, в 2006–2013 годах, в стационарных отделениях ЛОПБ, и 3,5 тысячи пациентов, получавших лечение в 2014–2016 годах, были отобраны 409 и 208 соответственно случаев суицидального и аутоагрессивного поведения пациентов и проведен их клинико-анамнестический анализ.

Результаты. У мужчин снизился удельный вес суицидов – с $22,7 \pm 0,31$ % до $19,8 \pm 0,19$ %, и значительно снизился удельный вес суицидальных попыток – с $33,7 \pm 0,45$ % до $23,1 \pm 0,22$ %. У женщин снизился удельный вес суицидов ($-1,1$ %), и намерений ($-5,7$ %). Удельный вес суицидальных попыток практически не изменился – $21,4 \pm 0,27$ % и $21,1 \pm 0,21$ %. Анализ изменений соотношения возраста пациентов и суицидального поведения в довоенный период и на фоне проведения АТО показал, что указанные изменения у мужчин-суицидентов были незначительными – в пределах 2–3 %, а у суицидентов-женщин – значительными, в виде переноса первого пика суицидальной активности с 20–29 на 30–39 лет. К общим тенденциям изменений суицидальной активности у пациентов с различными нозологиями можно отнести практически стабильный ее уровень у лиц с зависимостями от алкоголя и психоактивных веществ, значительный рост у пациентов обоих полов с шизофренией, значительное снижение у пациентов с аффективными расстройствами. Суицидальная активность снизилась у пациентов с расстройствами личности ($-5,2$ %) и здоровых мужчин ($-11,5$ %), а у женщин с этими же нозологиями осталась практически на прежнем уровне.

Выводы. Суицидальная активность лиц, проживающих на исследуемой территории, в период проведения АТО значительно изменилась, по сравнению с довоенным периодом.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, война, АТО.

**COMPARATIVE ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PERSONS LIVING
IN THE DEPRESSED INDUSTRIAL REGION OF LISICHANSK IN THE PERIODS 2006-2013 AND 2014-2016**
P. V. Budonnyi

Background. Considering high suicide rates in Ukraine, the growth of such a suicidal factor as adaptation disorder is predicted. It is caused by significant changes in the psychological and social situation associated with the war.

Objective: to study the socio-demographic and gender characteristics of the committed suicide attempts among the population of Lisichansk during the period of antiterrorist operation (ATO) 2014–2016 in comparison with 2006–2013.

Materials and methods. During the course of the work, out of 15,000 medical records of inpatients treated in the pre-war period 2006–2013 in the stationary departments of LOPB, and 3,500 patients in 2014–2016, 409 cases of suicidal and 208 cases of autoaggressive behavior we conducted their clinical and anamnestic analysis.

Results. In men, the proportion of suicides decreased from $22.7\% \pm 0.31$ to $19.8\% \pm 0.19$ and the proportion of suicidal attempts decreased significantly from $33.7\% \pm 0.45$ to 23.1 ± 0.22 . In women, the proportion of suicides and intentions decreased (-1.1 % and -5.7 % respectively). The proportion of suicidal attempts did not change significantly $21.4\% \pm 0.27$ and 21.1 ± 0.21 . Analysis of changes in the ratio of the age of patients with suicidal behavior in the pre-war period and against the background of ATO showed, that the changes in men suicides were insignificant in the range of 2–3 %, and a significant change in the age ratio of women suicides in the form of transfer of the first peak of suicidal activity from 20–29 to 30–39 years. There are such patterns of changes in suicidal activity as almost stable level in patients with alcohol and psychoactive substances addiction, a significant increase in patients of both sexes with schizophrenia, a significant decrease in patients with affective disorders. Suicidal activity decreased in patients with personality disorders (-5.2 %) and in healthy men (-11.5 %), however in women with the same nosology – remained practically at the same level.

Conclusions. The suicidal activity in the study area during the ATO period has significantly changed in comparison with the pre-war period.

Keywords: suicide, suicidal behavior, war, ATO.

Стаття надійшла до редакції 10.04.2017 р.

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

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

BUDONNYI Pavlo Valeriovych, Head of Lysychansk Regional Mental Hospital, Lysychansk, Assistant of the Department of Psychiatry and Narcology of State Institution «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine; e-mail: lisoblpshiatria@gmail.com

УДК 616.895:159.922.736:911.6

Д. І. Марценковський

КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ТА КОМОРБІДНІСТЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ГІБРИДНОЇ ВІЙНИ НА СХОДІ УКРАЇНИ

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

d.martsenkovskiy@gmail.com

Актуальність. Поліморфізм психічних розладів у дітей та підлітків внаслідок пережитих психотравмуючих ситуацій створює труднощі для їх концептуалізації та типологізації. Симптоми депресії та тривоги можуть входити в структуру ПТСР, можуть бути проявами коморбідного до ПТСР психічного розладу з маніфестацією в преморбіді або психічного розладу, який маніфестував після травматизації дитини.

Мета – дослідити клінічний поліморфізм психічних розладів у дітей та підлітків, які постраждали від гібридної війни на Сході України. Визначити та концептуалізувати види травматичних факторів, які діяли на дітей та підлітків, що були тимчасово переміщені із зони військового конфлікту.

Матеріали та методи. 476 дітей та підлітків з розладами психіки та поведінки у віці від 10 до 18 років (MD=14,2), тимчасово переміщені з зони АТО на Сході України, були обстежені з використанням «Інтерв'ю з дітьми та підлітками» (DAWBA), «Скринінгового інструментарію травматичних подій у дітей та підлітків (TESI – C)», «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA), «Рейтингової шкали депресій у дітей» (CDRS-R), «Рейтингової шкали дитячої тривоги» (PARS) та «Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки проявів РДУГ» (ACE).

Результати. Встановлено, що у 93 % дітей та підлітків психічні розлади маніфестували чи посилюлися після одночасної дії декількох травматичних подій. У 67 % включених у дослідження осіб фактори травматизації продовжували діяти після їх переміщення із зони бойових дій. ПТСР був діагностований у 33,6 % підлітків. У 61 % рандомізованих дітей та підлітків були наявні критерії для подвійної діагностики за МКХ-10: у 27 % – депресивних, у 17 % – тривожних, у 17,5 % – гіперкінетичних розладів. У більшості дітей та підлітків (66,4 %) з розладами психіки та поведінки, тимчасово переселених із зони військового конфлікту, наявності ПТСР встановлено не було. Необхідно зазначити, що у третини цих дітей спостерігали окремі симптоми з кластерів «поведінки уникання», «гіперчутливості» та «інтрузії» CAPS – CA. У 28 % з них діагностували депресивний, у 14,5 % – тривожний, у 18,9 % – гіперкінетичний, у 6,9 % – поведінковий розлади.

Висновки. Поліморфізм психічних розладів у дітей внаслідок впливу психотравмуючих ситуацій характеризується значною клінічною різноманітністю. Відсутність соціальної підтримки в громаді та високий рівень сімейного насильства в цих сім'ях є фактором ризику для формування ПТСР, депресивних та тривожних розладів. Несвоєчасне лікування психічних розладів у дітей, що зазнали травматизації внаслідок війни, поглиблює їх соціальну ізоляцію і може стати причиною формування в них ПТСР у майбутньому. Високий рівень коморбідності ПТСР з депресивними, тривожними розладами та гіперкінетичним розладом дозволяє припустити наявність окремих ендотипів ПТСР, які потребують різних підходів до лікування.

Ключові слова:

діти, підлітки, психічна травма, ПТСР, депресивні розлади, тривожні розлади, гіперкінетичні розлади.

Актуальність. Результати різних мета-аналітичних досліджень свідчать, що поширеність посттравматичних розладів (ПТСР) у дітей та підлітків після пережитих психотравмуючих подій варіює від 10 до 30 % [1–3, 7].

Ряд науковців у своїх дослідженнях вказують на високий рівень коморбідності ПТСР з афективними, три-

вожними та поведінковими розладами [4, 6, 8], в іншому дослідженні доведений високий рівень маніфестації психічних розладів, зокрема депресивних, у дітей та підлітків, які зазнали впливу психотравмуючих подій [5].

Залишається незрозумілим, чи то наявність психотравмуючої ситуації стає тригером для маніфестації

психічних розладів, чи наявність психічних розладів у преморбіді зумовлює високу чутливість таких дітей до психотравмуючих ситуацій.

Симптоми депресії та тривоги можуть входити до структури ПТСР, можуть бути проявами коморбідного до ПТСР преморбідного психічного розладу або психічного розладу, який маніфестував після травматизації дитини. Це створює труднощі для їх концептуалізації та типологізації [9].

Мета – Вивчити клінічний поліморфізм психічних розладів у дітей та підлітків, які постраждали від гібридної війни на Сході України. Визначити та концептуалізувати види травматичних факторів, що діяли на дітей та підлітків, які були тимчасово переміщені із зони військового конфлікту.

Матеріали та методи дослідження

У населених пунктах, що включені до переліку населених пунктів, які розташовані на лінії зіткнення, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів від 07.11.2014 № 1085, в Донецькій області проживало понад 20 000, в Луганській області понад 25 000 дітей.

За оперативною інформацією структурних підрозділів соціального захисту населення, відповідно до критеріїв постанови Кабінету Міністрів України від 01.10.2014 № 509 «Про облік внутрішньо переміщених осіб» обліковано 1 703 932 особи (1 379 809 сімей, 235 600 дітей). З них було 1 503 дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, переміщених з Донецької (921 особа) та

Луганської (582 особи) областей, та 628 дітей, які були переміщені без законних представників (420 – Донецька обл., 208 осіб – Луганська обл.).

У ході крос-секційного дослідження обстежено 476 дітей та підлітків з розладами психіки та поведінки в віці від 10 до 18 років (MD=14,2), що були тимчасово переміщені з зони АТО на Сході України. Всі діти були рекрутовані на базі Українського науково-дослідного інституту соціальної та судової психіатрії та наркології. У батьків та опікунів дітей, а також у самих дітей, що досягли віку 14 років, була отримана згода на психіатричне обстеження та включення їх до дослідження.

Соціально-демографічні показники рандомізованих дітей та підлітків наведені в таблиці 1.

Гендерні особливості вибірки відповідали популяційним: 271 (57 %) обстежена особа була жіночої, 205 (43%) – чоловічої статі. Більше половини обстежених дітей мали обмежену опіку та піклування з боку групи первинної підтримки: лише 116 (24 %) дітей та підлітків проживали в родині з обома біологічними батьками, 157 (33 %) виховувалися в неповних родині або в родині з одним із біологічних батьків, 100 (21 %) – перебували під опікою (в тому числі проживали в дитячих будинках сімейного типу), 57 (12 %) проживали разом з іншими дорослими родичами, та 46 (10 %) проживали в будинках-інтернатах для сиріт.

Було також досліджено соціально-економічний стан, рівень соціальної адаптації родин, умови проживання рандомізованих неповнолітніх. Рівень освіти батьків (опікунів) у сформованій вибірці був значно нижчим за популяційний: лише 17 % мали вищу освіту, більшість (52 %) мали середній рівень освіти, 31 % не мали закінченої середньої освіти. Значна частина родин переселенців були кваліфіковані як соціально дезадаптовані. Після набуття статусу тимчасово переміщених осіб постійну роботу мали члени лише 19 % родин, тимчасову роботу – 30 %, при цьому 51 % родин не мали постійних джерел доходів та проживали на кошти, отримані від родичів, та соціальні виплати.

За результатами соціально-демографічного обстеження було встановлено, що 62 (13 %) дитини походили з маргінальних родин, які ще до початку бойових дій перебували на обліку в соціальних службах у зв'язку зі зловживанням алкоголем та наркотичними речовинами, мали в сімейній історії випадки притягнень до кримінальної відповідальності, позбавлення свободи, тяжких психічних розладів, зокрема у опікунів неповнолітніх.

Лише 21 % родин після переміщення з зони військових дій проживали у власному помешканні, 42 % арендували житлову площу, 37 % проживали у родичів. У 81 % дітей та підлітків після переселення з зони військового конфлікту не було власної кімнати.

Для скринінгу та інтегрованої оцінки психічних розладів ми використовували «Напівструктуровані інтерв'ю для оцінки розвитку та благополуччя дітей та підлітків у віці від 5 до 18 років» (Development and Well-Being Assessment – DAWBA). Інтерв'ю з дітьми та підлітками доповнювалися інформацією, отриманою від батьків та вчителів. Інтерпретацію результатів проводили відповідно до критеріїв МКХ-10 та ДСМ-5 [10].

Таблиця 1. Соціально-демографічна характеристика включених у дослідження дітей та підлітків, що було тимчасово переселених із зони військових дій (n=476)

Показник	M(SD)/%
Вік (в роках)	14,2±1,8
Стать	
• чол.	57
• жін.	43
Хто здійснює опіку над дитиною	
• обидва батьки	24
• один з батьків	33
• опікуни	21
• інші дорослі родичі	12
• держава	10
Рівень освіти батьків	
• вища	17
• середня	52
• без освіти	31
Мають постійну роботу (принаймні один з батьків)	19
Мають тимчасову роботу (принаймні один з батьків)	30
Живуть на соцвиплати (не мають постійного іншого джерела доходів)	51
Мали постійне власне помешкання	21
Мали тимчасове власне помешкання	42
Проживали у родичів	37
Були з маргіналізованих сімей	13

Для оцінювання перенесених дітьми та підлітками травматичних подій ми використовували «Скринінговий інструментарій травматичних подій для дітей та підлітків» (Traumatic Events Screening Inventory – TESI-C TESI). Обстеження включало проведення структурованого інтерв'ю з прикладами травматичних подій для дітей віком від 8 років та батьків. Оцінювання проводили за шкалою з 24 доменів, у межах яких проводиться виділення психотравмуючих факторів, до яких діти можуть бути особливо чутливими. Додатково проводили оцінювання реакції дитини на них, враховували наявність емоційної реакції на травматичний фактор у вигляді надзвичайного страху, безпорадності, жаху, сплутаності свідомості або ажитації, що є критерієм Б для діагностики ПТСР [11].

Для оцінювання тяжкості симптоматики ПТСР ми використовували спеціалізовану шкалу «Клінічна рейтингова шкала ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA). За допомогою цього інструментарію проводили формалізовану оцінку у дітей та підлітків наявності та тяжкості симптомів за ключовими доменами ПТСР, що відповідають критеріям ПТСР за МКХ-10 і ДСМ-5: наявності інтрузивних симптомів, симптомів уникання, гіперреактивності та когнітивних порушень [12].

Вираженість депресивної симптоматики вимірювали за допомогою «Рейтингової шкали депресій у дітей» (Children's Depression Rating Scale, Revised – CDRS-R). За допомогою інструментарію кваліфікували та ранжовано оцінювали 17 сфер психопатологічних порушень у дітей та підлітків, виявляли та ранжовано оцінювали симптоми, що мали високу кореляцію з діагностичними критеріями депресивного епізоду чи хронічного розладу настрою (дистимією, циклотимією) за МКХ-10 та ДСМ-5 [13].

«Рейтингову шкалу дитячої тривоги» (Pediatric Anxiety Rating Scale – PARS) використовували для визначення наявності та тяжкості тривожних симптомів, які мали високу кореляцію із тривожними розладами, діагностованими з використанням діагностичних критеріїв ДСМ-5, такими як соціальна фобія, сепараційний та генералізований тривожний розлади [14].

З метою оцінювання наявності симптоматики, асоційованої з гіперкінетичним розладом за МКХ-10 та ДСМ-5, було використано напівструктуроване інтерв'ю для оцінки проявів РДУГ (ADHD Child Evaluation – ACE), яке дозволяло оцінити наявність та тяжкість симптоматики за кластерами базових симптомів: неухважності, гіперактивності та імпульсивності.

Результати та їх обговорення

За результатами скринінгу з використанням TESI-C було встановлено, що більшість рандомізованих дітей та підлітків зазнали одночасного чи послідовного впливу декількох травмуючих факторів: 28 % – 2–3, 49 % – 4–5, 16 % – 6 та більше. Лише 7 % рандомізованих дітей та підлітків постраждали від дії одного травматичного фактора. В 67 % випадків фактори травматизації продовжували діяти і після переміщення неповнолітніх із зони бойових дій.

Середній термін звернення за психіатричною допомогою за моменту переміщення з зони бойових дій становив 3,9 (0,8) місяців. За результатами обстеження з викорис-

танням DAWBA та CAPS-CA ПТСР був діагностований у 33,6 % дітей та підлітків (n=160) (табл. 2). Частина неповнолітніх, у яких було діагностовано ПТСР – 61 % (n=98), додатково відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 для інших психічних розладів: 27 % (n=43) – депресивних, 17 % (n=27) – тривожних, та 17,5 % (n=28) – гіперкінетичних розладів. У більшості дітей та підлітків з розладами психіки та поведінки – 66,4 % (n=316), наявність ПТСР встановлено не було. З них 28 % (n=134) мали депресивний розлад, 14,5 % (n=69) – тривожний, 18,9 % (n=80) – гіперкінетичний, 6,9% (n=33) – поведінковий розлад відповідно до критеріїв МКХ-10. Необхідно зазначити, що у третини цих дітей спостерігали окремі симптоми з кластерів «поведінки уникання», «гіперчутливості» та «інтрузії». Ці клінічні ознаки вважають специфічними для ПТСР, проте їх наявності недостатньо для діагностики цього розладу відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 та ДСМ 5. У цих пацієнтів симптоми зі спектра ПТСР поєднувалися та амальгувалися з депресивними, тривожними, поведінковими симптомокомплексами, ускладнюючи типологізацію психічних розладів.

Типологізація психічних розладів у дітей та підлітків представлена в таблиці 2.

Таблиця 2. Типологізація психічних розладів у дітей та підлітків, тимчасово переміщених із зони військових дій

Діагноз	Кількість випадків (n)
ПТСР F43	62
ПТСР+Депресивні розлади F32	43
ПТСР+Тривожні розлади F93	27
ПТСР+ ГКР F90	28
Депресивні розлади F32	134
Тривожні розлади F93	69
Поведінкові розлади F91	33
ГКР F90	80

Серед дітей, що зазнали впливу психотравмуючих факторів, пов'язаних з війною, відмічається високий рівень захворюваності на депресивні розлади, проте, враховуючи вікову неоднорідність вибірки та неможливість врахувати вплив пубертатного розвитку, ми не змогли довести наявність кореляційного зв'язку депресій у тимчасово переміщених дітей та підлітків з травматизацією.

У 108 дітей та підлітків з поведінковими розладами, за результатами скринінгу з використанням DAWBA, підтвердженого оцінюванням за шкалою ACE, було діагностовано гіперкінетичний розлад; лише у третини з них діагноз було встановлено до початку бойових дій. На нашу думку, це може бути пов'язано як з низьким рівнем діагностики цього розладу у Східних областях країни, так і з тим, що під впливом травматичних факторів у цих дітей збільшився рівень тривоги та імпульсивності, що призвело до посилення поведінкових проблем та стало причиною звернення батьків за медичною допомогою.

Преморбідні особливості дітей, імовірно, мають значущий вплив на чутливість до травматизації і можуть розглядатися в якості предикторів тяжкості зумовлених нею психічних і поведінкових розладів.

Діти та підлітки з ГКР в преморбіді після травма-

тизації мали найтяжчі прояви поведінкових розладів (підвищену збудливість відповідно до оцінок за доменом гіперреактивності CAPS-CA) і серйозні порушення шкільної адаптації після переїзду із зони конфлікту. Внаслідок стигматизації такі діти та підлітки часто зазнавали булінгу з боку членів нових референтних груп.

За результатами дослідження з використанням TESI нами було сформовано три значущі групи травматичних факторів, які негативно впливали на обстежених неповнолітніх до та після їх переміщення: 1) фактори, безпосередньо пов'язані з бойовими діями (перебування у бомбосховищах під час бомбардувань, свідки або жертви бойових дій, тривала ізоляція, голодування тощо); 2) фактори пов'язані з гібридною війною (переїзд, фінансові проблеми в родині, вплив медіа тощо); 3) фактори пов'язані з відсутністю належної соціальної підтримки дитини та насильством (насильство в родині, емоційна байдужість опікунів, булінг у школі тощо).

Також встановлено, що діти та підлітки, які зазнали ретравматизації після переселення, були більш схильні до розвитку депресії та мали тяжчі симптоми ПТСР. За результатами статистичного аналізу ANOVA проведеного в EZR, було встановлено прямо пропорційний зв'язок середньої сили ($r=0,613$, $p<0,05$) між відсутністю належної соціальної підтримки дитини (булінг, насильство в сім'ї) та тяжкістю депресії (CDRS-R T-Score >55).

Висновки

Психічні розлади у дітей та підлітків унаслідок впливу психотравмуючих ситуацій характеризуються значною клінічною різноманітністю (клінічним поліморфізмом) – від розладів настрою, поведінки, тривожних розладів до ПТСР. Відсутність соціальної підтримки в громаді, руйнація звичного способу життя та високий рівень сімейного насильства в тимчасово переміщених родинах виступали фактором ризику для формування ПТСР, депресивних та тривожних розладів. Відсутність своєчасного лікування психічних розладів у дітей, що зазнали травматизації внаслідок військового конфлікту, поглиблювало їх соціальну ізоляцію і створювало передумови для формування у них ПТСР у майбутньому. Високий рівень коморбідності ПТСР з депресивними, тривожними розладами та гіперкінетичним розладом дозволяє припустити наявність окремих ендотипів ПТСР, які потребують різних підходів до лікування.

Список використаної літератури

1. Sachser C. Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents / C. Sachser, L. Goldbeck // *Journal of Traumatic Stress*. – 2016. – Vol. 29, issue 2. – P. 120–123. DOI: 10.1002/jts.22080.
2. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both) / P. T. Ackerman, J. E. Newton, W. B. McPherson [et al.] // *Child abuse & neglect*. – 1998. – Vol. 22, issue 8. – P. 759–774.
3. Dyregrov A. A review of PTSD in children / A. Dyregrov, W. Yule // *Child and Adolescent Mental Health*. – 2006. – Vol. 11, No. 4. – P. 176–184. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x.
4. Kar N. Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity / N. Kar, B. K. Bastia // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2006. – Vol. 2. – P. 17. DOI: 10.1186/1745-0179-2-17.
5. Widom C. S. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up / C. S. Widom,

- K. DuMont, S. J. Czaja // *Archives of general psychiatry*. – 2007. – Vol. 64, issue 1. – P. 49–56. DOI: 10.1001/archpsyc.64.1.49.
6. Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents / S. Suliman, S. G. Mkabile, D. S. Fincham [et al.] // *Comprehensive psychiatry*. – 2009. – Vol. 50, issue 2. – P. 121–127. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.06.006.
7. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A) / K. R. Merikangas, J. P. He, M. Burstein [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49, issue 10. – P. 980–989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
8. Husain S. A. The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war / S. A. Husain, M. A. Allwood, D. J. Bell // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 2008. – Vol. 16, issue 1. – P. 52–62. DOI: 10.1177/1063426607310847.
9. Cohen J. A. Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises / J. A. Cohen, M. S. Scheeringa // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2009. – Vol. 11, issue 1. – P. 91–99.
10. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology / R. Goodman, T. Ford, H. Richards [et al.] // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2000. – Vol. 41, issue 5. – P. 645–655.
11. Ribbe D. Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C) / D. Ribbe // *Measurement of stress, trauma, and adaptation* / D. Ribbe. – Lutherville: Sidran Press, 1996. – P. 386–387.
12. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version [Електронний ресурс] / R. S. Pynoos, F. W. Weathers, A. M. Steinberg [et al.] // *National Center for PTSD*. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: www.ptsd.va.gov (дата звернення: 12.02.2017).
13. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale / E. O. Poznanski, J. A. Grossman, Y. Buchsbaum [et al.] // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1984. – Vol. 23, issue 2. – P. 191–197. DOI: 10.1097/00004583-198403000-00011.
14. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. The pediatric anxiety rating scale (PARS): Development and psychometric properties / Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2002. – Vol. 41, issue 9. – P. 1061–1069. DOI: 10.1097/00004583-200209000-00006.

References

1. Sachser, C., & Goldbeck, L. (2016). Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 29, issue 2, pp. 120–123. DOI: 10.1002/jts.22080.
2. Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child abuse & neglect*, vol. 22, issue 8, pp. 759–774.
3. Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 11, no. 4, pp. 176–184. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x.
4. Kar, N., & Bastia, B. K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalised anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 2, P. 17. DOI: 10.1186/1745-0179-2-17.
5. Widom, C. S., DuMont, K., & Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, vol. 64, issue 1, pp. 49–56. DOI: 10.1001/archpsyc.64.1.49.
6. Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J., & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive psychiatry*, vol. 50, issue 2, pp. 121–127. DOI: 10.1016/j.comppsy.2008.06.006.
7. Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 49, issue 10, pp. 980–989. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.
8. Husain, S. A., Allwood, M. A., & Bell, D. J. (2008). The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, vol. 16, issue 1, pp. 52–62. DOI: 10.1177/1063426607310847.
9. Cohen, J. A., & Scheeringa, M. S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues in clinical neuroscience*, vol. 11, issue 1, pp. 91–99.
10. Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, vol. 41, issue 5, pp. 645–655.

11. Ribbe, D. (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 386–387). Lutherville, MD: Sidran Press.
12. Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., ... Krieger, J. A. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version*. Available at: www.ptsd.va.gov (accessed 12.02.2017).
13. Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchsbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L., & Gibbons, R. (1984). Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 23, issue 2, pp. 191–197. DOI: 10.1097/00004583-198403000-00011.
14. Research Units on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. (2002). The pediatric anxiety rating scale (PARS): Development and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 41, issue 9, pp. 1061–1069. DOI: 10.1097/00004583-200209000-00006.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ГИБРИДНОЙ ВОЙНЫ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ

Д. И. Марценковский

Актуальность. Полиморфизм психических расстройств у детей и подростков вследствие пережитых психотравмирующих ситуаций создаёт трудности для их концептуализации и типологизации. Симптомы депрессии и тревоги могут входить в структуру ПТСР, могут быть проявлениями коморбидного с ПТСР психического расстройства с манифестацией в преморбиде или психического расстройства, которое манифестировало после травматизации ребенка.

Цель – изучить клинический полиморфизм психических расстройств у детей и подростков, пострадавших от гибридной войны на Востоке Украины. Определить и концептуализировать виды травматических факторов, действовавших на детей и подростков, которые были временно перемещены из зоны военного конфликта.

Материалы и методы. 476 детей и подростков с расстройствами психики и поведения в возрасте от 10 до 18 лет (MD=14,2), временно перемещенных из зоны АТО на Востоке Украины, были обследованы с использованием «Интервью с детьми и подростками» (DAWBA), «Скринингового инструментария травматических событий у детей и подростков» (TESI – C), «Клинической рейтинговой шкалы ПТСР для детей и подростков» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA), «Рейтинговой шкалы депрессий у детей» (CDRS-R), «Рейтинговой шкалы детской тревоги» (PARS) и «Полуструктурированного интервью для оценки проявления РДВГ» (ACE).

Результаты. Установлено, что у 93 % детей и подростков психические расстройства манифестировали или усилились после одновременного воздействия нескольких травматических событий. У 67 % включённых в исследование лиц факторы травматизации продолжали действовать после их перемещения из зоны боевых действий. ПТСР было диагностировано у 33,6 % подростков. У 61 % рандомизированных детей и подростков выполнялись критерии для двойной диагностики по МКБ-10: у 27 % – депрессивных, у 17 % – тревожных, у 17,5 % – гиперкинетического расстройства. У большинства детей и подростков (66,4 %) с расстройствами психики и поведения, временно переселённых из зоны военного конфликта, наличие ПТСР установлено не было. Следует отметить, что у трети этих детей наблюдались отдельные симптомы из кластеров «поведения избегания», «гиперчувствительности» и «интрузии» CAPS – CA. У 28 % из них диагностировали депрессивное, у 14,5 % – тревожное, у 18,9 % – гиперкинетическое, у 6,9 % – поведенческое расстройство.

Выводы. Полиморфизм психических расстройств у детей вследствие психотравмирующих ситуаций характеризуется значительным клиническим разнообразием. Отсутствие социальной поддержки в обществе и высокий уровень семейного насилия в этих семьях является фактором риска для формирования ПТСР, депрессивных и тревожных расстройств. Несвоевременное лечение психических расстройств у детей, которые были травмированы вследствие войны, углубляет их социальную изоляцию и может стать причиной формирования у них ПТСР в будущем. Высокий уровень коморбидности ПТСР с тревожными расстройствами и гиперкинетическим расстройством позволяет предположить наличие различных эндотипов ПТСР, которые требуют специализированных терапевтических стратегий.

Ключевые слова: дети, подростки, психическая травма, ПТСР, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, гиперкинетические расстройства.

CLINICAL POLYMORPHISM AND COMORBIDITY OF MENTAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AFFECTED BY HYBRID WARFARE ON EASTERN UKRAINE

D. I. Martzenkovskiy

Background: polymorphism of mental disorders in children and adolescents after experienced stressful events makes it difficult to conceptualize and typologize them. Symptoms of depression and anxiety can be included in the structure of PTSD or can be comorbid with PTSD mental disorders with manifestation both in premorbid or after the trauma.

Objective: to investigate the clinical polymorphism of mental disorders in children and adolescents affected by hybrid warfare in Eastern Ukraine. To define and conceptualize types of traumatic exposure that affected children and adolescents that were temporarily displaced from the zone of military conflict.

Materials and methods: 476 of children and adolescents with mental and behavioral disorders from 10 to 18 years old (MD=14,2), that were temporarily displaced from the ATO zone in Eastern Ukraine were evaluated using Development and Well-Being Assessment (DAWBA), Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C), Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA), Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R), Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS), and ADHD Child Evaluation (ACE).

Results: mental disorders in 93% of children and adolescent had manifested or intensified simultaneously after exposure of several traumatic factors. In 67 % of cases, individuals were exposed to traumatic factors after displacement. PTSD was diagnosed in 33.6 % of adolescents, while in 61% of randomized children and adolescents were grounds for the dual diagnosis of other psychiatric disorders based on ICD-10 diagnostic criteria: 27 % – depression, 17 % – anxiety, 17.5 % – hyperactivity disorders. In most of children and adolescents (66.4 %) with mental and behavioral disorders, that were temporarily displaced from the zone of military conflict, PTSD was not established. It should be noted that 1/3 of these children experienced some symptoms of PTSD CAPS-CA clusters as «avoidance», «hyperarousal» and «intrusion». Also in 28 % of them was diagnosed depression, 14.5 % – anxiety, 18.9 % – hyperkinetic, 6.9 % – behavioral disorders.

Conclusions: Polymorphisms of mental disorders in children due to the impact of stressful situations is characterized by the clinical diversity. Lack of social support in the community and a high level of domestic violence in these families are risk factors for the development of PTSD, depression and anxiety disorders in such kids. Untimely treatment of mental disorders in children exposed to trauma during war deepens their social isolation and can lead them to the development of PTSD in the future. High levels of PTSD comorbidity with depression, anxiety disorders, and hyperactivity disorder suggests the presence of specific endophenotypes of PTSD that require different approaches to treatment.

Keywords: children, adolescents, mental trauma, PTSD, depressive disorders, anxiety disorders, hyperactivity disorders.

Стаття надійшла до редакції 18.04.2017 р.

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Дмитро Ігоревич, аспірант кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: d.martzenkovskiy@gmail.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Дмитрій Ігоревич, аспірант кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Київ, Україна; e-mail: d.martzenkovskiy@gmail.com

MARTSENKOVSKIY Dmytro Ihorovich, PhD-Student of Department of Psychiatry and Addiction of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: d.martzenkovskiy@gmail.com

Т. Ю. Ільницька

**ПОШИРЕНІСТЬ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ
СЕРЕД УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ НА СХОДІ УКРАЇНИ:
СОЦІОДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

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

Актуальність. Низький рівень діагностики гіперкінетичного розладу (ГКР) у військовослужбовців може відобразитися на виконанні ними функціональних обов'язків, тому виявлення ГКР серед вказаної популяції є вкрай важливим, особливо в країнах, де відбуваються військові дії.

Мета – визначити рівень поширеності симптомів ГКР у військових, які брали участь у бойових діях на Сході України, дослідити соціодемографічні та клінічні характеристики цих осіб.

Матеріали та методи. За умови інформованої згоди нами було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій з розладами поведінки, які звернулись за допомогою з приводу психічних розладів. Усі піддослідні (100 %) були чоловічої статі. Дані всіх включених у дослідження респондентів проаналізовано у порівнянні з даними осіб із ГКР.

Результати. Встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу у якості добровольців. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців з порушеннями дисципліни був вищий. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, в яких виконувались критерії діагнозу ГКР. Серед вказаної когорти осіб було більше тих, хто мав шкідливі звички та чинив антисоціальні дії в минулому. Вказані прояви у даній категорії осіб можуть бути обумовлені підвищеним рівнем імпульсивності, відчуттям підвищеної активності та іншими симптомами ГКР.

Висновки. Низький рівень діагностики ГКР у військовослужбовців може відобразитися на виконанні ними функціональних обов'язків, що робить актуальним виявлення ГКР серед вказаної популяції. Встановлення діагнозу ГКР у дитячому віці та надання своєчасної та адекватної допомоги таким особам може значно зменшити негативний вплив проявів вказаного розладу на якість виконання військових обов'язків.

Ключові слова:
гіперкінетичний
розлад, гіперактивність,
імпульсивність,
порушення поведінки,
учасники бойових дій.

Актуальність. Гіперкінетичний розлад (ГКР) – це клінічна нозологія, для якої характерний високий рівень гіперактивності / імпульсивності і / або неухвату, що призводить до значного порушення психологічних, соціальних та / або освітніх чи професійних функцій, які відбуваються в багатьох доменах і зберігаються з плином часу. Згідно з міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10), гіперкінетичний розлад належить до поведінкових та емоційних розладів, які зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці. Однак при дорослішанні симптоми повністю не зникають, хоча й набувають інших клінічних проявів [1]. Вказаний розлад часто поєднується із іншими коморбідними станами, такими як опозиційний розлад особистості, розлади поведінки, тривожний та депресивний розлади [2–8], що значно ускладнює чітке розуміння поширеності ГКР.

Американські вчені, вивчивши симптоми ГКР у 21,5 тис. діючих військовослужбовців, встановили, що даний розлад у досліджуваній групі є поширенішим, ніж у загальній популяції [9]. Залежно від діагностичного методу, поши-

реність розладу серед військових становить від 7,6 до 9,0 % [9–16]. Найчастіше вказаний розлад відмічається у вікових групах 18–19 та 25–29 років. У ході іншого великого національного дослідження було встановлено, що симптоми ГКР зустрічаються у 4,4 % військових США [10, 17]. Інтерес клініцистів і вчених привертає ГКР-подібна симптоматика у дорослих, оскільки дані щодо симптомів та клінічної картини є різноманітними. В огляді нейропсихологічних порушень серед військових в армії виявлено високу частоту проблем навчального характеру та гіперактивних розладів [18]. Хоча висока поширеність симптомів є очевидною, діагностичних даних, які це підтверджують, фактично немає. Згідно з документами Армії США за 2007 рік, діагноз ГКР не встановлюється, якщо задовольняється така умова: «за останні 12 місяців не було свідчень неуспішності в навчанні чи вживання протизаконних речовин». Подібні нормативні документи застосовуються і в інших країнах. Все ж небагато досліджень мали на меті встановити наявність симптомів ГКР у військовослужбовців без встановленого діагнозу розладу. Серед близько 1 тис. військовослужбовців морської

та сухопутної армії під час військових дій в Іраку, у 2 % було виявлено відповідність критеріям ГКР [19]. В іншому дослідженні [20] виявили в 5 разів вищу поширеність ГКР, що дорівнювала 10,4 %.

Низький рівень діагностики ГКР у військовослужбовців може відобразитися на виконанні ними функціональних обов'язків, тому його виявлення серед вказаної популяції є вкрай важливим, особливо в країнах, де відбуваються військові дії.

Мета – визначити рівень поширеності симптомів ГКР у військових, які брали участь у бойових діях на Сході України, дослідити соціодемографічні та клінічні характеристики цих осіб.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди нами було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій з розладами поведінки, які звернулися за допомогою з приводу психічних розладів. Всі 100 % піддослідних були чоловічої статі.

Для скринінгу були застосовані наступні методи дослідження: напівструктуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичний метод, клініко-психопатологічний метод; діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу гіперкінетичного розладу; шкала повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1); шкала оцінки рівня якості життя; опитувальник стану здоров'я (PHQ).

При заповненні шкали ASRS-v1.1 підраховували кількість балів у розділі А (запитання 1–6) та розділі Б (запитання 7–18). Про симптоми ГКР свідчать 4 і більше відмітки у затемнених віконцях шкали розділу А. Відповіді із розділу Б є допоміжними у оцінці додаткових симптомів.

Для вибору статистичного аналізу отриманих даних була проведена оцінка нормальності розподілу даних у групах дослідження. Визначення нормальності їх розподілу проводилося за допомогою критерію Колмогорова–Смірнова для незалежних даних. Показник достовірності $P < 0,005$ був прийнятий як статистично значущий. Більшість отриманих даних не відповідали критеріям нормальності. Дані всіх включених у дослідження респондентів були проаналізовані у порівнянні з даними осіб з ГКР.

Результати та їх обговорення

За результатами скринінгового дослідження було встановлено, що 155 (44,3 %) ветеранів мали симптоми гіперкінетичного розладу. В усіх включених у дослідження пацієнтів з ГКР виявлено не менше 5 симптомів, що відповідали критеріям вказаного розладу. Зокрема, 100 % обстежуваних із групи ГКР повідомили про труднощі при завершенні розпочатої роботи, при виконанні завдань, що потребують зосередження уваги та організованості, про наявність проблем із запам'ятовуванням, неухильність, відчуття підвищеної активності. Вказані симптоми відмічали впродовж понад 6 місяців. Крім того, 67 % ($n=104$) із них вказували на наявність відчуття неспокою, 78 % ($n=121$) – труднощі в зосередженні уваги під час бесіди, 62,6 % ($n=97$) – в очікуванні своєї черги, 53 % ($n=82$) не могли дослухати співрозмовника до кінця, 35 % ($n=54$) було важко всидіти на місці.

У результаті аналізу демографічних даних осіб, що пройшли скринінгове обстеження, було встановлено, що їх середній вік складав 29,18 років, в групі осіб з ГКР – 30,3 роки. За рівнем освіти серед контингенту обстежуваних

превалювала група осіб із середньою спеціальною освітою – 206 (58,86 %) чоловік. 105 (30 %) осіб мали середню освіту, 39 (11,14 %) – вищу. В групі осіб з ГКР більшість учасників мали середню освіту – 83 (23,7 %), 55 (15,7 %) – середню спеціальну, 17 (4,86 %) – вищу. Серед респондентів військової освіти мали 38 (10,86 %) учасників, із них 16 чоловіків належали до групи ГКР. Серед досліджуваного контингенту були як ті, що служили в АТО за призовом, так і ті, що пішли на службу добровільно – 160 (45,71 %) і 190 (54,29 %) відповідно. Варто зазначити, що із 190 добровольців із загальної вибірки 102 особи відповідали критеріям ГКР, що становить 53,68 % від загальної кількості всіх добровольців, що пройшли скринінг, і 29,14 % від всіх включених у дослідження осіб. Про порушення дисципліни повідомило 197 (56,3 %) обстежених, із них 136 були із групи ГКР, що становить 69 % від усіх порушників. Під час проходження служби в АТО у 187 (53,43 %) військовослужбовців мали місце травматичні події, із них 123 випадки були зареєстровані у осіб, у яких виконувалися критерії діагнозу ГКР.

На момент опитування у шлюбі перебували 189 (54 %) респондентів, 87 (24,86 %) не були одружені взагалі, 68 (19,43 %) були розлучені, 6 (1,71 %) були вдівцями. В групі осіб, що відповідали критеріям ГКР, 51 (14,6 %) на момент опитування перебував в шлюбі, із них 23 – повторно, 58 (16,6 %) ніколи не були одруженими, 43 (12,3 %) були розлученими, 3 (0,86 %) були вдівцями. Про часті конфлікти в сім'ї повідомили 125 (35,7 %) осіб із загальної вибірки, 75 (60 %) із яких належали до групи ГКР.

Шкідливі звички на момент обстеження мали 322 (92 %) особи. Крім куріння, 21 (6 %) особа зловживала алкоголем, 16 із них були із групи осіб з ГКР. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі рандомізовані пацієнти заперечували, однак 98 (28 %) осіб повідомили про вживання «легких наркотиків» у підлітковому віці. При цьому 86 із них були із групи ГКР, що становить 87,76 % від усіх, хто заявив про вживання «легких наркотичних речовин» в минулому, і 24,57 % від загальної вибірки. Взагалі не вживали наркотичних речовин на будь-якому етапі свого життя 252 (72 %) особи.

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що 36 осіб (10,3 %) у той чи інший період життя здійснювали антисоціальні дії. Переважно це було дрібне хуліганство, тому більшості вдалось уникнути серйозного покарання. Із них у 31 було діагностовано ГКР, що становить 86 % від всіх правопорушників та 8,86 % від загальної когорти піддослідних.

Про обтяжений психіатричний анамнез повідомили 7 (2 %) обстежених, із них 6 із групи ГКР. Варто зазначити, що лише двом пацієнтам у віці до 12 років було встановлено діагноз ГКР. Специфічних інтервенцій щодо корекції розладу не застосовувалось.

Соціодемографічні та клінічні характеристики осіб, що пройшли скринінгове обстеження, наведені у таблиці.

Висновки

Соціодемографічні характеристики військовослужбовців були подібними до результатів досліджень, отриманих іншими авторами щодо ветеранів в інших країнах. Згідно з даними наукової літератури, пацієнти з ГКР частіше потрапляють на військову службу, беруть участь у збройних конфліктах та мають підвищений рівень травматизму.

Таблиця. Соціодемографічні та клінічні характеристики осіб, що пройшли скринінгове обстеження

Змінна величина	Загальна кількість, n (%)	ГКР
Кількість рандомізованих пацієнтів (N)	350	155
Вік (роки)	29,18	30,3
Освіта		
Середня	105 (30 %)	83 (23,7 %)
Середня спеціальна	206 (58,86 %)	55 (15,7 %)
Вища	39 (11,14 %)	17 (4,86 %)
Наявність військової освіти		
Так	38 (10,86 %)	16 (4,57 %)
Ні	312 (89,14 %)	139 (39,7 %)
Вид служби		
За призовом	160 (45,71 %)	53 (15,14 %)
Доброволець	190 (54,29 %)	102 (29,14 %)
Порушення дисципліни		
Так	197 (56,3 %)	136 (38,86 %)
Ні	153 (43,7 %)	19 (5,43 %)
Травматичні події під час служби		
Так	187 (53,43 %)	123 (35,14 %)
Ні	163 (46,6 %)	32 (9,14 %)
Сімейний стан		
Одружений	189 (54 %)	51 (14,6 %)
Неодружений	87 (24,86 %)	58 (16,6 %)
Розлучений	68 (19,43 %)	43 (12,3 %)
Вдівець	6 (1,71 %)	3 (0,86 %)
Наявність шкідливих звичок		
Так	322 (92 %)	147 (42 %)
Ні	28 (8 %)	8 (2,29 %)
Зловживання алкоголем	21 (6 %)	16 (4,6 %)
Куріння	322 (92 %)	147 (42 %)
Наркотичний анамнез		
Так	98 (28 %)	86 (24,57 %)
Ні	252 (72 %)	69 (19,7 %)
Вчинення антисоціальних дій		
Так	36 (10,3 %)	31 (8,86 %)
Ні	314 (89,7 %)	124 (35,43 %)
Звернення до психіатра (в анамнезі)		
Так	7 (2 %)	6 (1,7 %)
Ні	343 (98 %)	149 (42,6 %)

Було встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу у якості добровольців. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців з порушенням дисципліни був вищий. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, в яких виконувались критерії діагнозу ГКР. Серед вказаної когорти осіб було більше тих, хто мав шкідливі звички та вчиняв антисоціальні дії в минулому. Вказані прояви у даній категорії осіб можуть бути обумовлені підвищеним рівнем імпульсивності, відчуттям підвищеної активності та іншими симптомами ГКР. На жаль, діагноз ГКР в дитячому віці був встановлений лише двом особам. Низький рівень діагностики ГКР у військовослужбовців може відобразитися на виконанні ними функціональних обов'язків, що робить актуальним виявлення ГКР серед вказаної популяції. Встановлення діагнозу ГКР у дитячому віці та надання своєчасної та адекватної допомоги може значно зменшити негативний вплив проявів вказаного розладу на якість виконання військових обов'язків. Наведені особливості перебігу ГКР в учасників бойових дій слід враховувати при розробці алгоритмів лікування та комплексної програми реабілітації.

Список використаної літератури

- Fields S. A. Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges / S. A. Fields, W. M. Johnson, M. B. Hassig // *The journal of family practice*. – 2017. – Vol. 66, № 2. – P. 68–74.
- Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe – ADORE / T. S. Novik, A. Hervas, S. J. Ralston [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2006. – Vol. 15, suppl. 1. – P. i15–i24. DOI: 10.1007/s00787-006-1003-z.
- Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort / H. C. Steinhausen, T. S. Novik, G. Baldursson [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2006. – Vol. 15, suppl. 1. – P. i25–i29. DOI: 10.1007/s00787-006-1004-y.
- Study design, baseline patient characteristics and intervention in a cross-cultural framework: results from the ADORE study / U. Preuss, S. J. Ralston, G. Baldursson [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2006. – Vol. 15, suppl. 1. – P. i4–i14. DOI: 10.1007/s00787-006-1002-0.
- Jensen C. M. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder in a large nationwide study / C. M. Jensen, H. C. Steinhausen // *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. – 2015. – Vol. 7, issue 1. – P. 27–38. DOI: 10.1007/s12402-014-0142-1.
- ADHD and psychiatric comorbidity: functional outcomes in a school-based sample of children / S. P. Cuffe, S. N. Visser, J. R. Holbrook [et al.] // *Journal of Attention Disorders*. – 2015. – Published online before print. DOI: 10.1177/1087054715613437.
- Coexisting psychiatric problems and stressful life events in adults with symptoms of ADHD – a large Swedish population-based study of twins / B. Friedrichs, W. Igl, H. Larsson [et al.] // *Journal of Attention Disorders*. – 2012. – Vol. 16, issue 1. – P. 13–22. DOI: 10.1177/1087054710376909.
- Psychiatric comorbidity at the time of diagnosis in adults with ADHD: the CAT study / B. Piñero-Dieguez, V. Balanzá-Martínez, P. García-García [et al.] // *Journal of Attention Disorders*. – 2016. – Vol. 20, issue 12. – P. 1066–1075. DOI: 10.1177/1087054713518240.
- Adult ADHD Symptomatology in Active Duty Army Personnel: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers / B. C. Kok, D. E. Reed 2nd, R. E. Wickham, L. M. Brown // *Journal of Attention Disorders*. – 2016. DOI: 1087054716673451.
- The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler, L. Adler, R. Barkley [et al.] // *The American journal of psychiatry*. – 2006. – Vol. 163, issue 4. – P. 716–723. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.4.716.
- Functioning of young adults with ADHD in the military / E. Fruchter, H. Marom-Harel, D. Fenchel [et al.] // *Journal of Attention Disorders*. – 2016. DOI: 1087054716652478.
- Prescription stimulants and PTSD among U.S. military service members / N. F. Crum-Cianflone, M. A. Frasco, R. F. Armenta [et al.] // *The Journal of Traumatic Stress*. – 2015. – Vol. 28, issue 6. – P. 585–589. DOI: 10.1002/jts.22052.
- Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder / K. M. Harrington, M. W. Miller, E. J. Wolf [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53, issue 6. – P. 679–90. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.12.001.
- ADHD, medication and the military service: a pediatrician's dilemma / L. S. Friedman, G. S. Blaschke, W. P. Klam, M. T. Stein // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. – 2010. – Vol. 31, suppl. 3. – P. S60–S63. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181d831b5.
- Accession standards for attention-deficit/hyperactivity disorder: a survival analysis of military recruits, 1995–2000 / M. R. Krauss, R. K. Russell, T. E. Powers, Y. Li // *Military Medicine*. – 2006. – Vol. 171, issue 2. – P. 99–102. PMID: 16578975.
- Almond N. You is the flight surgeon. Attention deficit hyperactivity disorder / N. Almond, F. Harris, M. Almond // *Aviation, Space, and Environmental Medicine*. – 2005. – Vol. 76, issue 6. – P. 601–602. PMID: 15945409.
- Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among nondeployed soldiers in the US Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS) / R. C. Kessler, S. G. Heeringa, M. B. Stein [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – Vol. 71, issue 5. – P. 504–513. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.28.
- Neuropsychological practice in the military / L. M. French, V. Anderson-Barnes, L. M. Ryan [et al.] // *Military psychology: Clinical and operational applications*; Eds. C. H. Kennedy & E. A. Zillmer. – 2nd ed. – New York: Guilford Press, 2012. – P. 185–210.
- Predeployment and in-theater diagnoses of American military personnel serving in Iraq / G. E. Larson, P. S. Hammer, T. L. Conway [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2011. – Vol. 62, issue 1. – P. 15–21. DOI: 10.1176/ps.62.1.pss6201_0015.
- Attention deficit hyperactivity disorder subtypes and their relation to cognitive functioning, mood states, and combat stress symptomatology in deploying US soldiers / J. A. Hanson, M. D. Haub, J. J. Walker [et al.] // *Military Medicine*. – 2012. – Vol. 177, issue 6. – P. 655–662. DOI: 10.7202/MILMED-D-11-00340.

References

- Fields, S. A., Johnson, W. M., & Hassig, M. B. (2017). Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges. *The journal of family practice*, vol. 66, no. 2, pp. 68–74.
- Novik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M. J., & ADORE Study Group. (2006). Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe – ADORE. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 15, suppl. 1, pp. i15–i24. DOI:10.1007/s00787-006-1003-z.

- Steinhausen, H. C., Novik, T. S., Baldursson, G., Curatolo, P., Lorenzo, M. J., Rodrigues Pereira, R., ... ADORE Study Group. (2006). Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 15, suppl. 1, pp. i25–i29. DOI:10.1007/s00787-006-1004-y.
- Preuss, U., Ralston, S. J., Baldursson, G., Falissard, B., Lorenzo, M. J., Rodrigues Pereira, R., ... ADORE Study Group. (2006). Study design, baseline patient characteristics and intervention in a cross-cultural framework: results from the ADORE study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 15, suppl. 1, pp. i4–i14. DOI:10.1007/s00787-006-1002-0.
- Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, vol. 7, issue 1, pp. 27–38. DOI:10.1007/s12402-014-0142-1.
- Cuffe, S. P., Visser, S. N., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Geryk, L. L., Wolraich, M. L., & McKeown, R. E. (2015). ADHD and psychiatric comorbidity: functional outcomes in a school-based sample of children. *Journal of Attention Disorders*. DOI:10.1177/1087054715613437.
- Friedrichs, B., Igl, W., Larsson, H., & Larsson, J. O. (2012). Coexisting psychiatric problems and stressful life events in adults with symptoms of ADHD – a large Swedish population-based study of twins. *Journal of Attention Disorders*, vol. 16, issue 1, pp. 13–22. DOI:10.1177/1087054710376909.
- Piñero-Díez, B., Balanzá-Martínez, V., García-García, P., Soler-López, B., & CAT Study Group. (2016). Psychiatric comorbidity at the time of diagnosis in adults with ADHD: the CAT study. *Journal of Attention Disorders*, vol. 20, issue 12, pp. 1066–1075. DOI:10.1177/1087054713518240.
- Kok, B. C., Reed 2nd, D. E., Wickham, R. E., & Brown, L. M. (2016). Adult ADHD Symptomatology in Active Duty Army Personnel: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers. *Journal of Attention Disorders*. DOI:10.1177/1087054716673451.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O. ... Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, vol. 163, issue 4, pp. 716–723. DOI:10.1176/ajp.2006.163.4.716.
- Fruchter, E., Marom-Harel, H., Fenchel, D., Kapara, O., Ginat, K., Portuguese, S., & Weiser, M. (2016). Functioning of young adults with ADHD in the military. *Journal of Attention Disorders*. DOI:1087054716652478.
- Crum-Cianflone, N. F., Frasco, M. A., Armenta, R. F., Phillips, C. J., Horton, J., Ryan, M. A., ... LeardMann, C. (2015). Prescription stimulants and PTSD among U.S. military service members. *The Journal of Traumatic Stress*, vol. 28, issue 6, pp. 585–589. DOI:10.1002/jts.22052.
- Harrington, K. M., Miller, M. W., Wolf, E. J., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., & Ofrat, S. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 53, issue 6, pp. 679–90. DOI:10.1016/j.comppsy.2011.12.001.
- Friedman, L. S., Blaschke, G. S., Klam, W. P., & Stein, M. T. (2010). ADHD, medication and the military service: a pediatrician's dilemma. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 31, suppl. 3, pp. S60–S63. DOI:10.1097/DBP.0b013e3181d831b5.
- Krauss, M. R., Russell, R. K., Powers, T. E., & Li, Y. (2006). Accession standards for attention-deficit/hyperactivity disorder: a survival analysis of military recruits, 1995–2000. *Military Medicine*, vol. 171, issue 2, pp. 99–102. PMID:16578975.
- Almond, N., Harris, F., & Almond, M. (2005). You're the flight surgeon. Attention deficit hyperactivity disorder. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, vol. 76, issue 6, pp. 601–602. PMID:15945409.
- Kessler, R. C., Heeringa, S. G., Stein, M. B., Colpe, L. J., Fullerton, C. S., Hwang, I., ... Army STARRS Collaborators. (2014). Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among nondeployed soldiers in the US Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*, vol. 71, issue 5, pp. 504–513. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.28.
- French, L. M., Anderson-Barnes, V., Ryan, L. M., Zazekis, T. M., & Harvey, S. (2012). Neuropsychological practice in the military. In C. H. Kennedy & E. A. Zillmer (Eds.), *Military psychology: Clinical and operational applications* (2nd ed., pp. 185–210). New York, NY: Guilford Press.
- Larson, G. E., Hammer, P. S., Conway, T. L., Schmied, E. A., Galarneau, M. R., Konoske, P., ... Johnson, D. C. (2011). Predeployment and in-theater diagnoses of American military personnel serving in Iraq. *Psychiatric Services*, vol. 62, issue 1, pp. 15–21. DOI:10.1176/ps.62.1.pss6201_0015.
- Hanson, J. A., Haub, M. D., Walker, J. J., Johnston, D. T., Goff, B. S., & Dretsch, M. N. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder subtypes and their relation to cognitive functioning, mood states, and combat stress symptomatology in deploying US soldiers. *Military Medicine*, vol. 177, issue 6, pp. 655–662. DOI:10.7205/MILMED-D-11-00340.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА
СРЕДИ УЧАСТНИКОВ АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ: СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
Т. Ю. Ильницька

Актуальность. Низкий уровень диагностики гиперкинетического расстройства (ГКР) среди военнослужащих может отображаться на выполнении ими функциональных обязанностей, поэтому выявление ГКР среди указанной популяции является крайне важным, особенно в странах, где происходят военные действия.

Цель – определить уровень распространенности симптомов ГКР у военных, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины, исследовать социодемографические и клинические характеристики этих лиц.

Материалы и методы. С учетом информированного согласия нами было проведено скрининговое обследование 350 участников боевых действий с расстройствами поведения, которые обратились за помощью по поводу психических расстройств. 100 % испытуемых были мужского пола. Данные всех включенных в исследование респондентов были проанализированы по сравнению с данными лиц с ГКР.

Результаты. Было установлено, что лица с ГКР чаще попадали на военную службу в качестве добровольцев. Уровень распространенности ГКР у военнослужащих с нарушением дисциплины был выше. Во время прохождения службы в АТО травматические события чаще имели место у мужчин, у которых выполнялись критерии диагноза ГКР. Среди указанной когорты лиц было больше тех, кто имел вредные привычки и совершал антисоциальные действия в прошлом. Указанные проявления у данной категории лиц могут быть обусловлены повышенным уровнем импульсивности, ощущением повышенной активности и других симптомов ГКР.

Выводы. Низкий уровень диагностики ГКР у военнослужащих может отображаться на выполнении ими функциональных обязанностей, что делает актуальным выявление ГКР среди указанной популяции. Установление диагноза ГКР в детском возрасте и оказание своевременной и адекватной помощи таким лицам может значительно уменьшить негативное влияние проявлений указанного расстройства на качество выполнения воинских обязанностей.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, гиперактивность, импульсивность, нарушение поведения, участники боевых действий.

THE PERCENTAGE OF THE HYPERTINAL DISORDER IN PARTICIPANTS OF THE ANTI-TERRORIST OPERATION IN THE EASTERN UKRAINE:
SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

T. Yu. Ilynytska

Background. The low level of diagnosis of hyperkinetic disorder (HKD) in servicemen may be reflected in performing their functional duties, therefore, the detection of HKD among this population is extremely important, especially in countries where hostilities are taking place.

Objective – to determine the prevalence of the symptoms of HKD in the military who participated in combat operations in the East of Ukraine, to investigate the sociodemographic and clinical characteristics of these individuals.

Materials and methods. Based on informed consent, we conducted a screening survey of 350 participants in combat activities with behavioral disorders that sought help with regard to mental disorders. All subjects (100 %) were males. Data of all respondents included in the research were analyzed in comparison with data of persons with HKD.

Results. It has been established that people with HKD often fell into military service as volunteers. The level of prevalence of HKD for servicemen with discipline violations was higher. When participating in an anti-terrorist operation, traumatic events more often occurred in men who fulfilled the criteria for diagnosis of HKD. Among this cohort, there were more people who had bad habits and committed antisocial actions in the past. The indicated manifestations in this category of people may be due to an increased level of impulsivity, a feeling of increased activity and other symptoms of HKD.

Conclusions. The low level of diagnostics of HKD in servicemen may be reflected in the performance of their functional duties, which makes the detection of HKD more relevant to the specified population. Establishing a diagnosis of HKD in childhood and providing timely and adequate care can significantly reduce the negative impact of manifestations of this disorder on the quality of military duties.

Keywords: hyperkinetic disorder, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorders, participants in combat operations.

Стаття надійшла до редакції 12.04.2017 р.

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

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

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

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.12-008.46-092:616.379-008.64

Є. Ю. Вербицький, М. О. Овчаренко, І. В. Лоскутова
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІМУНОКОМПЛЕКСНИХ РЕАКЦІЙ
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»
retolerance@gmail.com

Актуальність. Результати деяких досліджень свідчать, що одним з патологічних процесів при розвитку ПТСР є дисфункція імунної системи організму. Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) є найважливішими медіаторами імунної системи організму, як вродженого, так і набутого імунітету. Порушення структурно-функціональних властивостей цих медіаторів залучено в патогенез ряду захворювань, у тому числі й психічних.

Суттєве підвищення вмісту дрібномолекулярної фракції ЦІК у крові свідчить переважно про активацію імунних реакцій, що беруть участь у подальшому прогресуванні патологічного процесу.

Метою роботи було дослідити зміни концентрації циркулюючих імунних комплексів та їх фракційного складу у сироватці крові хворих з посттравматичними стресовими розладами та їх динаміку в ході лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено 47 пацієнтів з ПТСР, в тому числі 23 жінки та 24 чоловіки. Усі обстежені були у віці від 23 до 56 років. Загальний рівень ЦІК та їх молекулярний склад у сироватці крові визначали методом преципітації в розчині ПЕГ з молекулярною масою 6000 D. Молекулярний склад ЦІК визначали шляхом селективної диференційованої преципітації у 2,0 %, 3,5 % та 6,0 % розчинах ПЕГ. Рівень сироваткових ЦІК та їх молекулярний склад визначали до початку лікування та після його завершення (через 3 місяці).

Результати. При проведенні імунологічного дослідження на момент першого обстеження (до початку лікування) було встановлено підвищення концентрації ЦІК у сироватці крові хворих з ПТСР в середньому в 1,71 раза вище норми. Їх зростання відбувалося за рахунок найбільш токсигенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій. При повторному дослідженні, на момент завершення курсу лікування, загальна концентрація ЦІК у сироватці крові обстежених перевищувала норму в 1,31 раза. Отримані дані свідчать, що після завершення лікування хворих на ПТСР із застосуванням загальноприйнятих препаратів загальний рівень ЦІК у сироватці крові був вірогідно нижчим вихідного значення. Тривале збереження високого рівня ЦІК у сироватці крові свідчить про порушення механізмів їх впізнання та гальмування їх елімінації з організму імунокомпетентними клітинами. Це є доказом активації імунної системи і розвитку системних запальних реакцій при ПТСР, а також свідчить про збереження патологічних процесів у печінковій паренхімі, до яких обов'язково продукуються антитіла та формуються імунні комплекси.

Висновки. У хворих з посттравматичними стресовими розладами відмічалось зростання загального рівня циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) у сироватці крові. Зростання ЦІК супроводжується дисбалансом різномолекулярних фракцій за рахунок збільшення середньо- та дрібномолекулярних імунних комплексів. Певний дисбаланс ЦІК у сироватці крові хворих зберігається після завершення лікування із застосуванням антидепресантів та нормотиміків. Отримані результати необхідно враховувати в комплексі лікування зазначеної категорії хворих.

Ключові слова:
циркулюючі
імунні комплекси,
імунотоксикоз,
посттравматичний
стресовий розлад.

Актуальність. У теперішній час результати вивчення посттравматичних стресових розладів (ПТСР) підтверджують різноманіття психогенних, фізіогенних, ендогенних і соматогенних чинників, а також їх комбінації, що обумовлює поліетіологічність стресових розладів і поліморфізм

їх симптоматики. Однак результати деяких досліджень свідчать, що одним із патологічних процесів при розвитку ПТСР є дисфункція імунної системи організму [2, 6, 8, 9, 16]. Циркулюючі імунні комплекси (ЦІК) є найважливішими медіаторами імунної системи організму, як вродженого,

так і набутого імунітету. Порушення структурно-функціональних властивостей цих медіаторів залучено в патогенез ряду захворювань, у тому числі й психічних [2, 4, 8, 12, 14]. Інтенсивність синдрому імунотоксикозу проявляється у відповідності до змін рівня ЦІК у сироватці крові, особливо концентрації їх найпатогенніших середньомолекулярної та дрібномолекулярної фракцій. Встановлено, що формування в організмі ЦІК великих розмірів відображає, головним чином, адаптаційні механізми процесів детоксикації, які спрямовані на виведення з кровообігу чужорідних речовин, а суттєве підвищення вмісту у крові дрібномолекулярної фракції ЦІК свідчить переважно про активацію імунотоксичних реакцій, що беруть участь у подальшому прогресуванні патологічного процесу [3, 4, 15, 16]. Тому ми вважали доцільним проаналізувати саме цей аспект питання.

Метою роботи було дослідження змін концентрації циркулюючих імунних комплексів та їх фракційного складу у сироватці крові хворих з посттравматичними стресовими розладами та їх динаміку в ході лікування.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 47 пацієнтів з ПТСР, в тому числі 23 жінки (48,9 %) та 24 чоловіки (51,1 %); всі обстежені були у віці від 23 до 56 років (середній вік 36,1±2,2 років). Діагноз ПТСР було встановлено на підставі критеріїв DSM-V (код 309.81) та МКХ-10. У всіх хворих травматичні події, що спровокували захворювання, відбулися протягом останнього року, причому обстежені хворі не мали в анамнезі спадкової навантаженості ПТСР або інших психічних захворювань.

Загальний рівень ЦІК та їх молекулярний склад (великомолекулярних, середньомолекулярних та дрібномолекулярних імунних комплексів у складі ЦІК) у сироватці крові визначали методом преципітації в розчині ПЕГ з молекулярною масою 6000 D [4]. Молекулярний склад ЦІК з виділенням окремо велико-, середньо- та дрібномолекулярних фракцій імунних комплексів визначали шляхом селективної диференційованої преципітації у 2,0 %, 3,5 % та 6,0 % розчинах ПЕГ [5].

У 47 хворих на ПТСР до початку лікування (селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну та нормотимік) та у 41 хворого – після його завершення (через 3 місяці) визначали рівень сироваткових ЦІК та їх молекулярний склад.

Статистична обробка результатів проведена із застосуванням програми Microsoft Excel 2007 (Microsoft® Windows® XP Professional, USA) та програми «STATISTICA» v. 6.0 (StatSoft, USA). Виразували основні статистичні константи, сукупність даних показані у вигляді середнього значення (M±m), 1 й 3 квартилі і медіани. З огляду на наявність малої вибірки у I та II групах обстежених перевірку статистичних гіпотез проводили із застосуванням непараметричних методів (критерій Манна-Уїтні, Колмогорова-Смірнова і Вальда-Вольфовіца) [1].

Результати та їх обговорення

При проведенні імунологічного дослідження на момент першого обстеження (до початку лікування) у сироватці крові хворих з ПТСР було встановлено підвищення концентрації ЦІК (табл. 1).

У хворих з ПТСР загальна концентрація ЦІК у сироватці крові була у середньому в 1,71 раза вищою за

відповідний показник норми та складала, в середньому, (3,21±0,10) г/л (P<0,001). Встановлено, що у переважній кількості обстежених хворих (27 осіб; 57,4 %) загальна концентрація ЦІК була в межах 3,20–3,00 г/л, у 10 осіб (21,3 %) – в межах 2,99–2,65 г/л, у 6 осіб (12,8 %) – в межах 2,64–2,30 г/л і у 4 осіб (8,5 %) – вище 3,21 г/л. Таким чином, до початку загальноприйнятого лікування у переважній більшості обстежених з ПТСР у сироватці крові спостерігалось суттєве зростання ЦІК. Це свідчить про формування у хворих з ПТСР патологічного стану, оскільки при високому вмісті імунних комплексів зменшується ефективність їхньої елімінації, що призводить до відкладання ЦІК на стінках судин.

При дослідженні молекулярного складу ЦІК у обстежених хворих з ПТСР було встановлено, що їх зростання відбувалося за рахунок найтоксигенніших середньо- та дрібномолекулярних фракцій – простежувалася чітка тенденція до зростання як відсоткового вмісту, так і абсолютної кількості цих показників. Вміст середньомолекулярних імунних комплексів у обстежених хворих до початку загальноприйнятого лікування у відсотковому вираженні перевищував норму в середньому в 1,33 раза та складав (40,5±0,9) % (P<0,01), в абсолютному обчисленні був вищим за нормальні значення в 2,28 раза та складав у середньому (1,30±0,08) г/л (P<0,001). Відносна концентрація дрібномолекулярних імунних комплексів у обстежених хворих на ПТСР складала (28,4±0,6) % (при нормі (25,0±1,2) %; P<0,05), тобто в середньому в 1,14 раза перевищувала відповідний показник норми; концентрація дрібномолекулярної фракції ЦІК складала у середньому (0,91±0,03) г/л, тобто в 1,94 раза перевищувала значення норми (P<0,001). Відсотковий рівень великомолекулярних імунних комплексів у хворих до початку лікування зменшувався в 1,43 раза (P<0,01), тоді як абсолютна кількість дорівнювала (1,00±0,06) г/л, що було вище за норму в 1,19 раза (P<0,05). Отже, загальний рівень ЦІК у сироватці крові хворих на ПТСР збільшувався за рахунок підвищення вмісту найтоксигенніших середньо- та дрібномолекулярних імунних комплексів.

Таблиця 1. Динаміка ЦІК та їх молекулярного складу у сироватці крові хворих з ПТСР у ході загальноприйнятого лікування

Імунологічні показники	Норма	До лікування (n=47)	Після лікування (n=41)	P	
ЦІК, г/л	1,88±0,09 [1,74; 2,00]	3,21±0,10*** [2,42; 3,39]	2,46±0,08** [2,18; 2,76]	<0,05	
у тому числі:					
велико-молекулярні	%	44,5±1,3 [40,3; 46,7]	31,1±1,2** [29,4; 33,0]	33,6±1,0** [32,5; 40,1]	<0,05
	г/л	0,84±0,02 [0,76; 0,88]	1,00±0,06* [0,94; 1,04]	0,83±0,03 [0,79; 0,98]	<0,05
середньо-молекулярні	%	30,5±1,1 [27,6; 33,0]	40,5±0,9** [37,8; 43,2]	36,3±0,9* [34,1; 38,2]	<0,05
	г/л	0,57±0,02 [0,52; 0,62]	1,30±0,06*** [1,21; 1,39]	0,89±0,03** [0,83; 0,93]	<0,01
дрібно-молекулярні	%	25,0±1,2 [23,8; 28,3]	28,4±0,6* [24,1; 33,4]	30,1±0,8* [25,6; 33,1]	<0,05
	г/л	0,47±0,02 [0,44; 0,53]	0,91±0,03*** [0,77; 1,05]	0,74±0,02** [0,61; 0,80]	<0,05

Примітка. Дані в таблиці наведені у вигляді M±m [95 % довірчий інтервал]. Вірогідність розбіжностей відносно норми * – при P<0,05, ** – при P<0,01, *** – при P<0,001; стовпчик P – показник вірогідності відмінностей до і після лікування.

Нами вивчено динаміку ЦІК у сироватці крові та їх молекулярний склад після завершення загальноприйнятого лікування хворих з ПТСР. При цьому, незважаючи на позитивну динаміку, відмічалися збереження підвищеного загального рівня ЦІК та дисбаланс їх фракційного складу в сироватці крові обстежених пацієнтів (див. табл. 1).

При повторному дослідженні, на момент завершення курсу лікування, загальна концентрація ЦІК у сироватці крові обстежених пацієнтів дорівнювала в середньому ($2,46 \pm 0,08$) г/л, що перевищувало норму в 1,31 раза ($P < 0,05$). Необхідно зазначити, що лише у 8 осіб (19,5 %) загальний рівень ЦІК у крові зменшувався суттєвіше і після завершення курсу лікування вірогідно від норми не відрізнявся. Однак у більшості обстежених вміст сироваткових ЦІК знижувався повільно і на момент повторного обстеження знаходився в межах 2,25–2,87 г/л, серед них у 5 пацієнтів (12,2 %) – у межах 2,25–2,39 г/л, у 6 пацієнтів (14,6 %) – в межах 2,40–2,55 г/л, у 18 пацієнтів (43,9%) – у межах 2,56–2,70 г/л і у 4 пацієнтів (9,8 %) – вище 2,71 г/л. Отримані дані свідчать, що після завершення лікування хворих на ПТСР із застосуванням загальноприйнятих препаратів загальний рівень ЦІК у сироватці крові був вірогідно нижчим від вихідного значення. Тривале збереження високого рівня ЦІК у сироватці крові свідчить про порушення механізмів їх утилізації та гальмування їх елімінації з організму імунокомпетентними клітинами.

У відсотковому вираженні рівень середньомолекулярної фракції ЦІК перевищував значення норми в середньому в 1,19 раза, що дорівнювало ($36,3 \pm 1,0$) % ($P < 0,05$), рівень дрібномолекулярних імунних комплексів залишався вищим від норми в 1,20 раза, складаючи ($30,1 \pm 0,8$) % ($P < 0,05$). Абсолютна кількість середньомолекулярних ЦІК на момент завершення курсу лікування із застосуванням загальноприйнятих препаратів складала в середньому ($0,89 \pm 0,03$) г/л, що перевищувало відповідний показник норми в 1,56 раза ($P < 0,01$). Рівень дрібномолекулярної фракції в цей період обстеження хворих на ПТСР в абсолютному вираженні був вищим від норми в 1,57 раза і дорівнював ($0,74 \pm 0,02$) г/л ($P < 0,01$). Відносна концентрація великомолекулярних ЦІК у сироватці крові хворих з ПТСР після завершення лікування із застосуванням загальноприйнятих препаратів дорівнювала в середньому ($33,6 \pm 1,0$) % при нормі ($44,5 \pm 1,3$) %, тоді як абсолютне значення цього показника досягало норми ($P > 0,05$).

Отримані дані свідчать, що у хворих з ПТСР після завершення лікування загальноприйнятими препаратами (антидепресантами та нормотиміками) зберігаються достовірні зсуви рівня ЦІК та дисбаланс їхнього фракційного складу, що є доказом активації імунної системи і розвитку системних запальних реакцій при ПТСР, а також свідчить про збереження патологічних процесів у печінковій паренхімі, до яких обов'язково продукуються антитіла та формуються імунні комплекси.

Висновки

1. У хворих з посттравматичними стресовими розладами виявлено зростання стосовно норми концентрації циркулюючих імунних комплексів у сироватці крові. Дисбаланс фракційного складу спостерігався у вигляді переважання дрібно- та середньомолекулярних імунних комплексів.

2. У реконвалесцентів з посттравматичними стресовими розладами після завершення лікування у сироватці крові зберігалася підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів середньо- та дрібномолекулярних фракцій, що необхідно враховувати в комплексному лікуванні такої категорії хворих.

3. У подальших дослідженнях планується дослідити вплив гепатопротекторів у комплексному лікуванні хворих з посттравматичними стресовими розладами.

Список використаної літератури

1. Лапач С. Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – К. : Моріон, 2002. – 160 с.
2. Иммунные комплексы как индикаторы хронического воспаления, сопутствующего посттравматическому стрессовому расстройству // Л. П. Оганесян, А. С. Бояджян, Г. М. Мкртчян [и др.] // Медицинская иммунология. – 2012. – Т. 14, № 6. – С. 545–548
3. Иммунные комплексы и классический каскад компонента при посттравматическом стрессовом расстройстве // Л. П. Оганесян, Г. М. Мкртчян, А. С. Бояджян, С. Г. Сукиасян // Medline.ru. – 2008. – Т. 9, № 1. – С. 269–274.
4. Фролов В. М. Исследование циркулирующих иммунных комплексов: их диагностическое и прогностическое значение / В. М. Фролов, В. Е. Рычнев, М. А. Бала // Лаборат. дело. – 1986. – № 3. – С. 159–161.
5. Фролов В. М. Диагностическое и прогностическое значение циркулирующих иммунных комплексов у больных / В. М. Фролов, Н. А. Пересадин, П. К. Бойченко // Врачебное дело. – 1990. – № 6. – С. 116–118.
6. Altemus M. Immune function in PTSD / M. Altemus, F. S. Dhabhar, R. Yang // Ann. N.Y. Acad. Sci. – 2006. – Vol. 1071. – P. 167–183. DOI: 10.1196/annals.1364.013.
7. Amstadter A. B. Genetics of PTSD: fear conditioning as a model for future research / A. B. Amstadter, N. R. Nugent, K. C. Koenen // Psychiatr. Ann. – 2009. – Vol. 39, issue 6. – P. 358–367. DOI: 10.3928/00485713-20090526-01.
8. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults / E. B. Binder, R. G. Bradley, W. Liu [et al.] // JAMA. – 2008. – Vol. 299, issue 11. – P. 1291–1305. DOI: 10.1001/jama.299.11.1291.
9. Leukocyte glucocorticoid receptor expression and immunoregulation in veterans with and without post-traumatic stress disorder / C. S. de Kloet, E. Vermetten, A. Bikker [et al.] // Mol. Psychiatry. – 2007. – Vol. 12, issue 5. – P. 443–453. DOI: 10.1038/sj.mp.4001934.
10. PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities / J. M. Gill, L. Saligan, S. Woods, G. Page // Perspect. Psychiatr. Care. – 2009. – Vol. 45, issue 4. – P. 262–277. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2009.00229.x.
11. Alterations in the complement cascade in post-traumatic stress disorder / L. P. Hovhannisyanyan, G. M. Mkrтчyan, S. H. Sukiasyan, A. S. Boyajyan // JACI. – 2010. – Vol. 6, issue 1. – P. 3. DOI: 10.1186/1710-1492-6-3.
12. Kinchin D. Post traumatic stress disorder: the invisible injury / D. Kinchin. – UK : Success Unlimited, 2005. – 214 p.
13. Classic and alternative complement cascades in post-traumatic stress disorder / L. P. Oganesyanyan, G. M. Mkrтчyan, S. H. Sukiasyan, A. S. Boyajyan // Bull Exp Biol Med. – 2009. – Vol. 148, issue 6. – P. 859–861. DOI: 10.1007/s10517-010-0836-0.
14. Pace T. W. A short review on the psychoneuroimmunology of posttraumatic stress disorder: from risk factors to medical comorbidities / T. W. Pace, C. M. Heim // Brain Behav. Immun. – 2011. – Vol. 25, issue 1. – P. 6–13. DOI: 10.1016/j.bbi.2010.10.003.
15. Evidence for low-grade systemic proinflammatory activity in patients with posttraumatic stress disorder / R. Von Känel, U. Hepp, B. Kraemer [et al.] // J. Psychiatr. Res. – 2007. – Vol. 41, issue 9. – P. 744–752. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2006.06.009.

References

1. Lapach, S. N., Chubenko, A. V., & Babich, P. N. (2002). *Osnovnye printsipy primeneniya statisticheskikh metodov v klinicheskikh ispytaniyakh* [Basic principles of application of statistical methods in clinical trials]. Kyiv, Morion, 160 p. (In Russian).
2. Hovhannisyanyan, L. P., Boyajyan, A. S., Mkrтчyan, G. M., Sukiasyan, S. H., Ayvazyan, V. A., Petrosyan, M. S., ... Musaelian, R. I. (2012). Иммунные комплексы как индикаторы хронического воспаления и сопутствующего посттравматическому стрессовому расстройству [Immune complexes as indices of chronic inflammation accompanying posttraumatic stress disorder]. *Meditsinskaja immunologija – Medical immunology*, vol. 14, no. 6, pp. 545–548. (In Russian).
3. Hovhannisyanyan, L. P., Mkrтчyan, G. M., Boyajyan, A. S., & Sukiasyan, S. H. (2008). Иммунные комплексы и классический каскад компонента при посттравматическом стрессовом расстройстве [Immune complexes and classic complement cascade for posttraumatic stress disorder]. *Medline.ru*, vol. 9, no. 1, pp. 269–274. (In Russian).
4. Frolov, V. M., Rychnev, V. E., & Bala, M. A. (1986). Issledovanie tsirkuliruiushchikh immunnykh kompleksov ikh diagnosticheskoe i prognosticheskoe znachenie [The study of circulating immune complexes: their diagnostic and prognostic value]. *Laboratornoe delo – Laboratory Practice*, no. 3, pp. 159–161. (In Russian).
5. Frolov, V. M., Peresadin, N. A., & Boichenko, P. K. (1990). Diagnosticheskoe i prognosticheskoe znachenie tsirkuliruiushchikh immunnykh kompleksov u bolnykh [Diagnostic and prognostic value of circulating immune complexes in patients]. *Vrachebnoe delo – Medical Practice*, no. 6, pp. 116–118. (In Russian).
6. Altemus, M., Dhabhar, F. S., & Yang, R. (2006). Immune function in PTSD. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, vol. 1071, pp. 167–183. DOI: 10.1196/annals.1364.013.

7. Amstadter, A. B., Nugent, N. R., & Koenen, K. C. (2009). Genetics of PTSD: fear conditioning as a model for future research. *Psychiatr. Ann.*, vol. 39, issue 6, pp. 358–367. DOI: 10.3928/00485713-20090526-01.
8. Binder, E. B., Bradley, R. G., Liu, W., Epstein, M. P., Deveau, T. C., Mercer, K. B. ... Ressler, K. J. (2008). Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA*, vol. 299, issue 11, pp. 1291–1305. DOI: 10.1001/jama.299.11.1291.
9. De Kloet, C. S., Vermetten, E., Bikker, A., Meulman, E., Geuze, E., Kavelaars, A., ... Heijnen, C. J. (2007). Leukocyte glucocorticoid receptor expression and immunoregulation in veterans with and without post-traumatic stress disorder. *Mol. Psychiatry*, vol. 12, issue 5, pp. 443–453. DOI: 10.1038/sj.mp.4001934.
10. Gill, J. M., Saligan, L., Woods, S., & Page, G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. *Perspect. Psychiatr. Care*, vol. 45, issue 4, pp. 262–277. DOI: 10.1111/j.1744-6163.2009.00229.x.
11. Hovhannisyanyan, L. P., Mkrtchyan, G. M., Sukiasian, S. H., Boyajyan, A. S. (2010). Alterations in the complement cascade in post-traumatic stress disorder. *JACI*, vol. 6, issue 1, pp. 3. DOI: 10.1186/1710-1492-6-3.
12. Kinchin, D. (2005). *Post traumatic stress disorder: the invisible injury*. UK: Success Unlimited, 214 p.
13. Oganeyan, L. P., Mkrtchyan, G. M., Sukiasyan, S. H., & Boyajyan, A. S. (2009). Classic and alternative complement cascades in post-traumatic stress disorder. *Bull Exp Biol Med.*, vol. 148, issue 6, pp. 859–861. DOI: 10.1007/s10517-010-0836-0.
14. Pace, T. W., & Heim, C. M. (2011). A short review on the psychoneuroimmunology of posttraumatic stress disorder: from risk factors to medical comorbidities. *Brain Behav. Immun.*, vol. 25, issue 1, pp. 6–13. DOI: 10.1016/j.bbi.2010.10.003.
15. Von Känel, R., Hepp, U., Kraemer, B., Traber, R., Keel, M., Mica, L., & Schnyder, U. (2007). Evidence for low-grade systemic proinflammatory activity in patients with posttraumatic stress disorder. *J. Psychiatr. Res.*, vol. 41, issue 9. P. 744–752. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2006.06.009.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОКОМПЛЕКСНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ Е. Ю. Вербицкий, Н. А. Овчаренко, И. В. Лоскутова

Актуальность. Результаты некоторых исследований показывают, что одним из патологических процессов при развитии ПТСР является дисфункция иммунной системы организма. Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) являются важнейшими медиаторами иммунной системы организма, как врожденного, так и приобретенного иммунитета. Нарушение структурно-функциональных свойств этих медиаторов вовлечено в патогенез ряда заболеваний, в том числе и психических. Существенное повышение содержания в крови мелкомолекулярной фракции ЦИК свидетельствует преимущественно об активации иммунокомплексных реакций, участвующих в дальнейшем прогрессировании патологического процесса.

Целью работы было исследовать изменения концентрации циркулирующих иммунных комплексов и их фракционного состава в сыворотке крови больных с посттравматическим стрессовым расстройством и их динамику в ходе лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 47 пациентов с ПТСР, в том числе 23 женщины и 24 мужчин. Все обследованные были в возрасте от 23 до 56 лет. Общий уровень ЦИК и их молекулярный состав в сыворотке крови определяли методом преципитации в растворе ПЭГ с молекулярной массой 6000 D. Молекулярный состав ЦИК определяли путем селективной дифференцированной преципитации в 2,0 %, 3,5 % и 6,0 % растворах ПЭГ. Уровень сывороточных ЦИК и их молекулярный состав определяли до начала лечения и после его завершения (через 3 месяца).

Результаты. При проведении иммунологического исследования до начала лечения было установлено повышение концентрации ЦИК в сыворотке крови больных с ПТСР в среднем в 1,71 раза выше нормы. Их рост происходил за счет наиболее токсигенных средне- и мелкомолекулярных фракций. При повторном исследовании, на момент завершения курса лечения, общая концентрация ЦИК в сыворотке крови обследованных сохранялась выше нормы в 1,31 раза. Полученные данные свидетельствуют, что после завершения лечения больных ПТСР с применением общепринятых препаратов общий уровень ЦИК в сыворотке крови был достоверно ниже исходного значения. Длительное сохранение высокого уровня ЦИК в сыворотке крови свидетельствует о нарушении механизмов их опознания и торможения их элиминации из организма иммунокомпетентными клетками. Это является доказательством активации иммунной системы и развития системных воспалительных реакций при ПТСР, а также свидетельствует о сохранении патологических процессов в печеночной паренхиме, к которым обязательно продуцируются антитела и формируются иммунные комплексы.

Выводы. У больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами отмечалось повышение общего уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови. Повышение ЦИК сопровождается дисбалансом разномолекулярных фракций за счет увеличения средне- и мелкомолекулярных иммунных комплексов. Выявленный дисбаланс ЦИК в сыворотке крови больных сохранялся после завершения лечения с применением антидепрессантов и нормотимиков. Полученные результаты необходимо учитывать в комплексе лечения указанной категории больных.

Ключевые слова: циркулирующие иммунные комплексы, иммунотоксикоз, посттравматическое стрессовое расстройство.

PATHOGENETIC ROLE OF IMMUNE REACTIONS IN POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

Ye. Yu. Verbytskyi, M. O. Ovcharenko, I. V. Loskutova

Background. The results of some studies indicate that one of the pathological processes in the development of PTSD is the dysfunction of the immune system of the organism. Circulating immune complexes (CICs) are the most important mediators of the immune system of the body, both congenital and acquired immunity. Violation of the structural and functional properties of these mediators is involved in the pathogenesis of a number of diseases, including mental disorders. A significant increase in the content of the small fraction of CICs in the blood indicates mainly the activation of immune complex reactions involved in the further progress of the pathological process.

Objective: to investigate the changes in the concentration of circulating immune complexes and their fractional composition in the serum of patients with post-traumatic stress disorder and their dynamics during treatment.

Materials and methods. 47 patients with PTSD were screened, of which 23 women and 24 men. All of them were aged from 23 to 56 years old. The overall level of CICs and their molecular composition in serum was determined by the method of precipitation in a PEG solution with a molecular weight of 6000 D. The molecular composition of the CICs was determined by selective differentiated precipitation in 2.0 %, 3.5 % and 6 % PEG solutions. The level of serum CICs and their molecular composition were determined before and after the treatment (after 3 months).

Results. At conducting of immunological examination before the start of treatment, an increase in the concentration of CICs in the blood serum of patients with PTSD was found to be 1.71 times higher than normal. Their growth occurred at the expense of the most toxic, medium and small molecular fractions. In a repeated study, at the end of the course of treatment, the total concentration of CICs in the blood serum of the examined subjects was kept above the norm by 1.31 times. The obtained data indicate that after the completion of treatment with PTSD patients with the use of common drugs, the overall level of CICs in serum was significantly lower than the original value. Prolonged preservation of high level of CICs in serum testifies to violation of mechanisms of their identification and inhibition of their elimination from the body by immunocompetent cells. It is evidence of activation of the immune system and the development of systemic inflammatory reactions in PTSD, as well as evidence of the preservation of pathological processes in the liver parenchyma, which necessarily produce antibodies and form immune complexes.

Conclusions. Patients with post-traumatic stress disorder were observed increasing in the overall level of CICs in serum. Increased CICs is accompanied by imbalance of the molecular fractions, due to the increase of medium and small molecular immune complexes. Revealed imbalance of the CICs in the blood serum of patients preserved after the completion of treatment with antidepressants and mood stabilizers. The results obtained should be taken into account in the treatment complex of this category of patients.

Keywords: circulating immune complexes, immunotoxicosis, posttraumatic stress disorder.

Стаття надійшла до редакції 21.04.2017 р.

ВЕРБИЦЬКИЙ Євген Юрійович, аспірант кафедри психіатрії та наркології, Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна; e-mail: retolerance@gmail.com

ОВЧАРЕНКО Микола Олександрович, д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології, Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна; e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

ЛОСКУТОВА Ірина Володимирівна, д. мед. н., професор, професор кафедри ФПО та клінічної фармакології, Державний заклад «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна; e-mail: loskutovai@mail.ua

ВЕРБИЦЬКИЙ Евгений Юрьевич, аспірант кафедри психіатрії та наркології, Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина; e-mail: retolerance@gmail.com

ОВЧАРЕНКО Николай Алексеевич, д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології, Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина; e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

ЛОСКУТОВА Ирина Владимировна, д. мед. н., професор, професор кафедри ФПО и клинической фармакологии, Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина; e-mail: loskutovai@mail.ua

VERBYTSKYI Yevhen Yurievich, PhD-student of the Psychiatry and Narcology Department, State Establishment «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine; e-mail: retolerance@gmail.com

OVCHARENKO Mykola Oleksiyovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Psychiatry and Narcology Department, State Establishment «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine; e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

LOSKUTOVA Iryna Volodymyrivna, MD, Sc.D., Professor, Professor of the FPO and Clinical Pharmacology Department, State Establishment «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine; e-mail: loskutovai@mail.ua

М. Е. Водка

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАРАСУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков

vodka.maxim@gmail.com

Актуальность. Одной из важнейших научно-прикладных задач, стоящих перед медицинской суицидологией, является унификация используемых терминов и их дефиниций. Проведенный анализ литературы показал, что в настоящее время отсутствуют унифицированные определения терминов «парасуицид» и «парасуицидальное поведение». Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью согласования терминологий в современный период интеграции наук, а также практической потребностью преподавания основ суицидологии студентам медицинских вузов.

Целью данного исследования является уточнение содержательных аспектов и перспектив применения терминов «парасуицид», «парасуицидальное поведение» на современном этапе развития суицидологии.

Материалы и методы. В процессе исследования была проанализирована 41 публикация, посвященная проблематике нефатальных намеренных самоповреждений у человека.

Результаты. Анализ литературы показал, что понятия «парасуицид» и «суицидальная попытка» приравниваются друг к другу и обозначают намеренное самоповреждение с широким диапазоном интенций. Операционные определения термина «парасуицидальное поведение», соответствующие критериям J. Brzezinski (1975) и С. G. Hempel (1968) [41], отсутствуют. Кроме этого, в англоязычной литературе отмечена тенденция отказа от термина «парасуицидальное поведение» в пользу термина «нефатальное самоповреждающее поведение» («non-fatal self-injury behavior»).

Вывод. В данном исследовании было проведено уточнение содержательных аспектов и перспектив применения термина «парасуицидальное поведение» на современном этапе развития суицидологии.

Ключевые слова:
парасуицидальное поведение, парасуицид, термины суицидологии, суицидология.

Актуальность. Одной из важнейших научно-прикладных задач, стоящих перед медицинской суицидологией, является унификация используемых терминов и их дефиниций. Это связано прежде всего с тем, что употребление различных терминов для описания одного и того же психопатологического явления, равно как и употребление однотипного, но разно понимаемого термина, ведет к утрате межсубъективного контроля результатов исследования. В силу этого, усилия, направленные на унификацию терминологии, всегда актуальны.

Проведенный анализ отечественных и зарубежных медицинских источников выявил ряд терминов, отражающих идею умышленного несмертельного самоповреждения: «парасуицид» (parasuicide) [1], «парасуицидальное поведение» [2], «намеренный самовред» (deliberate self-harm) [3, 4], «саморанение» (self-wounding) [5], «самоповреждающее поведение» (self-injurious behavior) [6, 7], «членовредительство» (self-mutilation behavior) [8, 9], «притворная попытка самоубийства» [10], «несуицидальное аутоагрессивное поведение» [11, 12], «несуицидальные самоповреждения» [13], «суицидальная

попытка» [14], «суицидальная попытка (парасуицид)» [15], «прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид)» [15], «абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид)» [15], «самокалечение» (self-mutilation) [16], «псевдосуицидальная активность» [17], «рентное аутодеструктивное поведение» [18, 19], «парасамубийство» [20]. Указанные термины употребляются как синонимы (полные и частичные), но смысловая нагрузка у них различна. Это порождает проблему терминологической неоднозначности и сопоставимости результатов научных исследований в целом.

Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью согласования терминологий в современный период интеграции наук, а также практической потребностью преподавания основ суицидологии студентам медицинских вузов.

Материалом исследования послужили 41 публикация, посвященная проблематике нефатальных намеренных самоповреждений у человека.

Целью исследования стало уточнение содержательных аспектов и перспектив применения термина «пара-

суицидальное поведение» на современном этапе развития суицидологии.

В 1977 году N. Kreitman предложил термин «парасуицид», обозначающий: а) поведение индивидов, связанное с нанесением себе намеренных несмертельных увечий, в результате чего возникают травмы, болезни или риск смерти; б) любое применение медикаментозных или других химических веществ, которые не предписаны для употребления или употребляются в повышенных дозах с выраженным намерением членовредительства или самоубийства [1].

Термин выражал идею неслучайности (умышленности) самоповреждения, и фиксировал два паттерна самоповреждающего поведения с различным смысловым отношением к смерти. Парасуицид, по определению автора, объединил как имевшие место суицидальные попытки, так и членовредительство (нанесенные себе порезы, ушибы, ожоги) без выраженного намерения покончить с собой [1]. В терминологический объем автор не включил прием медикаментов с целью наркотического опьянения, избавления от бессонницы или самолечения [21]. Парасуицид как поведенческий акт включал паттерны, которые ранее рассматривались под общим названием «суицидальных жестов» и «манипулятивных суицидальных попыток» [21]. Термины «жест», «манипулятивный» предполагают, что парасуицид мотивирован намерением опосредованно передать информацию или воздействовать на окружающих, а термин «суицидальная попытка» подразумевает, что субъект пытается лишить себя жизни. Однако, по мнению Marsha M. Linehan (2008), имеются и другие возможные мотивы парасуицидального поведения, например, регуляция настроения (редукция тревожности) [21]. Другими словами, парасуицид изначально рассматривался как полимотивированное поведение, объединяющее фатальные (летальные, смертельные) и нефатальные акты физического ущерба, что в дальнейшем позволило ряду исследователей рассматривать парасуицид как полный синоним (эквивалент) суицидальной попытки [15, 22–24]: «парасуицид (parasuicide) – попытка самоубийства, которая не заканчивается смертью» [22], «суицидальная попытка (парасуицид) – действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную» [23].

Фактически данная тенденция нашла своё закрепление в Лексиконе психиатрии Всемирной организации здравоохранения [16], где «парасуицид» определен как «не заканчивающееся фатально действие, при котором индивид намеренно пытается нанести или наносит самоповреждения либо принимает потенциально токсичное вещество в дозе, значительно превышающей предписанную или обычную терапевтическую». В данной дефиниции опущены мотивы и цели нанесения самоповреждения, отсутствует указание на интенции, побуждающие к действию. Фактически «парасуицид» определен как нефатальная (не смертельная, не закончившаяся смертью) суицидальная попытка вне зависимости от интенций человека, предпринявшего её.

Однако, употребление термина «парасуицид» в качестве полного синонима термина «суицидальная попытка», по мнению Марши М. Лайнен [21], потенциально может ввести в заблуждение, так как априори «подразумевает, что субъект пытался лишить себя жизни», и «создает обманчивое впечатление, что оценка намерения пациента уже проведена».

Значимым для нашего исследования являются дифференцирующие определения «парасуицида» и «суицидальной попытки», данные Р. Дикстрой, который разрабатывал комплекс определений нелетального суицидального поведения для 10-го издания «Международной классификации болезней» (Diekstra R., 1988, цит. по VanEgmond, Diekstra R., 1989 [25]):

Суицидальная попытка:

- а) действие без летального исхода, которое не является привычным;
- б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует;
- в) которое приводит к самоповреждению, или приведет к таковому без вмешательства других людей либо заключается в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку.

Парасуицид:

- а) действие без летального исхода, которое не является привычным;
- б) начатое добровольно и осуществляемое индивидом, который в нем участвует и ожидает такого исхода;
- в) которое приводит к самоповреждению или приведет к таковому без вмешательства других людей либо состоит в употреблении такого количества вещества, которое превышает общепринятую терапевтическую дозировку;
- г) исход которого исполнитель считает средством достижения желаемых изменений в сознании окружающих и / или социальных условиях.

Нетрудно заметить нетождественность вышеприведенных определений: дифференцирующим признаком четко обозначен смысловой аспект самоповреждения.

В последнее десятилетие распространение получил термин «парасуицидальное поведение», генетически связанный с термином «парасуицид» [2, 21]. Введение нового термина имело целью повысить степень определенности поведения, похожего на суицидальное, но имеющего отличный от него смысл и цели, среди которых были названы: призыв на помощь, протест против сложившейся ситуации, необходимость дать себе паузу в ситуации конфликта и др. [2, 21, 26, 27].

Сопоставление существующих авторских дефиниций показало, что введение термина «парасуицидальное поведение» не сняло основных противоречий, возникших при употреблении термина «парасуицид». Незавершенным противоречием продолжает оставаться терминологический объем дефиниций.

Так, например, В. А. Руженков, В. В. Руженкова (2014) парасуицидальным поведением обозначают «осознанные действия, феноменологически соответствующие суицидальному поведению, но направленные не на лишение себя жизни, а на социальный эффект» [2]. Целями такого поведения, по мнению авторов, являются:

1. Призыв к помощи;
2. Протест против сложившейся ситуации;
3. Уход от решения проблемы;
4. Манипуляция микросоциальным окружением и т.п.;
5. Демонстративно-шантажное суицидальное поведение.

Знаковым является включение в объем понятия «парасуицидальное поведение» одного из традиционных типов суицидального поведения. Авторы полагают, что «частным случаем парасуицидального поведения является демонстративно-шантажный тип суицидального поведения, так как он не имеет конечной целью лишение себя жизни, а лишь демонстрацию такого намерения с целью оказания влияния на микросоциальное окружение» [2].

Согласно определению О. В. Дубровской [28], «парасуицидальное поведение – это вид аутоагрессивного поведения, включающий в себя парасуицид (попытки самоубийства с целью изменить ситуацию), парасуицидальные поступки (фиксацию на теме смерти, самоубийства, навязчивые мысли о самоубийстве, парасуицидальные попытки), иными словами – действия, которые совершаются с целью вывода себя из состояния бесчувствия путем испытания аффективно-шоковых переживаний, а также пассивные суицидальные мысли, то есть фантазии о своей смерти, но не о самоубийстве как таковом».

А. А. Парфенова [29], не давая прямой дефиниции, определяет парасуицидальное поведение через специфические дифференцирующие критерии, к каковым относит:

- а) наличие («включение») или отсутствие программы на самоуничтожение как патобиологической основы аутоагрессивного поведения;

б) взаимосвязь со стадиями разветвления адаптационного синдрома (тревоги, резистентности, истощения);

в) особенности ответной реакции: поведенческие, со стороны сферы психической деятельности (восприятия, эмоций, мышления, памяти и т.д.), нейрофизиологические и нейрохимические;

г) наличие непсихотического (невротического) или психотического уровня психических расстройств, на фоне которых формируется аутоагрессивное поведение;

д) особенности личностной патопсихологической мотивации;

е) специфические особенности собственно аутоагрессивного поведения.

В таблице 1 приведены дифференцирующие критерии суицидального и парасуицидального поведения с точки зрения психолого-патогенетических основ их развития.

Отечественные исследователи В. И. Каневский и Я. В. Васильев [30] парасуицид (и, соответственно, парасуицидальное поведение) определяют как «суицидальную ситуацию, не завершившуюся летально». Фактически термины «парасуицид» и «парасуицидальное поведение» употребляют как эквивалентные.

В последнее десятилетие в англоязычной литературе отмечена тенденция к отказу от термина «парасуицидальное поведение» в пользу термина «нефатальное самоповреждающее поведение» («non-fatal self-injury behavior»), которое определяется как «непривычные действия с нефатальными последствиями, с ожидаемым или имеющим место риском наступления смерти, или нанесения телесных повреждений, инициируемые и выполняемые с целью изменений, желательных для субъекта» [31]. Также считается предпочтительным использовать не термин

Таблица 1. Критерии суицидального и парасуицидального поведения с точки зрения психолого-патогенетических основ их развития (по А. А. Парфёновой, 2009)

Суицидальное поведение характеризуется	Парасуицидальное поведение характеризуется
«Включением» программы индивидуального самоуничтожения	Отсутствием «активации» программы на индивидуализируемое самоуничтожение; патобиологическая основа – сниженная стрессоустойчивость организма
Формированием его на переходе со стадии резистентности к стадии истощения адаптационного синдрома	Формированием на стадии тревоги адаптационного синдрома (реже может формироваться при переходе со стадии резистентности к стадии истощения)
Смертельными формами поведения (самоубийство, жизненноопасные способы осуществления суицидальных попыток)	Формированием собственно аутоагрессивного поведения в случае нерешенности ситуации и затяжного стресса, что может происходить по механизму переадресации (при ее фрустрационном подавлении) на самого себя; реакциями ажитированной тревоги, страха, избирательной дефицитарности, искаженностью фокуса внимания с восприятием и осознанием только субъективно значимой информации; активация эмоционально-когнитивного комплекса резко смещена в сторону эмоционального полюса (актуальная ситуация «чувствуется», а не продумывается); ориентировочно-исследовательское поведение подавлено
Проявлением при непсихотических психических расстройствах, а также при психотических расстройствах в стадии разрешения психоза, ремиссии или интермиссии	Относительно частой встречаемостью при всех непсихотических психических нарушениях (преимущественно декомпенсации личностных расстройств и т.д.), расстройствах адаптации, а также при психотических расстройствах (включая аффективные) на стадии ремиссии, интермиссии на фоне дополнительных психотравмирующих ситуаций
Направленностью на достижение добровольной смерти вследствие «отрицательного жизненного баланса»; проявления антисуицидального барьера вытеснены (смерть более привлекательна, чем жизнь), специфически проявляются временные децентрации в проживании субъективного времени: фиксации на отрицаемом будущем при обесцененном прошлом и настоящем	Желанием изменения актуальной ситуации, а не достижением добровольной смерти на фоне выраженной ситуации актуальных потребностей; возможна фиксация на «несправедливости» несбывшихся ожиданий
Тщательным планированием и подготовкой аутоагрессивных действий; выбором заведомо летальных способов их осуществления; длительным неаффектированным пресуицидальным периодом (так называемый «холодный пресуицид»).	Импульсивностью аутоагрессивных действий, выбором преимущественно нежизнеопасных способов их реализации и наличием острого аффективного пресуицидального периода

«парасуицид», а более «корректные» термины: «non-fatal self-injury behavior», «non-suicidal self-injury» или «self-injury» [32–37]. Ожидается, что отмеченная тенденция найдет официальное закрепление в МКБ-11.

Выводы

Проведенный анализ литературы позволил сделать ряд обобщений:

В настоящее время отсутствуют унифицированные определения терминов «парасуицид» и «парасуицидальное поведение»; понятия «парасуицид» и «суицидальная попытка» приравниваются друг к другу и обозначают намеренное самоповреждение с широким диапазоном интенций – от явно коммуникативных до явно направленных на смерть [38–40].

Операциональные определения термина «парасуицидальное поведение», соответствующие критериям J. Brzezinski (1975) и С. G. Hempel (1968) [41], отсутствуют.

В последнее десятилетие в англоязычной литературе отмечена тенденция к отказу от термина «парасуицидальное поведение» в пользу термина «нефатальное самоповреждающее поведение» («non-fatal self-injury behavior») [31–37].

В данном исследовании было проведено уточнение содержательных аспектов и перспектив применения терминов «парасуицид» и «парасуицидальное поведение» на современном этапе развития суицидологии.

Список використаної літератури

- Parasuicide / N. Kreitman, A. E. Philip, S. Greer, C. R. Bagley // *The British Journal of Psychiatry*. – 1969. – Vol. 115, issue 523. – P. 746–747. DOI: 10.1192/bjp.115.523.746-a.
- Руженков В. А. Некоторые аспекты терминологии и классификации аутоагрессивного поведения / В. А. Руженков, В. В. Руженкова // *Суицидология*. – 2014. – Т. 5, № 1 (14). – С. 41–51.
- Pattison E. M. The deliberate self-harm syndrome / E. M. Pattison, J. Kahan // *Am. J. Psychiat.* – 1983. – Vol. 140, issue 7. – P. 867–872. DOI: 10.1176/ajp.140.7.867.
- Adolescent suicidal behaviors: A population based study of risk / G. C. Patton, R. Harris, J. B. Carlin [et al.] // *Psychol. Med.* – 1997. – Vol. 27, issue 3. – P. 715–724.
- Tantam D. Personality disorder and self-wounding / D. Tantam, J. Whittaker // *Br. J. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 161, issue 4. – P. 451–464. DOI: 10.1192/bjp.161.4.451.
- Herpertz S. Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers / S. Herpertz // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1995. – Vol. 91, issue 1. – P. 57–68. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x.
- Solomon Y. Why don't you do it properly? Young women who self-injure / Y. Solomon, J. Farrand // *J. Adolesc.* – 1996. – Vol. 19, issue 2. – P. 111–119.
- Favazza A. R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry / A. R. Favazza. – Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996. – 2nd ed. – 442 p.
- Favazza A. R. Varieties of pathological self-mutilation / A. R. Favazza, R. J. Rosenthal // *Clinical Behavioural Neurology*. – 1990. – Vol. 3, issue 2. – P. 77–85. DOI: 10.3233/BEN-1990-3202.
- Яценко Н. Е. Толковый словарь общесоциологических терминов / Н. Е. Яценко. – СПб.: Лань, 1999. – 528 с.
- Агазаде Н. В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: автореф. дис. на соискание ученой степени докт. мед. наук / Н. В. Агазаде. – М., 1989. – 43 с.
- Севрюков В. Т. Диагностика несуйцидального аутоагрессивного поведения в судебно-психиатрической практике / В. Т. Севрюков, И. В. Кравченко // *Медицинское право*. – 2014. – № 5. – С. 37–40.
- Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study / J. Cooper, N. Kapur, R. Webb [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162, issue 2. – P. 297–303. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.2.297.
- Stengel E. Enquiries into attempted suicide [Abridged] // *Journal of the Royal Society of Medicine*. – 1952. – Vol. 45, issue 9. – P. 613–620.
- Василевский В. Г. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения / В. Г. Василевский, Е. В. Ласый // *Военная медицина*. – 2010. – № 2 (15). – С. 26–29.
- Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью / пер. с англ. под общ. ред. В. Б. Позняка. – К.: Сфера, 2001. – 398 с.
- Вагин Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии / Ю. Р. Вагин // *Суицидология*. – 2011. – Т. 2, № 3 (4). – С. 3–17.

- Руженков В. А. Аутодеструктивное поведение подростков мужского пола: клиника, классификация, прогноз / В. А. Руженков, Г. А. Лобов, А. В. Боева // *Психическое здоровье*. – 2009. – Т. 7, № 10. – С. 30–35.
- Руженков В. А. Классификация аутодеструктивного поведения юношей призывного возраста / В. А. Руженков, Г. А. Лобов, В. В. Руженкова // *Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии: всерос. юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 110-летию военной психиатрии, Санкт-Петербург, 9-10 июня 2011 г.* – СПб., 2011. – С. 249–250.
- Психиатрический энциклопедический словарь / Й. А. Стоименов, М. Й. Стоименова, П. Й. Коева [и др.]. – К.: МАУП, 2003. – 1200 с.
- Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. М. Лайнен; пер. с англ. – М.: И. Д. Вильямс, 2008. – 592 с.
- Комер Р. Основы патопсихологии / Р. Комер; пер. с англ. – М.: прайм-Еврознак, 2005. – 598 с.
- A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide / U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, D. De Leo [et al.] // *Crisis*. – 1996. – Vol. 17, issue 1. – P. 22–31. DOI: 10.1027/0227-5910.17.1.22.
- Отрошенко Н. П. Структура психических расстройств у лиц, совершивших суицидальную попытку / Н. П. Отрошенко // *Український медичний часопис*. – 2005. – № 4 (48). – С. 90–92.
- Suicide and its Prevention: the role of attitude and imitations / Eds.: Diekstra, R. F. W. [et al.]. – Leiden, Netherland: E. J. Brill, 1989. – 566 p.
- Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов / Н. В. Конончук // *Психологический журнал*. – 1989. – Т. 10, № 5. – С. 95–102.
- Kreitman N. Parasuicide / N. Kreitman. – London; N.-Y.: Wiley, 1977. – 193 p.
- Дубровская О. В. Психологические особенности учащихся и студентов подростково-юношеского возраста с наличием суицидальных мыслей в состоянии дезадаптации: автореф. дис. на соискание научной степени канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 24 с.
- Парфенова А. А. Типологические особенности суицидоопасного пациента / А. А. Парфенова // *Ученые Записки Санкт-Петербургского Государственного института психологии и социальной работы*. – 2009. – Т. 11, вып. 1. – С. 50–55.
- Каневський В. І. Проблема парасуїцидальної особистості в контексті суїцидальної ситуації / В. І. Каневський, Я. В. Васильев // *Актуальні проблеми психології: психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія: Інститут психології імені Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка*. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2010. – Т. X, вип. 17. – С. 201–211.
- Левковская О. Б. Несуицидальное самоповреждающее поведение – синдром или особая реальность нашего времени? / О. Б. Левковская, Ю. С. Шевченко // *Психическое здоровье*. – 2014. – Т. 12, № 4 (95). – С. 74–86.
- Kapusta N. D. Non-suicidal self-injury and suicide risk assessment, quo vadis DSM-V? [Электронный ресурс] / N. D. Kapusta // *Suicidology online*. – 2012. – Vol. 3. – P. 1–3. – Режим доступа: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2012-3-1-3.pdf> (дата обращения: 10.03.2017).
- Kerr P. L. Nonsuicidal Self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians / P. L. Kerr, J. J. Muehlenkamp, J. M. Turner // *Journal of the American board of family medicine*. – 2010. – Vol. 23, no. 2. – P. 240–259. DOI: 10.3122/jabfm.2010.02.090110.
- Klonsky E. D. Self-injury: a research review for the practitioner / E. D. Klonsky, J. J. Muehlenkamp // *Journal of clinical psychology*. – 2007. – Vol. 63, issue 11. – P. 1045–1056. DOI: 10.1002/jclp.20412.
- Nock M. K. Self-injury / M. K. Nock // *Annual Review of Clinical Psychology*. – 2010. – Vol. 6. – P. 339–363. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Scott A. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? [Электронный ресурс] / A. Scott, B. Guo. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. – 2012. – 32 p. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf (дата обращения: 10.03.2017).
- Walsh V. Treating self-injury: a practical guide / V. Walsh. – 2nd ed. – New York-London: The Guilford press, 2012. – 414 p.
- Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO multicentre study / D. De Leo, S. Burgis, J. M. Bertolote // *Crisis*. – 2006. – Vol. 27, issue 1. – P. 4–15. DOI: 10.1027/0227-5910.27.1.4.
- Nock M. K. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey / M. K. Nock, R. C. Kessler // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2006. – Vol. 115, issue 3. – P. 616–623. DOI: 10.1037/0021-843X.115.3.616.
- Каневський В. І. Парасуїцидальне поведіння в світлі футурреальної психології [Електронний ресурс] / *Studia Humanitatis*. – 2016. – № 4. – Режим доступа: <http://st-hum.ru/content/kanevskiy-vi-parasuicidalnoe-povedenie-v-svete-futurrealnoy-psihologii> (дата обращения: 10.03.2017).
- Якубик А. Истерия / А. Якубик; пер. с польск. – М.: Медицина, 1982. – 344 с.

References

- Kreitman, N., Philip, A. E., Greer, S., & Bagley, C. R. (1969). Parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 115, issue 523, pp. 746–747. DOI:10.1192/bjp.115.523.746-a.
- Ruzhenkov, V. A., & Ruzhenkova, V. V. (2014). Nekotorye aspekty terminologii i klassifikatsii autoagressivnogo povedeniia [Some aspects of terminology and classification of self-injurious behavior]. *Suitsidologiya – The Suicidology*, Vol. 5, no. 1 (14), pp. 41–51. (In Russian).

44. Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am. J. Psychiat.*, vol. 140, issue 7, pp. 867–872. DOI:10.1176/ajp.140.7.867.
45. Patton, G. C., Harris, R., Carlin, J. B., Hibbert, M. E., Coffey, C., Schwartz, M., & Bowes, G. (1997). Adolescent suicidal behaviors: A population based study of risk. *Psychol. Med.*, vol. 27, issue 3, pp. 715–724.
46. Tantam, D., & Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *Br. J. Psychiatry*, vol. 161, issue 4, pp. 451–464. DOI:10.1192/bjp.161.4.451.
47. Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 91, issue 1, pp. 57–68. DOI:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x.
48. Solomon, Y., & Farrand, J. (1996). Why don't you do it properly? Young women who self-injure. *J. Adolesc.*, vol. 19, issue 2, pp. 111–119.
49. Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry* (2nd ed.). Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 442 p.
50. Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Clinical Behavioural. Neurology*, vol. 3, issue 2, pp. 77–85. DOI: 10.3233/BEN-1990-3202.
51. Yatsenko, N. E. (1999). *Tolkoviy slovar obshchestvovedcheskikh terminov* [Explanatory dictionary of social science terms]. Sankt-Peterburg: Lan Publ., 524 p. (In Russian).
52. Agazade, N. V. (1989). Autoagressivnye iavleniia v klinike psikhicheskikh boleznei [Autoaggressive phenomena in the clinic of mental illnesses]. *Extended abstract of Doctor's thesis*, Moscow, 43 p. (In Russian).
53. Sevryukov, V. T., & Kravchenko, I. V. (2014). Diagnostika nesuitsidalnogo autoagressivnogo povedeniia v sudobno-psikhiatricheskoi praktik [Diagnostics of non-suicidal autoimmune behavior in judicial-psychiatry practice]. *Meditinskoe pravo – Medical Law*, no. 5, pp. 37–40. (In Russian).
54. Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, issue 2, pp. 297–303. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.2.297.
55. Stengel, E. (1952). Enquiries into attempted suicide [Abridged]. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 45, issue 9, pp. 613–620.
56. Vasilevskii, V. G., & Lasyi, E. V. (2010). Otsenka suitsidalnogo riska i profilaktika suitsidalnogo povedeniia [Assessment of suicidal risk and prevention of suicidal behavior]. *Voennaia meditsina – Military Medicine*, issue 2 (15), pp. 26–29. (In Russian).
57. Pozniak, V. B. (Ed.). (2001). *Leksikony psikhiiatrii Vsemirnoi Organizatsii Zdravookhraneniia: Leksikon psikhiatricheskikh i otnosiashchikhsia k psikhicheskomu zdoroviu terminov 2-e izd Leksikon terminov otnosiashchikhsia k alkogoliu i drugim psikhoaktivnym sredstvam Leksikon kross-kulturalnykh terminov otnosiashchikhsia k psikhicheskomu u zdoroviu* [The lexicons of psychiatry by the World Health Organization: Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms (Second Edition); Lexicon of Alcohol and Drug Terms; Lexicon of Cross-Cultural Terms in Mental Health]. Kyiv: Sfera, 398 p. (In Russian).
58. Vagin, Y. R. (2011). Voprosy fenomenologicheskoi suitsidologii [Questions phenomenological suicidology]. *Suitsidologiya – The Suicidology*, Vol. 2, no. 3 (4), pp. 3–17. (In Russian).
59. Ruzhenkov, V. A., Lobov, G. A., & Boeva, A. V. (2009). Autodestrukivnoe povedenie podrostkov muzhskogo pola klinika klassifikatsiia prognoz [Autodestructive behaviour of male teenagers (clinical presentation, classification, prognosis)]. *Psikhicheskoe zdorove – Mental health*, vol. 7, no. 10, pp. 30–35. (In Russian).
60. Ruzhenkov, V. A., Lobov, G. A., & Ruzhenkova, V. V. (2011). Klassifikatsiia autodestrukivnogo povedeniia iunoshai prizyvnoogo vozrasta [Classification of self-destructive behavior of young men of military age]. *Aktualnye problemy klinicheskoi sotsialnoi i voennoi psikhiiatrii vsereijskoi iubileinoi nauchno-prakticheskoi konferentsii posviashchennoi 110-letiiu voennoi psikhiiatrii, Sankt-Peterburg, 9-10 iunია 2011 g.* [Proc. of the conference: Actual problems of clinical, social and military psychiatry: All-Russian anniversary scientific and practical conference dedicated to the 110th anniversary of military psychiatry, St. Petersburg, June 9-10, 2011]. (pp. 249–250). St. Petersburg. (In Russian).
61. Stoimenov, I. A., Stoimenova, M. I., Koeva, P. I., Koev, G. M., Popov, P. L., & Stoimenova, L. Ts. (2003). *Psikhiatricheskii entsiklopedicheskii slovar* [Psychiatric Encyclopedic Dictionary]. Kyiv: MAUP, 1200 p. (In Russian).
62. Linehan, M. M. (2008). *Kognitivno-povedencheskaia terapiia pogranichnogo rasstrostva lichnosti* [Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder]. (Trans.). Moscow: I. D. Viliams., 592 p. (In Russian).
63. Comer, R. *Osnovy patopsikhologii* [Fundamentals of Abnormal Psychology]. (Trans.). Moscow: praim-Evroznak, 598 p. (In Russian).
64. Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A., Crepet, P., Lonnqvist, J., ... Egebo, H. (1996). A repetition-prediction study on European parasuicide populations. Part II of the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide in cooperation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Crisis*, vol. 17, issue 1, pp. 22–31. DOI:10.1027/0227-5910.17.1.22.
65. Otroshenko, N. P. (2005). Struktura psikhicheskikh rasstroistv u lits sovershivshikh suitsidalnuiu popytku [Structure of mental disorders in patients, who had attempted suicide]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*, no. 4 (48), pp. 90–92. (In Russian).
66. Diekstra, R. F. W., Maris, R., Platt, S., Schmidtke, A., & Sonneck, G. (Eds.). (1989). *Suicide and its Prevention: the role of attitude and imitations*. Leiden, Netherland: E. J. Brill, 566 p.
67. Kononchuk, N. V. (1989). O psikhologicheskome smysle suitsidov [On the Psychological Meaning of Suicides]. *Psikhologicheskii zhurnal – Psychological journal*, vol. 10, no. 5, pp. 95–102. (In Russian).
68. Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London, N.-Y.: Wiley, 193 p.
69. Dubrovskaja, O. V. (2004). Psikhologicheskie osobennosti uchashchikhsia i studentov podrostkovo-iunosheskogo vozrasta s nalichiem suitsidalnykh myslei v sostoianii dezadaptatsii [Psychological characteristics of pupils and students of adolescent youth with the presence of suicidal thoughts in a state of disadaptation]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Sankt-Peterburg, 24 p. (In Russian).
70. Parfyonova, A. A. (2009). Tipologicheskie osobennosti suitsidoopasnogo patsienta [Psychological-social support of a patient inclined to suicide inside a medical institution]. *Uchenye Zapiski Sankt-Petersburgskogo Gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsialnoi raboty – Scientists Notes of the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*, vol. 11, issue 1, pp. 50–55. (In Russian).
71. Kanevskiy, V. I., & Vasylyev, Ya. V. (2010). Problema parasuitsidalnoi osobystosti v konteksti suitsidalnoi situatsii [The problem of a parasuicidal personality in the context of a suicidal situation]. In S. D. Maksymenko (Ed.). *Aktualni problemy psikhologii: psikhologhiia navchannia. Henetychna psikhologhiia. Medychna psikhologhiia: Instytut psikhologii imeni H. S. Kostiuka APN Ukrainy – Actual problems of psychology: psychology of training. Genetic Psychology. Medical psychology: G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine*, vol. 10, issue 17, pp. 201–211. (In Ukrainian).
72. Levkovskaya, O. B., & Shevchenko, Y. S. (2014). Nesuitsidalnoe samopovrezhdaushchee povedenie – sindrom ili osobaiia realnost nashego vremeni? [Non-suicidal self-injurious behavior – syndrome or a specific reality of modern times?]. *Psikhicheskoe zdorove – Mental health*, vol. 12, no. 4 (95), pp. 74–86. (In Russian).
73. Kapusta, N. D. (2012). Non-suicidal self-injury and suicide risk assessment, quo vadis DSM-V? *Suicidology online*, vol. 3, pp. 1–3. – Retrieved from: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2012-3-1-3.pdf> (accessed 10.03.2017).
74. Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American board of family medicine*, vol. 23, no. 2, pp. 240–259. DOI: 10.3122/jabfm.2010.02.090110.
75. Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, vol. 63, issue 11, pp. 1045–1056. DOI:10.1002/jclp.20412.
76. Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 6, pp. 339–363. DOI:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
77. Scott, A., & Guo, B. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 32 p. Retrieved from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf (accessed 10.03.2017).
78. Walsh, B. (2012). *Treating self-injury: a practical guide* (2nd ed.). New York, London: The Guilford press, 414 p.
79. De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal Behavior. Lessons Learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis*, vol. 27, issue 1, pp. 4–15. DOI:10.1027/0227-5910.27.1.4.
80. Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 115, issue 3, pp. 616–623. DOI:10.1037/0021-843X.115.3.616.
81. Kanevskiy, V. I. (2016). Parasuitsidalnoe povedenie v svete futurrealnoi psikhologii [Parasuicidal behavior through the lenses of the future-real psychology]. *Studia Humanitatis*, no. 4. Retrieved from: <http://st-hum.ru/content/kanevskiy-vi-parasuicidalnoe-povedenie-v-svete-futurrealnoy-psihologii> (accessed 10.03.2017). (In Russian).
82. Yakubik, A. (1982). *Isteriya* (per. s pol'sk.) [Hysteria (translation from Polish)]. Moscow: Meditsina Publ., 344 p. (In Russian).

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАРАСУЇЦИДАЛЬНУ ПОВЕДІНКУ

М. Е. Водка

Актуальність. Одним з найважливіших науково-прикладних завдань, які стоять перед медичною суїцидологією, є уніфікація термінів та їх дефініцій, які використовуються. Проведений аналіз літератури показав, що на сьогодні відсутні уніфіковані визначення термінів «парасуїцид» і «парасуїцидальна поведінка». Актуальність цього дослідження обумовлена необхідністю узгодження термінології у сучасному періоді інтеграції наук, а також практичною потребою викладання основ суїцидології студентам медичних вузів.

Метою даного дослідження є уточнення змістових аспектів і перспектив застосування термінів «парасуїцидальна поведінка» та «парасуїцид» на сучасному етапі розвитку суїцидології.

Матеріали та методи. У процесі дослідження було проаналізовано 41 публікацію, присвячену проблематиці нефатальних навмисних самоушкоджень у людини.

Результати. Аналіз літератури показав, що поняття «парасуїцид» та «парасуїцидальна поведінка» прирівнюються один до одного і означають навмисне самоушкодження з широким діапазоном інтенцій. Операціональні визначення терміна «парасуїцидальна поведінка», відповідні критеріям J. Brzezinski (1975) і C. G. Hempel (1968) [41], відсутні. Окрім цього, в англійській літературі відзначено тенденцію до відмови від терміна «парасуїцидальна поведінка» на користь терміна «нефатальна самоушкоджуюча поведінка» («non-fatal self-injury behavior»).

Висновки. У цьому дослідженні було проведено уточнення змістових аспектів і перспектив застосування термінів «парасуїцид» та «парасуїцидальна поведінка» на сучасному етапі розвитку суїцидології.

Ключові слова: парасуїцидальна поведінка, парасуїцид, терміни суїцидології, суїцидологія.

MODERN INTERPRETATION OF PARASUICIDAL BEHAVIOR

M. Ye. Vodka

Background. One of the most important scientific and applied problems facing medical suicidology is the unification of the terms used and their definitions. The literature analysis has shown that at present there are no unified definitions of the terms «parasuicide» and «parasuicidal» behavior. The relevance of this study lies in the need to harmonize terminology in the modern period of integration of sciences, as well as the practical need to teach the basics of suicidology to students of medical schools.

Objective – to clarify the content aspects and prospects for the application of the term “parasuicidal behavior” at the present stage of development of suicidology.

Materials and methods. In the process of the study, 41 publications dealing with the problems of non-fatal intentional self-injury in humans were analyzed.

Results. Analysis of the literature has shown that the concepts of “parasuicide” and “suicide attempt” are equated with each other and designate intentional self-injury with a wide range of intentions. The operational definitions of the term “parasuicidal behavior”, which meet the criteria of J. Brzezinski (1975) and C. G. Hempel (1968) [41] are absent. In addition, in the English-language literature there is a tendency to abandon the term “parasuicidal behavior” in favor of the term “non-fatal self-injury behavior”.

Conclusion. In this study, the precise aspects and perspectives of the term “parasuicidal behavior” were clarified at the present stage of development of suicidology.

Keywords: parasuicidal behavior, parasuicide, terms of suicidology, suicidology.

Стаття надійшла до редакції 05.05.2017 р.

ВОДКА Максим Евгеньевич, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичинської психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, г. Харків, Україна; e-mail: vodka.maxim@gmail.com

ВОДКА Максим Євгенович, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: vodka.maxim@gmail.com

VODKA Maksim Yevhenovych, assistant of department of psychiatry, narcology and medical psychology of medical faculty of V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: vodka.maxim@gmail.com

В. В. Іщук

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ПАТОАФЕКТИВНИХ ПРОЯВІВ
ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ**

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ
androman2008@gmail.com

Актуальність. Відомості про клініко-психопатологічні та медико-психологічні кореляції ендокринної патології є базою для подальшого розвитку розуміння щодо її комплексної терапії та підґрунтям залучення психотерапевтичних та психопрофілактичних систем у процес її лікування. Традиційно комплекс психопатологічних порушень, незалежно від нозологічної належності ендокринної патології, розглядається в рамках єдиного психоендокринного синдрому. Важливою метою медичної психології, ендокринології, психіатрії та психотерапії є синдромографічний аналіз, компаративна дескрипція та систематизація варіантів клініко-психологічного аранжування психоендокринного синдрому за різних форм ендокринної патології.

Мета дослідження – встановити медико-психологічні та клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Матеріали та методи. Контингент дослідження склали 300 пацієнтів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, хворих на психоендокринний синдром на фоні порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Першу групу склали 100 хворих із явищами гіпертиреозу, другу – 100 хворих із явищами гіпотиреозу, третю – 50 хворих із явищами гіперкортицизму, четверту – 50 хворих із явищами гіпокортицизму.

У ході дослідження були застосовані клініко-психопатологічний (реалізований за допомогою Симптоматичного опитувальника (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, L. Derogatis et al., 1973), психодіагностичний (реалізований за допомогою оцінювальної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978) методи, а також методи клінічної, описової та математичної статистики.

Результати. Встановлено маніоформні патоафективні прояви психоендокринного синдрому в залежності від нозологічної належності ендокринної дисфункції.

Висновки. Структурні клініко-психопатологічні компоненти психоендокринного синдрому за групами були наступними: при гіпотиреозі значного поширення набували феномени патоафективного, патоасоціативного та фобічного спектра, феномени дратівливості та «паранояльності»; при гіпертиреозі – патоафективний, тривожний, патоасоціативний, патоконативний та феномени порушень інтраперсональної чутливості; при гіпокортицизмі – патоафективний, дратівливості та патоконативний; при гіперкортицизмі – патоафективний, патоконативний та значно виражений феномен тривожності.

Ключові слова:

психоендокринний синдром, гіпотиреоз, гіпертиреоз, гіпокортицизм, гіперкортицизм, кора надниркових залоз, щитоподібна залоза.

Актуальність. У сучасних медичних дослідженнях на перший план виходить пошук та здобуття знань щодо досягнення високого рівня життя пацієнтів та максимально можливого контролю за захворюваннями. Це насамперед стосується ендокринної патології (ЕП). У цьому аспекті відомості про клініко-психопатологічні та медико-психологічні кореляції ЕП є базою для подальшого розвитку розуміння щодо її комплексної терапії та підґрунтям залучення психотерапевтичних

та психопрофілактичних систем у процес її лікування [1, 2, 4].

Традиційно комплекс психопатологічних порушень, незалежно від нозологічної належності ендокринної патології, розглядається в рамках єдиного психоендокринного синдрому (ПеС). Цей синдром розглядається як певний діагностичний «монолог» завдяки його визначеній етіопатогенетичній гомогенності. ПеС розглядають як взаємопов'язану комбінацію емоційних, вольових,

когнітивних та поведінкових порушень, що розвиваються у хворих з розладами ендокринної системи.

Облігатними в патогенезі ПєС є фактори соматогенного та органічного регістрів, що детермінують формування базового семіотичного комплексу в його структурі. При цьому факультативні психогенні і патоперсоналогічні фактори, наявні фактично в кожному клінічному спостереженні, детермінують патопластичну модифікацію базового семіотичного комплексу.

Внаслідок схожості ефектів, притаманних гормонам щитоподібної залози (ЩТ) та кори надниркових залоз (КНЗ), за наявності порушення їхньої функції вони стають модельним варіантом ПєС щодо компаративного аналізу клініко-психологічних характеристик, перш за все варіативних патоафективних та патокогнітивних порушень.

Важливим завданням медичної психології, ендокринології, психіатрії та психотерапії є синдромографічний аналіз, компаративна дескрипція та систематизація варіантів клініко-психологічного аранжування ПєС за різних форм ЕП [3, 5].

Мета – встановити медико-психологічні та клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому в хворих з порушенням обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Матеріали та методи дослідження

Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених контингентів. Контингент дослідження склали 437 хворих на порушення ОГ ЩЗ та КНЗ, що проходили лікування на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, з яких було відібрано 300 пацієнтів із діагностованим ПєС. Середній вік обстежених складав $46,33 \pm 1,36$ років. Тривалість захворювання на момент дослідження складала від 5 до 25 років.

Першу групу (Г1) склали 100 хворих із явищами гіпертиреозу та клінічно вираженими проявами ПєС. Другу групу (Г2) склали 100 хворих із явищами гіпотиреозу та клінічно вираженими проявами ПєС. Третю групу (Г3) склали 50 хворих із явищами гіперкортицизму та проявами ПєС у клінічній картині захворювання. Четверту групу (Г4) склали 50 хворих із явищами гіпокортицизму та проявами ПєС у клінічній картині захворювання.

Клініко-психопатологічний метод був застосований з метою типування та зіставлення клініко-психопатологічних особливостей хворих з порушенням обміну гормонів щитоподібної залози та надниркових залоз, з верифікацією вираженості патопсихологічної симптоматики за допомогою Симптоматичного опитувальника (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, L. Derogatis et al., 1973).

Психодіагностичний метод було застосовано у контексті оцінювальної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978) – для оцінки рівня вираженості маніакальних симптомів.

Для обробки результатів застосовано методи клінічної, описової та математичної статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M(s)$, стандартизованої помилки середнього $M \pm m$, коефіцієнта кореляції r , t -критерію Стьюдента з універсальним

значенням статистичної ймовірності p . Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за допомогою програм «SPSS 15.0» та «Excel» з пакета «Microsoft Office 2003».

Результати та їх обговорення

Для аналізу маніоформних проявів у структурі патоафективного компонента ПєС було проведено дослідження за YMRS (табл. 1–4).

За результатами порівняльного аналізу вираженості маніоформних провів серед пацієнтів Г1 та Г2 було встановлено статистично достовірну різницю за наступними феноменами: гіпертимія, підвищення моторної активності, підвищення сексуальної активності, дратівливість, збільшення вербальної активності, асоціативні порушення, ідеаторні порушення, агресивні поведінкові акти, порушення зовнішності, нозогнозія. Серед хворих з проявами гіпотиреозу достовірним є значне переважання інтенсивності маніоформних проявів, порівняно з хворими на гіпертиреоз.

За результатами порівняльного аналізу вираженості маніоформних проявів серед пацієнтів Г3 та Г4 було встановлено статистично достовірну різницю за наступними феноменами: підвищення моторної активності, підвищення сексуальної активності, порушення сну, дратівливість, збільшення вербальної активності, асоціативні порушення, ідеаторні порушення, агресивні поведінкові акти, нозогнозія. Серед хворих з проявами гіпокортицизму достовірним є значне переважання інтенсивності маніоформних проявів, порівняно з хворими на гіперкортицизм.

За результатами порівняльного аналізу вираженості маніоформних провів серед пацієнтів Г1 та Г3 було встановлено статистично достовірну різницю за наступними феноменами: порушення сну, дратівливість, збільшення вербальної активності, ідеаторні порушення, нозогнозія. Серед хворих з проявами гіпертиреозу достовірним є значне переважання інтенсивності маніоформних проявів, порівняно з хворими на гіперкортицизм.

За результатами порівняльного аналізу вираженості маніоформних провів серед пацієнтів Г2 та Г4 було встановлено статистично достовірну різницю за наступними феноменами: гіпертимія, підвищення моторної активності, збільшення вербальної активності, асоціативні порушення, агресивні поведінкові акти, порушення зовнішності. Серед хворих з проявами гіпокортицизму достовірним є значне переважання інтенсивності маніоформних проявів, порівняно з хворими на гіпотиреоз.

Таким чином, встановлено маніоформні патоафективні прояви ПєС залежно від нозологічної належності ЕД:

- гіпотиреоз: порушення сну, дратівливість та ідеаторні порушення. Сумарна оцінка свідчить про відсутність маніоформного стану. Комплекс семіотики свідчить про активуючий вплив тривожності на психічні кореляти патоафективних розладів;
- гіпертиреоз: гіпертимія, підвищення моторної активності, дратівливість, збільшення вербальної активності, асоціативні та ідеаторні порушення. Сумарна оцінка свідчить про гіпоманіакальний стан. Комплекс семіотики свідчить про наявність психостимулювального впливу надлишку тиреоїдних гормонів, що призводить до включення до патоафективного компонента ПєС маніоформної семіотики;

- гіпокортицизм: дратівливість. Сумарна оцінка свідчить про відсутність маніоформного стану. Наявність ізольованої дратівливості характеризує наявність психастенізації, що знижує ефективність гальмівних процесів вищих психічних функцій;
- гіперкортицизм: підвищення моторної активності, дратівливість, агресивні поведінкові акти. Сумарна оцінка свідчить про гіпоманіакальний стан. Комплекс семіотики свідчить про наявність поєднання психостимулювального ефекту надлишку глюкокортикоїдів та дисфоричного аранжування патоафективних розладів.

Висновки

1. Встановлено клініко-психопатологічні характеристики ПеС при порушеннях ОГ ШЗ та КНЗ.

Структурні компоненти та вираженість клініко-психопатологічних особливостей ПеС за даними Symptom Check List-90-Revised та Young Mania Rating Scale були наступними:

- при гіпотиреозі: патоафективний (депресивні симптоми (DEP (1,5–4,0 балів) = 68 %) та фобічні феномени (PHOD (1,5–4,0 балів) = 25 %) клінічного рівня, а також дратівливість (за даними YMRS $\Sigma_{\text{сер}} = 3,2 \pm 0,16$), патоасоціативний (тяжкі форми обсессивних феноменів (О-С (1,5–4,0 балів) = 21 %) та «паранояльності» (PAR (1,5–4,0 балів) = 63 %));
- при гіпертиреозі: патоафективний (маніоформний стан гіпоманіакального рівня (за даними YMRS $\Sigma_{\text{сер(сум)}} = 18,5 \pm 0,16$) та клінічні форми тривожності (ANX (1,5–4,0 балів) = 43 %)), патоасоціативний (тяжкі форми обсессивних феноменів (О-С (1,5–4,0 балів) = 49 %)) та патоконативний (виражені прояви ворожості (HOS (1,5–4,0 балів) = 34 %) та порушень інтраперсональної чутливості (INT (1,5–4,0 балів) = 28 %));
- при гіпокортицизмі: патоафективний (тяжкі форми тривожності (ANX (1,5–4,0 балів) = 78 %), дратівливість (за даними YMRS $\Sigma_{\text{сер}} = 2,12 \pm 0,18$)) та пато-

Таблиця 1. Компаративний аналіз маніоформних проявів у структурі патоафективного компонента ПеС у Г1 та Г2 (за YMRS)

Критерій	Г1	Г2	p (χ^2)
	$\Sigma_{\text{сер}}$	$\Sigma_{\text{сер}}$	
Гіпертимія	0,41±0,11	2,31±0,14	≤0,001
Підвищення моторної активності	0,72±0,12	3,02±0,11	≤0,001
Підвищення сексуальної активності	0,46±0,14	1,16±0,12	≤0,001
Порушення сну	2,32±0,12	2,26±0,11	≥0,05
Дратівливість	3,2±0,16	3,6±0,1	≤0,05
Збільшення вербальної активності	0,57±0,12	2,53±0,11	≤0,001
Асоціативні порушення	1,42±0,12	2,71±0,14	≤0,001
Ідеаторні порушення	3,1±0,19	2,42±0,12	≤0,01
Агресивні поведінкові акти	1,1±0,12	2,16±0,16	≤0,001
Порушення зовнішності	0,7±0,11	1,3±0,12	≤0,001
Нозогнозія	0,6±0,09	2,12±0,16	≤0,001
Сумарна оцінка	9,6±0,12	18,5±0,16	≤0,001

Примітка. Статистично достовірні розбіжності між інтенсивністю порівнюваних діагностичних критеріїв виділені сірим кольором.

Таблиця 2. Компаративний аналіз маніоформних проявів у структурі патоафективного компонента ПеС у Г3 та Г4 (за YMRS)

Критерій	Г1	Г2	p (χ^2)
	$\Sigma_{\text{сер}}$	$\Sigma_{\text{сер}}$	
Гіпертимія	0,41±0,12	0,41±0,11	≥0,05
Підвищення моторної активності	0,64±0,13	2,42±0,12	≤0,001
Підвищення сексуальної активності	0,72±0,12	1,26±0,14	≤0,01
Порушення сну	1,45±0,11	2,32±0,12	≤0,001
Дратівливість	2,12±0,18	3,44±0,12	≤0,001
Збільшення вербальної активності	0,92±0,12	1,34±0,11	≤0,05
Асоціативні порушення	1,36±0,11	1,76±0,12	≤0,05
Ідеаторні порушення	1,11±0,14	2,24±0,16	≤0,001
Агресивні поведінкові акти	1,06±0,1	3,1±0,12	≤0,001
Порушення зовнішності	0,56±0,12	0,8±0,12	≥0,05
Нозогнозія	1,42±0,12	1,8±0,1	≤0,05
Сумарна оцінка	7,4±0,11	19,4±0,12	≤0,001

Примітка. Статистично достовірні розбіжності між інтенсивністю порівнюваних діагностичних критеріїв виділені сірим кольором.

Таблиця 3. Компаративний аналіз маніоформних проявів у структурі патоафективного компонента ПеС у Г1 та Г3 (за YMRS)

Критерій	Г1	Г2	p (χ^2)
	$\Sigma_{\text{сер}}$	$\Sigma_{\text{сер}}$	
Гіпертимія	0,41±0,11	0,41±0,12	≥0,05
Підвищення моторної активності	0,72±0,12	0,64±0,13	≥0,05
Підвищення сексуальної активності	0,46±0,14	0,72±0,12	≥0,05
Порушення сну	2,32±0,12	1,45±0,11	≤0,001
Дратівливість	3,2±0,16	2,12±0,18	≤0,001
Збільшення вербальної активності	0,57±0,12	0,92±0,12	≤0,05
Асоціативні порушення	1,42±0,12	1,36±0,11	≥0,05
Ідеаторні порушення	3,1±0,19	1,11±0,14	≤0,001
Агресивні поведінкові акти	1,1±0,12	1,06±0,1	≥0,05
Порушення зовнішності	0,7±0,11	0,56±0,12	≥0,05
Нозогнозія	0,6±0,09	1,42±0,12	≤0,001
Сумарна оцінка	9,6±0,12	7,4±0,11	≤0,001

Примітка. Статистично достовірні розбіжності між інтенсивністю порівнюваних діагностичних критеріїв виділені сірим кольором.

Таблиця 4. Компаративний аналіз маніоформних проявів у структурі патоафективного компонента ПеС у Г2 та Г4 (за YMRS)

Критерій	Г1	Г2	p (χ^2)
	$\Sigma_{\text{сер}}$	$\Sigma_{\text{сер}}$	
Гіпертимія	2,31±0,14	0,41±0,11	≤0,001
Підвищення моторної активності	3,02±0,11	2,42±0,12	≤0,001
Підвищення сексуальної активності	1,16±0,12	1,26±0,14	≥0,05
Порушення сну	2,26±0,11	2,32±0,12	≥0,05
Дратівливість	3,6±0,1	3,44±0,12	≥0,05
Збільшення вербальної активності	2,53±0,11	1,34±0,11	≤0,001
Асоціативні порушення	2,71±0,14	1,76±0,12	≤0,001
Ідеаторні порушення	2,42±0,12	2,24±0,16	≥0,05
Агресивні поведінкові акти	2,16±0,16	3,1±0,12	≤0,001
Порушення зовнішності	1,3±0,12	0,8±0,12	≤0,01
Нозогнозія	2,12±0,16	1,8±0,1	≥0,05
Сумарна оцінка	18,5±0,16	19,4±0,12	≤0,001

Примітка. Статистично достовірні розбіжності між інтенсивністю порівнюваних діагностичних критеріїв виділені сірим кольором.

конативний (тяжкі форми ворожості (HOS (1,5–4,0 балів) = 20 %));

- при гіперкортицизмі: патоафективний (маніоформний стан гіпоманіакального рівня (за даними YMRS $\Sigma_{\text{сер(сум)}} = 19,4 \pm 0,12$), тяжкі форми тривожності (ANX (1,5–4,0 балів) = 54 %)) та патоконативний (тяжкі форми ворожості (HOS (1,5–4,0 балів) = 84 %)).

Список використаної літератури

1. Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях / В. И. Коростий, В. Л. Гавенко, Г. А. Самардакова, А. М. Кожина. – Харьков, 2000. – 29 с.
2. Клінічні та нейропсихологічні особливості когнітивних розладів серед хворих з ендокринними захворюваннями / Г. М. Кожина, В. І. Коростий, О. Л. Товаянська [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 1 (70), додаток. – С. 44.
3. Пшук Н. Г. Психологічні особливості хворих з гіперфункцією щитовидної залози / Н. Г. Пшук // Матеріали науково-практичної конференції «Психічні і соматичні розлади психогенного походження» (XII Платонівські читання) [Харків, 29–30 жовтня 2009 р.]. – Харків: Клінічний санаторій «Курорт Березівські мінеральні води». – С. 120–121.
4. Пятницкий Н. Ю. Сравнительная характеристика психических расстройств при разных видах эндокринопатий / Н. Ю. Пятницкий // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, вып. 4. – С. 10–13.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧЕСЬКА СТРУКТУРА ПАТОАФЕКТИВНИХ ПРОЯВЛЕНЬ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗИ І КОРИ НАДПОЧЕЧНИКІВ

В. В. Ищук

Актуальность. Сведения о клинико-психопатологических и медико-психологических коррелятах эндокринной патологии являются базой для дальнейшего развития понимания о её комплексной терапии и основой привлечения психотерапевтических и психопрофилактических систем в процесс её лечения. Традиционно комплекс психопатологических нарушений, независимо от нозологической принадлежности эндокринной патологии, рассматривается в рамках единого психоэндокринного синдрома. Важной целью медицинской психологии, эндокринологии, психиатрии и психотерапии является синдромографический анализ, компаративная дескрипция и систематизация вариантов клинико-психологической аранжировки психоэндокринного синдрома при различных формах эндокринной патологии.

Цель исследования – установить медико-психологические и клинико-психопатологические особенности патоафективного компонента психоэндокринного синдрома у больных с нарушением обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников.

Материалы и методы. Контингент исследования составили 300 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, больных психоэндокринным синдромом на фоне нарушения обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников. Первую группу составили 100 больных с явлениями гипертиреоза, вторую – 100 больных с явлениями гипотиреоза, третью – 50 больных с явлениями гиперкортицизма, четвертую – 50 больных с явлениями гипокортицизма.

В ходе исследования были применены клинико-психопатологический (реализован при помощи симптоматического опросника (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, L. Derogatis et al., 1973); психодиагностический (реализован при помощи оценочной шкалы мании Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978) методы, а также методы клинической, описательной и математической статистики.

Результаты. Установлены маниформные патоафективные проявления психоэндокринного синдрома в зависимости от нозологической принадлежности эндокринной дисфункции.

Выводы. Структурные клинико-психопатологические компоненты психоэндокринного синдрома по группам были следующими: при гипотиреозе широкое распространение получили феномены патоафективного, патоассоциативного и фобического спектра, феномены раздражительности и «паранойальности»; при гипертиреозе – патоафективный, тревожный, патоассоциативный, патоконативный и феномены нарушений интраперсональной чувствительности; при гипокортицизме – патоафективный, раздражительности и патоконативный; при гиперкортицизме – патоафективный, патоконативный и значительно выраженный феномен тревожности.

Ключевые слова: психоэндокринный синдром, гипотиреоз, гипертиреоз, гипокортицизм, гиперкортицизм, кора надпочечников, щитовидная железа.

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE AND PATHOLOGICAL AFFECTIVE MANIFESTATIONS OF PSYCHOENDOCRINE SYNDROME IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY

V. V. Ischuk

Background. Information about clinical-psychopathological and medico-psychological correlates of endocrine pathology is the basis for further developing an understanding of its complex therapy and for involving psychotherapeutic, psycho-prophylactic systems in the process of its treatment. Traditionally, a complex of psychopathological disorders, regardless of the nosological affiliation of endocrine pathology, is considered within the framework of a single psychoendocrine syndrome. An important goal of medical psychology, endocrinology, psychiatry and psychotherapy is syndromographic analysis, comparative description and systematization of clinical and psychological arrangements of psychoendocrine syndrome in various forms of endocrine pathology.

Objective: to establish a medical-psychological and clinical-psychopathological features of the psychoendocrinal syndrome pathoaffective component in patients with impaired metabolism of thyroid and the adrenal cortex hormones.

Materials and methods. The study group consisted of 300 patients from the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, endocrine organs and tissues transplantation in the Ukrainian Ministry of Health, patients with psychoendocrine syndrome on the background of the exchange of thyroid and adrenal cortex hormones violation. Of these, the first group consisted of 100 patients with hyperthyroidism, the second group consisted of 100 patients with hypothyroidism, the third group included 50 patients with hypercorticoic phenomena, and the fourth group consisted of 50 patients with hypocorticism.

In the course of the study, the following methods were used: clinical-psychopathological (implemented by using the Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, L. Derogatis et al., 1973), psychodiagnostic (realized by using Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young et al., 1978), methods of clinical, descriptive and mathematical statistics.

Results. Cognitive pathoaffective manifestations of psychoendocrine syndrome are established depending on the nosological affiliation of endocrine dysfunction.

Conclusions. The following structural clinical and psychopathological components of the psychoendocrinal syndrome were identified: in hypothyroidism, the phenomena of patho-affective, patho-associative and phobic spectrum, phenomena of irritability and “paranoia” became widespread; with hyperthyroidism – patho-affective, anxious, patho-associative, pathoconative and phenomena of intrapersonal sensitivity disorders; with hypocorticism – patho-affective, irritability and pathoconative; with hypercorticism – patho-affective, pathoconative and significantly pronounced phenomenon of anxiety.

Keywords: psychoendocrine syndrome, hypothyroidism, hyperthyroidism, hypocorticism, hypercorticism, adrenal cortex, thyroid gland.

Стаття надійшла до редакції 01.02.2017 р.

ИЩУК Вадим Васильевич, к. мед. н., старший науковий співробітник Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: androman2008@gmail.com

ИЩУК Вадим Васильевич, к. мед. н., старший научный сотрудник Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей Министерства здравоохранения Украины, г. Киев, Украина; e-mail: androman2008@gmail.com

ISCHUK Vadym Vasylovych, MD, PhD, Senior Researcher of the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: androman2008@gmail.com

О. П. Романів, К. М. Погоріляк

СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК У ПАЦІЄНТІВ З БІПОЛЯРНИМ РОЗЛАДОМ ПЕРШОГО ТИПУ
У ПЕРІОД АКТИВНОГО ТА ПІДТРИМУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Ужгородський національний університет

oleks.romaniv@gmail.com

Актуальність. Біполярний розлад – значно поширене, гіподіагностоване та часто недоліковане захворювання. Обізнаність в діагностиці та коректному лікуванні біполярного розладу є особливо важливою, адже даний розлад несе виключно високий ризик тяжкого ускладнення, а саме суїцидальної поведінки.

Мета – визначити ризик здійснення суїциду у пацієнтів з біполярним розладом першого типу в період активного та підтримувального лікування.

Матеріали та методи. Пацієнти, які були включені в дослідження, перебували в період гострого порушення розладів настрою та отримували лікування фармакотерапією та психотерапією, специфічними для біполярного розладу. Дані про попередні спроби самогубства отримані ретроспективно з інтерв'ю за Колумбійською шкалою оцінки тяжкості суїциду. Дані про спроби самогубства під час дослідження систематично збирали впродовж всього періоду його тривалості.

Результати. У ході дослідження аутоагресивна активність з високим ризиком смерті була виявлена у 25 % пацієнтів (одна або декілька спроб на особу), думки про можливе самогубство без конкретних намірів та спроб – у 18,75 % пацієнтів. Ці дані дозволяють стверджувати, що в більшості випадків така поведінка є передбачуваною. Є також неодноразові свідчення, опубліковані у багатьох наукових дослідженнях, які також підтверджують, що тривале перманентне та коректне лікування біполярного розладу та адекватна психосоціальна підтримка суттєво знижують ризик виникнення та реалізації аутоагресивних тенденцій.

Висновки. Програма лікування в максимально підтримувальному клінічному середовищі може суттєво зменшити суїцидальну поведінку із високим ризиком смерті у пацієнтів з біполярним розладом першого типу.

Ключові слова:

біполярний афективний розлад, суїцид, ризик, лікування, профілактика, гоміцид.

Актуальність. Біполярний афективний розлад (БАР) – поширене психічне захворювання, яке включає гетерогенну групу розладів, представлену циклічним порушенням настрою, когнітивних функцій та поведінки. Характеризується хронічним рецидивуючим перебігом і наявністю коморбідних розладів, часто супроводжується суїцидами, зниженням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування та якості життя пацієнтів. Епідеміологію розладу було визначено в результаті досліджень, що включали 61 392 особи з країн Північної та Південної Америки, Європи, Азії. Результати показують, що прижиттєва та річна поширеність БАР I становить 0,6 і 0,4 %, БАР II – 0,4–0,3 %, підпорогового БАР – 1,4–0,8 % відповідно. Біполярний розлад є доволі поширеним захворюванням, яке досить складно діагностувати. Раніше існувала тенденція до переоцінки значення віку маніфестації БАР, тобто більшість підлітків з розладами афективної сфери розцінювали як таких, що страждають на розлади особистості, поведінки, шизофренію. Деякі пацієнти хворіють 10 або більше років, перш ніж їм встановлюють вірний діагноз. Причиною цього є по-

двійна природа розладів. В епізодах манії або гіпоманії пацієнти повні енергії і зазвичай почуваються добре, тому рідко звертаються за медичною допомогою, однак у разі виникнення депресивного епізоду звертаються частіше. У цей період пацієнти описують тільки депресивні симптоми. У 35–60 % випадків першим маніфестує депресивний епізод, пацієнти можуть мати кілька таких епізодів до першого маніакального, причому багато з них не повідомляють про пережиті епізоди манії / гіпоманії. Тому близько 73 % хворих спочатку встановлюють неправильний діагноз (зазвичай діагностують депресію).

Своєчасне діагностування та коректна терапія біполярних розладів особливо важлива. Переживання цього розладу несе виключно високий ризик тяжкого ускладнення, такого як аутоагресивна поведінка. У загальній популяції немає осіб з вищим ризиком захворюваності та смертності пов'язаної, з суїцидами, ніж у пацієнтів, які страждають від біполярного розладу. Тоді як показник поширеності спроб самогубства в загальній популяції становить від 3 до 5 % (Вайсман та ін., 1999), у осіб з уніполярними депресивними розладами – від 9 до 30 %, то

відсоток осіб з біполярними депресивними розладами, які мають у минулому одну спробу самогубства, складає до 61 % (Гудвін і Джемісон, 1990). У ході мета-аналізу 15 досліджень було виявлено поширеність суїцидальних спроб серед пацієнтів з БАР I – 36,6 %, БАР II – 32,4 % (Новік та ін., 2010). У системному огляді посиленних програм лікування БАР (STEP-BD), які включали 4 360 пацієнтів, рівень завершених суїцидів склав 0,0014 на 100 людино-років (Деннегі та ін., 2011). У масштабному когортному дослідженні було виявлено, що серед чоловіків з БАР ризик суїцидів був найвищим (7,8 %), порівняно з іншими психіатричними станами, а серед жінок цей показник займав друге місце (4,8 %), незначно поступаючи шизофренії (Нордентофт та ін., 2011).

Такі показники серйозно впливають на популяцію в цілому, а також призводять до серйозних економічних наслідків. Так, здійснення суїцидальної спроби у поточному році подвоює витрати на пацієнта, порівняно з попереднім роком. Прогресивний, епізодичний і хронічний характер біполярної депресії становить унікальну проблему і диктує потребу в постійному фокусуванні на суїцидальній поведінці, не тільки під час гострих депресивних епізодів манії, але й під час превентивного та підтримувального клінічного обслуговування у фазі ремісії.

Запобігання суїцидальній поведінці серед психіатричних пацієнтів не тільки великий виклик для психіатрів, а й один із найнадійніших індикаторів ефективності роботи психіатричної служби. Враховуючи вивченість та відомість клінічних факторів суїцидального ризику в пацієнтів з біполярними розладами (особиста та сімейна історія суїцидальної поведінки, змішані епізоди, супутні розлади осей I і II, біполярний розлад II типу, несприятливі життєві події, недостатність соціальної та медичної підтримки), у більшості випадків суїцидальна поведінка є передбачуваною. Є також свідчення того, що тривале лікування пацієнтів з біполярними розладами стабілізаторами настрою та антипсихотиками нового покоління істотно знижує ризик виникнення суїцидальних намірів, спроб та завершених суїцидів, навіть у групі населення з високим ризиком скоєння суїциду.

До факторів, які значно підвищують суїцидальний ризик у хворих як з БАР I, так і з БАР II, найчастіше відносять наступні:

- наявність суїцидальних спроб в анамнезі;
- ранній початок захворювання (до 25 років);
- актуальна депресія (особливо тривожна і затяжна) або змішаний стан;
- остання попередня фаза – тяжка депресія;
- адиктивна поведінка;
- різка відміна або перерва в терапії;
- неефективність проведеної нормотимічної або антидепресивної терапії;
- низький рівень психоосвіти;
- спосіб життя зі схильністю до ризикованої поведінки та вчинення екстремальних дій.

Рідше вказуються й інші фактори, в тому числі несподівана втрата соціальної підтримки, наявність суїцидального досвіду у родичів, застосування фізичних заходів виховання або сексуальні домагання в сім'ї, особистісна патологія, коморбідні соматичні розлади тощо. Все це важливо враховувати для своєчасного виявлення таких

хворих, вжиття належних заходів і швидкого призначення адекватної терапії.

Об'єднані дані з натуралістичних досліджень показали ефективність підтримувального медикаментозного лікування у запобіганні самогубств. Після припинення лікування ризик самогубства для людини з БАР збільшується в 16 разів. Проте деякі з досліджень вказують на значне зниження ризику суїциду тільки коли медикаментозну терапію проводили спільно з підтримувальною. Без психологічної програми лікування психофармакологія не забезпечить протекцію від самогубства. За нашими спостереженнями, на даний час майже немає даних про вплив на суїцидальну поведінку комплексних психофармакологічних та психосоціальних методик лікування, які спеціально спрямовані на терапію БАР або підпорогових цього розладу станів у гострому періоді поточного епізоду та в період ремісії. У другій половині XX століття психосоціальні методи лікування, як правило, вважали зайвими в лікуванні пацієнтів з БАР, більше того, за аналогією з чітким розумінням шкоди будь-якого психотерапевтичного втручання при психотичному рівні розладу, що часто буває як при маніакальному, так і при депресивному епізодах, такі методи вважали неприпустимими. Дослідники проаналізували ефективність цих заходів для зменшення кількості синдромальних рецидивів і для поліпшення психосоціального функціонування. Ці психосоціальні втручання можуть побічно зменшити ризик самогубства, що і зумовлює необхідність подальшого наполегливого спостереження та вивчення.

Мета дослідження – оцінити рівень ризику виникнення аутоагресивної поведінки в період загострень, представлених маніакальними, депресивними та змішаними епізодами, а також у період стабілізації стану, стійкої та нестійкої ремісії. В дослідженні проводили спостереження за пацієнтами, що приймали медикаментозну терапію згідно з стандартами лікування, а також отримували психосоціальну підтримку. В даному дослідженні не висвітлено особливостей перебігу вказаного захворювання в усіх його проявах, а зосереджено увагу саме на дослідженні аутоагресивних тенденцій. Також метою було висвітлення окремого аспекта суїцидології, а саме – феномену аутоагресивної, ризикованої поведінки з можливими смертельними наслідками в період епізоду манії.

Матеріали та методи дослідження

Дослідну групу склали 34 пацієнти, які перебували на активному та підтримувальному лікуванні з діагнозом БАР I в період з вересня 2015 р по вересень 2016 р. Критерії включення – повнолітні дієздатні пацієнти віком від 18 до 74 років з біполярним розладом I типу, діагностованим за критеріями Діагностичного і статистичного посібника з психічних захворювань, четверта редакція, перероблена [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, Text Revision, DSM-IV-TR] і підтверджений оцінкою за Коротким міжнародним нейропсихіатричним опитувальником [Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI], які отримували терапію БАР згідно з діючими протоколами лікування. Також для підтвердження діагнозу та моніторингу за станом пацієнта впродовж всього дослідження проводили оцінку пацієнтів за шкалами:

- Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety;
- MADRS Structured Interview;
- Columbia Suicide Severity Rating Scale;
- Young Mania Rating Scale.

Критеріями виключення були діагноз шизофренії, антисоціальний розлад особистості, поточне зловживання алкоголем або наркотиками і вагітність. Усі опитані були обстежені та консультовані психіатром.

Суб'єкти отримували терапію БАР I згідно зі стандартними протоколами лікування, тобто поєднання психофармакотерапії і психосоціальної інтервенції. Фармакотерапія полягала в поєднанні атипичних антипсихотиків останньої генерації зі стабілізаторами настрою. Кінцевою метою алгоритму психофармакологічного лікування було виведення максимальної кількості пацієнтів у фазу підтримувального лікування та спостереження за суїцидальними тенденціями в цій фазі, порівняння з такими в період до проведення дослідження, а також в період активного лікування гострої фази. Крім медикаментозної терапії були задіяні неспецифічні психосоціальні заходи підтримки, а саме: елементи когнітивно-поведінкової терапії, психоосвітня робота з пацієнтом та його сім'єю. Суб'єкти спостерігались від двох–чотирьох тижнів у стаціонарі психіатричного відділення під час гострої фази; два рази на тиждень до стабілізації стану; один раз на місяць у період стабільного стану (ремісії) для проведення перманентного підтримувального лікування.

Результати та їх обговорення

У дослідженні брали участь 34 особи з біполярним розладом в маніакальному, депресивному, змішаному епізодах, а також у період ремісії. 2 пацієнти за власним бажанням припинили участь у дослідженні. Середній вік обстежених становив 31,5 років; 62,5 % пацієнтів були одружені; 68,25 % – чоловіки, 31,25 % – жінки. Під час гострої фази лікування пацієнти були переважно в епізоді депресії – 56,25 %, манії – 31,25 % і – змішаному, або БАР I типу з швидкою циклічністю – 12,50 % епізодів.

Період для розрахунку – починаючи з дати маніфестації захворювання до часу, коли пацієнти стали учасниками дослідження. Отже, за цей період відбулося 19 спроб з високим ризиком смерті у 14 суб'єктів (43,75 %), а також у 12 пацієнтів (37,5 %) спостерігали аутоагресивні тенденції без конкретних намірів та спроб. З цих 19 спроб дві відбулися в осіб, які на час здійснення спроби приймали тимолептики, дві – в осіб, які приймали антидепресанти, одна – в особи, яка приймала нейролептики і 14 – в осіб, які не приймали жодних препаратів для лікування розладів настрою у момент спроби. Жоден з пацієнтів, які здійснили спробу самогубства або проявляли іншу аутоагресивну активність, не отримували постійно повноцінного лікування.

Під час дослідження було встановлено аутоагресивну активність з високим ризиком смерті в 25 % пацієнтів (одна або декілька спроб в одній особі), а також були виявлені думки про можливе припинення життя без конкретних намірів та спроб у 18,75 % пацієнтів.

Одна особа піддалась високому ризику смерті через аутоагресію під час підтримувальної терапії в період ремісії, а саме через місяць стабільного стану після перенесеного маніакального епізоду, 7 пацієнтів – під час

гострої фази лікування, з них 4 – в епізоді депресії, 1 – в змішаному епізоді, 2 – в епізоді манії. Особливо слід зазначити, що аутоагресивна активність з високим ризиком смерті реалізувалась під час манії через непрямі спроби, а саме шляхом провокування гоміциду.

Аутоагресивні тенденції без конкретних намірів та спроб розподілились таким чином: 1 спроба в епізоді депресії, 1 спроба в особи з швидкою циклічністю епізодів, 4 спроби в осіб в період манії, серед них одна спроба демонстративно-шантажного типу, 3 інші – шляхом аутоагресивної, ризикованої поведінки, а також провокації до гоміциду. В трьох осіб суїцидальні думки виникали під час гострої фази захворювання, в трьох інших – в період підтримувального лікування, під час перебування в ремісії. (рис. 1)

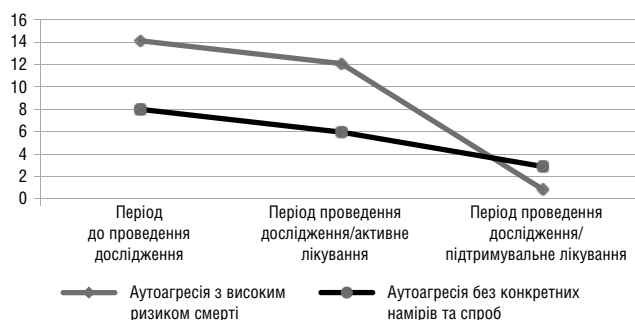


Рис. 1. Аутоагресивні тенденції у осіб з біполярним афективним розладом протягом життя

Спроба точно вивчити вплив активного та підтримувального лікування у пацієнтів з БАР I типу у проведенні нами дослідженні обмежена кількома способами. По-перше, ми визнаємо, що критерії включення і виключення з дослідження можуть мати зміщення у відборі на користь пацієнтів з вищим соціальним статусом, рівнем освіти та рівнем психосоціальної підтримки оточуючими особами, що, звичайно знижує ризик виникнення аутоагресивної поведінки в усіх її проявах. По-друге, сам факт проведення клінічного дослідження, його процедури, етапи, мета є для пацієнта психологічним фактором, що сприяє зниженню суїцидальної налаштованості. Учасниками дослідження стали особи з БАР I типу, різного віку, з різною тяжкістю та циклічністю перебігу захворювання та різним досвідом лікування чи його відсутністю, але для більш показової результативності роботи ми відібрали осіб, у яких в анамнезі були думки, наміри та спроби суїцидального характеру. Тому кількість спроб самогубства до початку дослідження не представляє рівень суїцидальних тенденцій у загальній популяції. В дослідженні показана саме динаміка таких тенденцій у схильних до аутоагресивної активності осіб під впливом проведеного нами перманентного активного та підтримувального лікування в поєднанні з психосоціальними інтервенціями.

Ми простежили послідовне зниження рівня аутоагресивних тенденцій у період проведення дослідження у пацієнтів з БАР I типу, пов'язане з поєднанням фармакотерапії і добре структурованого психосоціального підходу, розробленого спеціально для людей з біполярним розладом. Це зниження є більш вираженим під час підтримувального лікування, ніж під час активного лікування в період гострої фази, що є доказом важливості

інтенсивного клінічного ведення пацієнта, яке включає і фармакотерапію, психосоціальні інтервенції.

Дизайн дослідження є унікальним в тому, що пацієнтів обстежували мінімум раз на місяць. Здійснювали контроль за дотриманням лікування, тобто простежували випадки, якщо пацієнт пропускав виконання призначень або відмовлявся від них зовсім. Також відстежували рівень психосоціальної підтримки, що представлений психоосвітою пацієнта, його сім'ї та проведених психотерапевтичних інтервенцій. Важливу роль зіграла можливість екстреного звернення до співробітників клініки в разі такої необхідності.

Підсумувавши, ми можемо запропонувати так звану «мережу безпеки», яка включає такі ланки, як параметри дослідження, які нами були використані в даному клінічному дослідженні, а саме:

Першу лінію оборони забезпечує структурований клінічний підхід до спостереження за такими пацієнтами «згідно з календарем». Для пацієнтів у депресії, при змішаних станах та у фазі ремісії необхідність відвідати клініку для проведення консультації, певних процедур є стимулом до соціальної активності та необхідним для них обмеженням для рефлексії. Для осіб у маніакальному і, здебільшого, гіпоманіакальному стані такі обставини є важливим стимулом до певного обмеження в ризикованій для життя поведінці, а також необхідний їм тонус в критичній оцінці власних дій, стану та наявності в них проблем психічного здоров'я. На цьому рівні не можна недооцінювати важливість високого рівня комплаєнтних стосунків лікаря з пацієнтом.

Друга лінія оборони нерозривно пов'язана з першою і представлена якісною психофармакологічною та психосоціальною інтервенцією, включеною в вищеописаний структурований клінічний підхід до спостереження за пацієнтом.

Третя лінія оборони – наявність спеціалізованої аварійної служби для екстреної психолого-психіатричної, соціальної, сервісної та реанімаційної допомоги, що буде мати серйозну роль у профілактиці самогубств.

Висновки

Високий рівень аутоагресивних тенденцій, який не може залишитись поза увагою, представлений суїцидальною, ризикованою поведінкою, провокаціями до гоміциду серед пацієнтів в епізодах манії, гіпоманіакальних станах, а також наявних коморбідних розладів особи та поведінки.

Лікування пацієнтів з БАР I типу та зниження суїцидального ризику у таких хворих максимально результативне в сприятливій, професійно структурованій системі терапевтичного середовища. Створення такого середовища може базуватись на етапах та процедурах, що використовувались нами в проведеному клінічному дослідженні.

Список використаної літератури

1. Psychosocial treatment for bipolar disorder / W. E. Craighead, D. J. Miklowitz, F. C. Vajk [et al.] // A Guide to Treatments That Work; Eds. P. E. Nathan and J. M. Gorman. – 2002. – New York: Oxford University Press. – Vol. 2. – P. 263–275.
2. Джекобсон Д. Л. Секреты психиатрии / Д. Л. Джекобсон, А. М. Джекобсон; пер. с англ.; под общ. ред. акад. РАМН П. И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 2-е изд. – 576 с.
3. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder / E. Frank, H. A. Swartz, D. J. Kupfer // Biol. Psychiatry. – 2000. – Vol. 48, issue 6. – P. 593–604.

4. Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy / P. Rucci, E. Frank, B. Kostelnik [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159, issue 7. – P. 1160–1164. DOI:10.1176/appi.ajp.159.7.1160.
5. The Increasing Frequency of Mania and Bipolar Disorder. Causes and Potential Negative Impacts / S. H. Yutzy, C. R. Woofter, C. C. Abbott [et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 2012. – Vol. 200, issue 5. – P. 380–387. DOI:10.1097/NMD.0b013e3182531f17.
6. Jamison K. Suicide and bipolar disorder / K. Jamison // J. Clin. Psychiatry. – 2000. – Vol. 61, suppl. 9. – P. 47–51.
7. Романів О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. П. Романів, О. О. Хаустова // Ліки України. – 2013. – № 1 (167). – С. 89–94.
8. Хаустова Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романів // Нейро News. – 2012. – № 1 (36). – С. 38–42.
9. Лайнен М. М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства / М. М. Лайнен. – М.: Издательский дом «Вильямс». – 2008. – 592 с.
10. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
11. Oquendo M. A. Identifying and managing suicide risk in bipolar patients / M. A. Oquendo, J. J. Mann // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – Vol. 62, suppl. 25. – P. 31–34.
12. Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders / Z. Rihmer // Clinical Neuropsychiatry. – 2005. – Vol. 2. – P. 48–54.
13. Романів О. П. Модель корекції саморуйнівної поведінки на основі вивчення схильності до аутоагресії / О. П. Романів // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 3 (78). – С. 84–88.
14. Романів О. П. Особливості аутоагресії у пацієнтів з інфарктом міокарду та осіб з незавершеним суїцидом // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 17, № 2 (63). – С. 68.
15. Шацберг А. Ф. Руководство по клинической психофармакологии / А. Ф. Шацберг, Д. О. Коул, Ч. ДеБаттиста. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 608 с.
16. Tondo L. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis / L. Tondo, J. Hennen, R. J. Baldessarini // Acta Psychiatr. Scand. – 2001. – Vol. 104, issue 3. – P. 163–172.
17. European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication (EMBLEM) study: Pan-European baseline results of a two year European, observational health outcomes study in bipolar disorder / C. Touloumis, V. Drossinos, M. Kyranas, D. Massaras // Annals of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 5, suppl. 1. – P. S197. DOI:10.1186/1744-859X-5-S1-S197.
18. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.

References

1. Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Vajk, F. C., & Frank, E. (2002). Psychosocial treatments for bipolar disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (2nd ed.) (pp. 263–275). New York: Oxford University Press.
2. Jacobson, J. L., & Jacobson, A. M. (2007). *Sekrety psikiatrii* [Psychiatric secrets] (2nd ed.). (P. I. Sidorov (Ed.), Trans.). Moscow: "MEDpress inform" Publ., 576 p. (In Russian).
3. Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, vol. 48, issue 6 pp. 593–604.
4. Rucci, P., Frank, E., Kostelnik, B., Fagiolini, A., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., ... Kupfer, D. J. (2002). Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, vol. 159, issue 7, pp. 1160–1164. DOI:10.1176/appi.ajp.159.7.1160.
5. Yutzy, S. H., Woofter, C. R., Abbott, C. C., Melhem, I. M., Parish, B. S. (2012). The Increasing Frequency of Mania and Bipolar Disorder. Causes and Potential Negative Impacts. *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 200, issue 5, pp. 380–387. DOI:10.1097/NMD.0b013e3182531f17.
6. Jamison, K. (2000). Suicide and bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 61, suppl. 9, pp. 47–51.
7. Романів, О. П., & Хаустова, О. О. (2013). Суїцид: сучасні підходи до профілактики [Suicide: Modern Approaches to Prevention]. *Ліки України – Medication of Ukraine*, no. 1 (167), pp. 89–94. (In Ukrainian).
8. Хаустова, О. О., Безшейко, В. Г., & Романів, О. П. (2012). Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии [Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression]. *NeuroNews – NeuroNews*, no. 1 (36), pp. 38–42. (In Russian).
9. Linehan, M. M. (2008). *Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства* [Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder]. (Trans.). Moscow: Williams Publ., 592 p. (In Russian).
10. Mosolov, S. M. (2008). *Биполярное аффективное расстройство: диагностика и лечение* [Bipolar affective disorder: diagnosis and treatment]. Moscow: «MEDpress inform» Publ., 384 p. (In Russian).
11. Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2001). Identifying and managing suicide risk in bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 62, suppl. 25, pp. 31–34.
12. Rihmer, Z. (2005). Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, vol. 2 pp. 48–54.

13. Romaniv, O. P. (2014). Model korektsii samoruivnoi povedinky na osnovi vvychnennia skhylnosti do autoahresii [Correction model of self-destructive behavior by studying the tendency to self-aggression]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 20, no. 3 (78), pp. 84-88. (In Ukrainian).
14. Romaniv, O. P. (2013). Osoblyvosti autoahresii u patsientiv z infarktom miokardu ta osib z nezavershenym suitsydom [Features of autoaggression in patients with myocardial infarction and persons with incomplete suicide]. *Tavrisheskij zhurnal psykhiatrii – Taurian Journal of Psychiatry*, vol. 17, issue 2 (63), pp. 68. (In Ukrainian).
15. Schatzberg, A. F., Cole, J. O., & DeBattista, C. (2014). *Rukovodstvo po klinicheskoi psikhofarmakologii* [Manual of Clinical Psychopharmacology]. (Trans.). Moscow: «MEDpress inform» Publ., 608 p. (In Russian).
16. Tondo, L., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2001). Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 104, issue 3, pp. 163-172.
17. Touloumis, C., Drossinos, V., Kyra, M., & Massaras, D. (2006). European mania in bipolar longitudinal evaluation of medication (EMBLEM) study: Pan-European baseline results of a two year European, observational health outcomes study in bipolar disorder. *Annals of General Psychiatry*, vol. 5, suppl. 1, pp. S197. DOI:10.1186/1744-859X-5-S1-S197.
18. Yurieva, L. M. (2006). *Klinicheskaja suidologija* [Clinical Suicidology]. Dnipropetrovsk: Porohy, 472 p.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПЕРВОГО ТИПА В ПЕРИОД АКТИВНОГО И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ

А. П. Романив, К. М. Погоріляк

Актуальность. Биполярное расстройство – широко распространенное, гиподиагностированное и часто недополеченное заболевание. Информированность в диагностике и корректном лечении биполярного расстройства особенно важна, поскольку без таковой данное расстройство имеет исключительно высокий риск тяжелого осложнения, а именно суицидального поведения.

Цель – определить риск совершения суицида у пациентов с биполярным расстройством первого типа в период активного и поддерживающего лечения.

Материалы и методы. Пациенты, включенные в исследование, находились в обострении нарушения настроения, лечились фармакотерапией и психотерапией, специфическими для биполярного расстройства. Данные о предыдущих попытках суицида были получены ретроспективно из интервью по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида. Данные о попытках самоубийства во время клинического испытания были систематически собраны на протяжении всего протокола.

Результаты. Во время исследования аутоагрессивная активность с высоким риском смерти была обнаружена у 25 % пациентов (одна или несколько попыток на человека) и мысли о возможном самоубийстве без особых намерений и попыток у 18,75 % пациентов. Учитывая выявленное наблюдение суицидального риска, в большинстве случаев такое поведение является предсказуемым. Есть также неоднократные свидетельства, опубликованные во многих научных исследованиях, которые также подтверждают, что длительное, перманентное и корректное лечение биполярного расстройства и адекватная психосоциальная поддержка существенно снижают риск возникновения и реализации аутоагрессивных тенденций.

Выводы. Программа лечения в максимально благоприятной клинической среде может значительно снизить суицидальное поведение высокого риска смерти у пациентов с биполярным расстройством первого типа.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, суицид, риск, лечение, профилактика, гомицид.

SUICIDAL RISK IN PATIENTS WITH BIPOLAR I DISORDER DURING THE PERIOD OF ACTIVE AND MAINTAINANCE TREATMENT

O. P. Romaniv, K. M. Pohoriliak

Background. Bipolar disorder is a widespread, undiagnosed and often untreated disease. Awareness in diagnosis and correct treatment of bipolar disorder is particularly important, as without it, experience of this disorder has an extremely high risk of severe complications such as suicidal behavior.

Objective – to determine the risk of suicide in patients with bipolar disorder type I during the period of active and maintenance treatment.

Materials and methods. Patients entered the study during an acute mood episode and were treated with pharmacotherapy and with psychotherapy specific to bipolar disorder. Data on prior suicide attempts were obtained retrospectively from interviews with the Columbia Suicide Severity Rating Scale. Data on suicide attempts during the clinical trial were collected systematically throughout the protocol.

Results. During the study, an auto-aggressive activity with a high risk of death was detected in 25 % of patients (one or more attempts per person) and thoughts about a possible suicide without specific intentions and attempts in 18.75 % of patients. Considering the clinical suicide risk observation, in most cases this behavior is predictable. There are also numerous proofs of many scientific studies that long-term, permanent and correct treatment of bipolar disorder and adequate psychosocial support significantly reduces the risk of the emergence and implementation of auto aggressive tendencies.

Conclusions. A treatment program in a maximally supportive clinical environment can significantly reduce suicidal behavior in high-risk patients with bipolar I disorder.

Keywords: bipolar disorder, suicide, risk, treatment, prophylaxis, homicide.

Стаття надійшла до редакції 10.05.2017 р.

РОМАНИВ Олександр Петрович, к. мед. н., завідувач психіатричним відділенням Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор МЦ «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, м. Ужгород, Україна; e-mail: oleks.romaniv@gmail.com

ПОГОРІЛЯК Катерина Миколаївна, лікар-психіатр МЦ «Нейромед», клінічний ординатор кафедри пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, м. Ужгород, Україна; e-mail: pohokate@gmail.com

РОМАНИВ Олександр Петрович, к. мед. н., заведуючий психіатричним відділенням Закарпатського обласного наркологічного диспансеру, директор МЦ «Нейромед», асистент кафедри пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії факультету післядипломного образования и доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, г. Ужгород, Україна; e-mail: oleks.romaniv@gmail.com

ПОГОРІЛЯК Катерина Миколаївна, лікар-психіатр МЦ «Нейромед», клінічний ординатор кафедри пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії факультету післядипломного образования и доуніверситетської підготовки Ужгородського національного університету, г. Ужгород, Україна; e-mail: pohokate@gmail.com

ROMANIV Olexandr Petrovych, MD, PhD, Head of the Psychiatric Department of the Transcarpathian Regional Narcological Dispensary, director of the MC «Neyromed», assistant of the department of pulmonology, phthisiology, physiotherapy of the Faculty of Postgraduate Education and pre-university Preparation of Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: oleks.romaniv@gmail.com

POHORILIAK Kateryna Mykolaivna, Physician psychiatrist of the MC «Neyromed», clinical resident of the department of pulmonology, phthisiology, physiotherapy of the Faculty of Postgraduate Education and pre-university Preparation of Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine; e-mail: pohokate@gmail.com

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.711-007.55-053.6-085.851

С. І. Коломієць

ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

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

solyah@yahoo.com

Актуальність. Зростання поширеності сколіозу серед підлітків, необхідність вивчення особливостей формування внутрішньої картини хвороби, її передумов та впливу на процес допомоги пацієнтам зі сколіозом, відсутність обґрунтованого, індивідуально-диференційованого підходу до клініко-функціональної оцінки та психосоціальної допомоги хворим цієї категорії обумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета – вивчення дезадаптивних особистісних характеристик осіб підліткового віку зі сколіотичною хворобою.

Матеріали та методи. За критеріями включення-виключення до дослідження було відібрано 169 підлітків, юнаків та дівчат, віком 14–16 років, які мали діагноз «сколіоз» (M41 за МКХ-10). Сформовано дві основні групи відповідно до ступеня тяжкості ортопедичних порушень при сколіозі: до Г1 увійшли 96 осіб з I та II ступенями сколіозу (47 дівчат та 49 юнаків), до Г2 – 73 особи з III та IV ступенями сколіозу (38 дівчат та 35 юнаків). Методи дослідження: теоретичний, соціально-демографічний, клініко-психологічний метод, психодіагностичний, статистичний.

Результати. Дана стаття висвітлює результати дослідження за тестом Р. Б. Кеттелла, який дозволяє визначити дезадаптивні особистісні риси та їх співвідношення, які є характерними для даного контингенту пацієнтів. Виявлено високі бали в усіх досліджених групах за факторами «О» та «Q4» (що, відповідно, є основою виникнення невротичності та нервового напруження). В досліджених групах спостерігали низькі показники за факторами «В», «G» та «Q3» та середні значення факторів «А» і «Н». Для підлітків групи Г1 притаманним було поєднання середніх значень за факторами «С» і «І». Низькі значення за фактором «С» у поєднанні з високими значеннями за фактором «І», були притаманні підліткам групи Г2. Низькі значення факторів «Н» і «F» зустрічалися в групі Г2.

Висновки. Визначено особистісні характеристики та їх сполучення у підлітків зі сколіозом, що негативно впливають на адаптацію та соціалізацію пацієнтів. Особистісні характеристики розглянуто як частину внутрішньої картини хвороби досліджених, а також як одну з груп чинників, які можуть позитивно або негативно впливати на її формування.

Ключові слова:
сколіоз, підлітки,
особистісні риси,
тест Р. Б. Кеттелла.

Актуальність. Надання допомоги особам зі сколіотичною хворобою – це складна, багатопланова медико-соціальна проблема, яка потребує комплексного вирішення. Поряд з труднощами вирішення питань ортопедичного характеру, важливим залишається психосоціальний аспект, зокрема вивчення особливостей формування внутрішньої картини хвороби (ВКХ), її передумов та впливу на процес допомоги пацієнтам зі сколіозом. Відомо, що зміст внутрішньої картини хвороби відображається на психічному стані і впливає на подальший розвиток, суттєво ускладнюючи та порушуючи соціальне функціонування та якість життя даного контингенту хворих. З іншого боку, наявність

негармонійного типу внутрішньої картини хвороби негативно впливає на процес лікування та реабілітації осіб зі сколіозом.

Актуальність проблеми надання комплексної допомоги підліткам зі сколіозом визначається не тільки зростаючою кількістю пацієнтів даної вікової категорії з вищезазначеною патологією, а й відсутністю обґрунтованого, індивідуально-диференційованого підходу до клініко-функціональної оцінки та психосоціальної допомоги хворим цієї категорії [3].

Вивчення характерних дезадаптивних медико-психологічних особливостей підлітків, хворих на сколіоз, є важливою передумовою розробки індивідуальної комп-

лексної програми психосоціальної допомоги підліткам для досягнення максимально ефективного результату лікування, зниження рівня інвалідності, успішної інтеграції дитини в соціальному просторі.

Мета – вивчення дезадаптивних особистісних характеристик осіб підліткового віку зі сколіотичною хворобою.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 184 підлітки віком 14–16 років з діагностованим сколіозом різного ступеня. За критеріями включення-виключення до подальшого дослідження було відібрано 169 осіб обох статей; серед обстежених було 85 дівчат та 84 юнаки, що склало 50,30 % та 49,70 % відповідно.

У дослідженні взяли участь лише ті підлітки, які дали інформовану згоду та відповідали нижченаведеним критеріям включення:

- мали здатність усвідомити дані, наведені в інформованій згоді для участі у дослідженні, а також розуміли інструкції, наведені у психологічних тестових методиках та дали згоду на участь у дослідженні;
- батьки яких власноруч підписали інформовану згоду на участь у дослідженні;
- мали встановлений діагноз «сколіоз» (M41 за МКХ-10);
- входили до вікової групи 14–16 років (для досягнення однорідності в групах дослідження).

Критеріями виключення з дослідження були наступні:

- наявність у пацієнта іншого вираженого соматичного або психіатричного діагнозу в стадії загострення;
- наявність у пацієнта будь-якого іншого хронічного соматичного або психічного розладу в анамнезі;
- невідповідність пацієнта віковому критерію дослідження;
- відсутність згоди на участь у дослідженні;
- батьки пацієнтів не підписали згоду на участь у дослідженні.

Ступінь сколіозу визначав рентгенолог за рентгенограмами на підставі вимірювання кутів сколіозу за В. Д. Чакліним: I ступінь – 1–10 градусів, II ступінь – 11–25 градусів, III ступінь – 26–50 градусів, IV ступінь – більше 50 градусів.

З досліджених дівчат I ступінь сколіозу мали 25 осіб; II ступінь – 22 особи; III ступінь – 20 осіб; IV ступінь – 18 осіб. Серед досліджених юнаків I ступінь сколіозу мали 26 осіб; II ступінь – 23 особи; III ступінь – 19 осіб; IV ступінь – 16 осіб.

Для збереження однорідності груп дослідження, його логіки, спираючись на клінічну симптоматику та соматопсихологічні особливості, та для уникнення великої численності груп ми сформували дві основні групи відповідно до ступеня тяжкості ортопедичних порушень при сколіозі: до Г1 увійшли 96 осіб з I та II ступенями сколіозу (з них 47 дівчат (Г1 (д)) та 49 юнаків (Г1 (ю))), до Г2 – 73 особи з III та IV ступенями сколіозу (з них 38 дівчат (Г2 (д)) та 35 юнаків (Г2 (ю))).

У процесі дослідження використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психологічний (спостереження,

структуроване інтерв'ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний [2].

Теоретичний метод полягав у теоретико-методологічному аналізі та систематизації наявних сучасних літературних джерел з проблеми особливостей формування ВКХ у підлітків зі сколіозом та шляхів надання допомоги даній категорії пацієнтів.

Соціально-демографічний метод включав напівструктуроване інтерв'ю, яке дало змогу отримати необхідні соціально-демографічні дані, а саме віковий склад, стать досліджених, місце навчання, дані щодо рівня шкільної успішності, рівень достатку в родині, наявність статусу інваліда.

Клініко-психологічний метод включав спостереження та напівструктуроване інтерв'ю, що надало змогу отримати дані про особливості перебігу сколіотичної хвороби, ступінь захворювання, а також особливості впливу хвороби на якість життя пацієнта (на власну думку підлітків).

Психодіагностичний метод був реалізований з метою експериментального визначення індивідуально-психологічних та психосоціальних характеристик підлітків, а також особливостей формування ВКХ, та включав нижчеперераховані експериментально-психологічні методики.

Тест Р. Б. Кеттелла (14PF/HSPQ) використовували для вивчення особистісних характеристик та їх співвідношення, що дозволяє з'ясувати особливості характеру, схильностей та інтересів особистості. Опитувальник Р. Б. Кеттелла – одна з найвідоміших багатофакторних методик, створена в рамках об'єктивного експериментального підходу до дослідження особистості підлітків віком 12–16 років. Згідно з теорією особистісних рис Р. Б. Кеттелла, особистість описується як така, що складається зі стабільних, стійких взаємопов'язаних елементів (властивостей, рис особистості), що визначають її внутрішню сутність і поведінку. Відмінності в поведінці людей пояснюються відмінностями у виразності особистісних рис. Тест Р. Б. Кеттелла містить 142 питання, на які обстежуваним підліткам було запропоновано відповісти [6].

Для статистичного аналізу було застосовано пакет Statistica for Windows 5.0 (StatSoft, USA, 1998). Для оцінки зв'язку психологічних характеристик з ступенем сколіозу застосовували критерій рангової кореляції Кендала (в силу рангового характеру ступенів сколіозу і тривожності, для парного порівняння груп – непараметричний критерій Манна-Уїтні) [5]. У такому разі параметричні ряди подавали як M+s.

Результати та їх обговорення

У наш час неабиякого значення для практичної діяльності лікаря набувають знання про патогенні впливи хвороби на психіку пацієнта будь-якого віку, про порушення психічної діяльності людини за умов існуючого захворювання [4].

Оцінюючи суб'єктивну складову захворювання у дітей завжди слід зважати на вік дитини, відповідність між психічним розвитком та паспортним віком. Тривалі та хронічні захворювання у дітей нерідко спричиняють затримку фізичного та психічного розвитку.

Незважаючи на всю різноманітність уроджених і набутих у ранньому віці захворювань і ушкоджень опо-

рно-рухового апарату, у більшості таких хворих спостерігаються подібні проблеми. Провідним у клінічній картині є руховий дефект (затримка формування, порушення або втрата рухових функцій). У підлітків з порушеннями опорно-рухового апарату відзначаються порушення особистісного розвитку. Порушення формування особистості пов'язані з дією багатьох факторів (біологічних, психологічних, соціальних). Крім реакції на усвідомлення власної неповноцінності мають місце соціальна депривація і неправильне виховання [8].

З метою визначення особистісних характеристик обстежених підлітків ми використали відомий опитувальник Р. Б. Кеттелла (14PF/HSPQ), який дозволяє визначити особистісні характеристики та трактувати їх співвідношення. Дані, отримані в результаті дослідження, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл за шкалами особистісного опитувальника Кеттелла (середній бал)

Фактори	Г1(д) n=47	Г1(ю) n=49	Г2(д) n=38	Г2(ю) n=35
A	5,9	6,8	4,1	5,4
B	2,3	2,0	2,6	2,2
C	4,9	5,6	2,8	2,7
D	5,1	5,2	7,3	7,5
E	5,4	6,1	6,3	6,9
F	2,1	2,4	2,5	2,8
G	2,0	1,9	2,2	2,6
H	6,2	6,7	2,7	3,0
I	5,3	5,8	7,9	8,4
O	8,0	8,4	8,7	9,1
Q3	2,2	2,5	2,7	2,9
Q4	8,6	8,1	8,7	9,0

Загалом у групах обстежених підлітків спостерігалися подібні тенденції щодо розподілу виразності факторів опитувальника. Достовірна різниця між групами Г1 (д/ю) та Г2 (д/ю) виявлена лише за факторами «С», «Н» та «І» ($p \leq 0,05$).

В групах Г1 (д) та Г1 (ю) виявлені середні значення за фактором «С», які відображали середній рівень впевненості в собі, не завжди готовність до успішного виконання шкільних вимог. Низькі значення за фактором характеризували досліджених Г2 (д) та Г2 (ю) та проявлялись у гострому реагуванні на невдачі, оцінку себе як менш здібних, порівняно з однолітками, нестійкості настрою, поганому контролю власних емоцій, труднощам у пристосуванні до нових умов.

Фактор «Н» відображає особливості взаємин підлітка з дорослими (батьками і вчителями). Середні значення за цим фактором характеризували підлітків Г1 (д) та Г1 (ю), які були дещо стриманими у спілкуванні, проте досить легко вступали в контакт з дорослими. Підлітки з низькими значеннями за цим фактором в основному входили до складу Г2 (д) та Г2 (ю), їм були притаманні сором'язливість і боязкість у контактах з дорослими [1].

За фактором «І» підлітки груп Г1 (д/ю) мали середні значення, а досліджені Г2 (д/ю) – високі. Це вказує на загальний позитивний полюс, що відображає емоційну

сенситивність, багату уяву, естетичні нахили, «жіночну» м'якість і залежність, при цьому в групах Г2 (д/ю) ця тенденція була більш виразною. Підлітки з високою оцінкою за цим фактором були м'якими, сентиментальними, довірливими, значною мірою схильними до впливів зовнішнього середовища, потребували підтримки. Високі бали в усіх досліджених групах виявлено за факторами «О» та «Q4».

Підлітки, які мали високу оцінку за фактором «О», були сповнені передчуття невдач, легко виводились з душевної рівноваги, часто мали знижений настрій. Ця властивість особистості є основою виникнення невротичності. Високий бал, залежно від ситуації, може бути показником тривоги або депресії [7].

Особи з високим значенням за фактором «Q4» відрізнялися надлишком спонукань, які не знаходили практичної розрядки в процесі діяльності. У поведінці таких підлітків переважало нервово напруження.

Середні оцінки були отримані дослідженими підлітками за факторами «А», «D», «F» та «E». Середній бал за фактором «А» характеризував підлітка як дещо стриманого в емоційних проявах, проте загалом позитивно емоційно налаштованого; такі підлітки добре соціально пристосовані.

Особи з середньою оцінкою за фактором «D» виявляли помірну збудливість у відповідь на провокуючі стимули. Іноді відзначалися моторне занепокоєння, відволікання, недостатня концентрація уваги.

Підлітки, що мали високу оцінку за фактором «F», відрізнялися помірною енергійністю, активністю, іноді відсутністю страху в ситуації підвищеного ризику; вони були схильними до переоцінки власних можливостей і оптимізму.

Середні оцінки за фактором «E» реєстрували у тих підлітків, які мали схильність до самоствердження, протиставлення себе як дітям, так і дорослим, і вирізнялися прагненням до лідерства і домінування. Іноді прояв цього фактора виражався у вигляді «балакучості».

За іншими факторами опитувальника в усіх групах було визначено низькі значення. Підлітки з низькими оцінками за фактором «B» виконували запропоновані завдання, використовуючи лише конкретно-ситуаційні ознаки, примітивно підходили до вирішення власних проблем. У цих дітей часто відзначалися погана увага, стомлюваність. Низькі показники за фактором «G» свідчили про готовність підлітків нехтувати своїми обов'язками, часті конфлікти з батьками і вчителями. У таких осіб часто відзначалися мінливість, незібраність, відсутність стійкої мотивації. Низькі показники, отримані дослідженими за фактором «Q3», свідчили про не вміння контролювати власну поведінку по відношенню до соціальних нормативів, погану організованість.

Надалі розглядали характерні для дослідженої вибірки поєднання основних факторів.

Поєднання факторів «А» і «Н» відображало потребу особистості в спілкуванні, вміння спілкуватися. Середні значення факторів «А» і «Н» характеризували підлітків як осіб, які не уникають взаємин з людьми, але їхня власна активність у встановленні і збереженні контактів є невисокою. Ініціатором спілкування такі досліджені ставали в тому випадку, якщо зачіпалися їх інтереси або

проблема вирішувалася лише за допомогою спілкування. Характерною була вибірковість у спілкуванні, невелике коло друзів і знайомих. Спілкування з великою аудиторією або авторитетними людьми вимагало подолання значного напруження.

Поєднання факторів «С» і «І» характеризує чутливість особистості до емоційних впливів. Для підлітків груп Г1 (д/ю) характерним було поєднання середніх значень за факторами «С» і «І», які характеризували таких осіб, як тих, що зберігали емоційну рівновагу переважно в звичній для себе обстановці. З несподіваною появою додаткових труднощів виникало короточасне відчуття тривоги і безпорадності. Сильні емоційні реакції у таких підлітків можливі у ситуаціях, які глибоко зачіпають актуальні потреби.

Низькі значення за фактором «С» у поєднанні зі високими значеннями за фактором «І», притаманні підліткам груп Г2 (д/ю), означали, що такі особи сприймали те, що відбувається навколо них, переважно емоційно. Емоційна чутливість була високою, емоції виникали швидко, з будь-якого, навіть незначного приводу. Спектр емоційних переживань був різноманітний: від захопленості, задоволення, до страху, тривоги і депресії. Емоції перетворювалися в основний регулятор поведінки і взаємин з людьми.

Поєднання факторів «Н» і «Ф» відображає схильність до ризикованої поведінки. Низькі значення факторів «Н» і «Ф» зустрічалися в групах Г2 (д/ю) та характеризувалися схильністю драматизувати події, ускладнювати те, що відбувається. Настрій часто був зниженим, життєва перспектива сприймалася переважно негативно, впевненість у собі була досить слабко вираженою, переважала орієнтація на уникнення невдачі. Ризик лякав таких особистостей, вони прагнули уникати ситуацій, пов'язаних з ризиком.

Поєднання факторів «О» і «Q4» характеризувало різні прояви тривожності як особистісної властивості. Високі значення факторів «О» і «Q4», притаманні дослідженим підліткам чотирьох груп, описують людину, яка часто тривожиться про можливі невдачі і неприємні події, шкодує про свої минулі вчинки. Такі особи завжди незадоволені собою, відчувають почуття провини, що створює труднощі у взаєминах з оточуючими. Болісно переносять критику на свою адресу, при цьому похвалу, компліменти сприймають з великою недовірою. Перешкоди на шляху до досягнення мети сприймають як непереборні, схильні фіксуватися на неприємних сторонах подій, що перешкоджає пошукам виходу з проблемних ситуацій.

Низькі значення за факторами «Q3» і «G» були характерними для всіх досліджених підлітків. Це свідчить про тенденцію відступати від бажаної мети, як тільки з'являються внутрішні або зовнішні перешкоди. Такі особистості не вміють планувати і раціонально розподіляти свій час, часто діють неорганізовано. Поведінка регулюється переважно особистими, миттєвими бажаннями і потребами, тому не завжди вписується в традиційні рамки. Свої можливості підлітки не завжди оцінюють критично, досить вільно ставляться до моральних норм.

Висновки

Високі бали в усіх досліджених групах виявлено за факторами «О» та «Q4». Підлітки, які мали високу оцінку за

фактором «О», були сповнені передчуття невдач, легко виводились з душевної рівноваги, часто мали знижений настрій. Ця властивість особистості є основою виникнення невротичності. Особи з високим значенням за фактором «Q4» відрізнялись надлишком спонукань, які не знаходили практичної розрядки в процесі діяльності. У поведінці таких підлітків переважало нервово напруження.

Низькі показники в досліджених групах спостерігали за факторами «В», «G» та «Q3». Підлітки з низькими оцінками за фактором «В» виконували запропоновані завдання, використовуючи лише конкретно-ситуаційні ознаки, примітивно підходили до вирішення власних проблем, у цих дітей часто відзначалися погана увага, стомлюваність. Низькі показники за фактором «G» свідчили про готовність підлітків нехтувати своїми обов'язками, часті конфлікти з батьками і вчителями, у таких осіб часто відзначалися мінливість, незібраність, відсутність стійкої мотивації. Низькі показники, отримані дослідженими за фактором «Q3», свідчили про невміння контролювати власну поведінку по відношенню до соціальних нормативів, погану організованість.

Середні значення факторів «А» і «Н» характеризували підлітків як осіб, які не уникають взаємин з людьми, але їх власна активність у встановленні і збереженні контактів є невисокою, їм притаманні вибірковість у спілкуванні, невелике коло друзів і знайомих. Для підлітків груп Г1 (д/ю) притаманним було поєднання середніх значень за факторами «С» і «І», які характеризували цих осіб як таких, що зберігали емоційну рівновагу переважно в звичній для себе обстановці. Низькі значення за фактором «С» у поєднанні з високими значеннями за фактором «І», притаманні підліткам груп Г2 (д/ю), означали, що такі особи сприймали те, що відбувається навколо них, насамперед емоційно, при цьому емоції перетворювалися в основний регулятор поведінки і взаємин з людьми. Низькі значення факторів «Н» і «Ф» зустрічалися в групах Г2 (д/ю) та характеризувалися схильністю драматизувати події, ускладнювати те, що відбувається. Високі значення за факторами «О» і «Q4», притаманні дослідженим підліткам чотирьох груп, описують людину, яка часто тривожиться про можливі невдачі і неприємні події, шкодує свої про минулі вчинки, схильна фіксуватися на неприємних сторонах подій, що перешкоджає пошукам виходу з проблемних ситуацій. Низькі значення за факторами «Q3» і «G» були характерними для всіх досліджених підлітків. Це свідчить про тенденцію відступати від бажаної мети, як тільки з'являються внутрішні або зовнішні перешкоди. Свої можливості підлітки не завжди оцінювали критично, досить вільно ставилися до моральних норм.

Список використаної літератури

1. Красильникова Е. Д. Психологические особенности семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического здоровья / Е. Д. Красильникова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2012. – № 2. – С. 29–35.
2. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Морион, 2001. – 408 с.
3. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Нейро News. – 2010. – № 5 (24). – С. 83–90.
4. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты / Н. О. Марута // Здоров'я України. – 2013. – № 12. – С. 38–39.

5. Машин В. А. К вопросу классификации функциональных состояний человека / В. А. Машин // Экспериментальная психология. – 2011. – Т. 4, № 1. – С. 40–56.
6. Рукавишников А. А. Факторный личностный опросник Р. Кеттелла – 95 : руководство по использованию / А. А. Рукавишников, М. В. Соколова. – СПб. : ГП «Иматон», 1995. – 263 с.
7. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз / В. В. Чугунов. – Х. : Наука, 2012. – 304 с.
8. Шабанова О. А. Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации больных сколиозом : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / О. А. Шабанова. – М., 2013. – 24 с.
3. Maruta, N. O. (2010). Stan psyykhychnoho zdorovia naselennia ta psyykhiatrychnoi dopomohy v Ukraini [Mental health and mental health care in Ukraine]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 5 (24), pp. 83–90. (In Ukrainian).
4. Maruta, N. O. (2013). Problema komorbidnosti v srovennoyi psyykhiatrii Teoreticheskii klinicheskii terapevticheskii i organizatsionnye aspekty [The problem of comorbidity in modern psychiatry. Theoretical, clinical, therapeutic and organizational aspects]. *Zdorovia Ukrainy – Ukraine's Health*, no. 12, pp. 38–39. (In Russian).
5. Mashin, V. A. (2011). K voprosu klassifikatsii funktsionalnykh sostoianii cheloveka [Some problems of operator functional states classification]. *Eksperymentalnaia psikhologiya – Experimental Psychology (Russia)*, vol. 4, no. 1, pp. 40–56. (In Russian).
6. Rukavishnikov, A. A., & Sokolova, M. V. (1995). *Faktornyyi lichnostnyy oprosnik R. Kettella–95: rukovodstvo po ispolzovaniyu* [Factorial personal questionnaire R. Cattell –95: Instruction Manual]. Saint Petersburg: GP "Imaton" Publ., 263 p. (In Russian).
7. Chuhunov, V. V. (2012). *Diahnostyka v psyykhoterapii ta psyykhoterapevtichnyy diahnoz* [Diagnosis in psychotherapy and psychotherapeutic diagnosis]. Kharkiv: Nauka Publ., 304 p. (In Ukrainian).
8. Shabanova, O. A. (2013). Mediko-sotsialnye aspekty invalidnosti i reabilitatsii bolnykh skoliozom [Medical and social aspects of disability and rehabilitation of patients with scoliosis]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Moscow, 24 p. (In Russian).

References

1. Krasilnikova, E. D. (2012). Psikhologicheskie osobennosti semei vospityvayushchikh detei s razlichnymi variantami narusheniia psikhicheskogo zdorovia [Psychological features of families raising children with various types of mental health disorders]. *Voprosy psikhicheskogo zdorovia detei i podrostkov – Mental Health of Children and Adolescent*, no. 2, pp. 29–35. (In Russian).
2. Lapach, S. M., Chubenko, A. V., & Babych, P. M. (2001). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniakh s ispolzovaniem Excel* [Statistical methods in biomedical research using Excel. Experimental research. Clinical trials. Analysis of the pharmaceutical market]. (2nd ed.). Kyiv: Morion Publ., 408 p. (In Russian).

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИЗОМ С. И. Коломиец

Актуальность. Рост распространенности сколиоза среди подростков, необходимость изучения особенностей формирования внутренней картины болезни, ее предпосылок и влияния на процесс помощи пациентам со сколиозом, отсутствие обоснованного, индивидуально-дифференцированного подхода к клинико-функциональной оценке и психосоциальной помощи больным этой категории обуславливает актуальность нашего исследования.

Цель – изучение дезадаптивных личностных характеристик лиц подросткового возраста со сколиотической болезнью.

Материалы и методы. С учетом критериев включения-исключения в исследование было отобрано 169 подростков, юношей и девушек в возрасте 14–16 лет, которые имели диагноз «сколиоз» (M41 по МКБ-10). Сформированы две основные группы в соответствии со степенью тяжести ортопедических нарушений при сколиозе: до Г1 вошли 96 человек с I и II степенями сколиоза (47 девушек и 49 юношей), к Г2 – 73 человека с III и IV степенями сколиоза (38 девушек и 35 юношей). Методы исследования: теоретический (теоретико-методологический анализ проблемы, систематизация данных литературных источников, их сравнение и обобщение), социально-демографический, клинико-психологический метод (наблюдение, структурированное интервью), психодиагностический (психологическое тестирование), статистический.

Результаты. Данная статья освещает результаты исследования по тесту Р. Б. Кеттелла, который позволяет определить дезадаптивные личностные черты и их соотношения, характерные для данного контингента пациентов. Выявлено высокие баллы во всех исследованных группах по факторам «О» и «Q4» (что, соответственно, является основой возникновения невротичности и нервного напряжения). В исследуемых группах наблюдали низкие показатели по факторам «В», «G» и «Q3» и средние значения факторов «А» и «Н». Для подростков группы Г1 присущим было сочетание средних значений по факторам «С» и «I». Низкие значения по фактору «С» в сочетании с высокими значениями по фактору «I», были присущи подросткам группы Г2. Низкие значения факторов «Н» и «F» встречались в группе Г2.

Выводы. Определены личностные характеристики и их сочетания у подростков со сколиозом, которые негативно влияют на адаптацию и социализацию пациентов. Личностные характеристики рассмотрены как часть внутренней картины болезни обследованных, а также как одну из групп факторов, которые могут положительно или отрицательно влиять на ее формирование.

Ключевые слова: сколиоз, подростки, личностные черты, тест Р. Б. Кеттелла.

PERSONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH SKOLIOSIS S. I. Kolomyets

Background. The increase in the prevalence of scoliosis among adolescents, the need to study the features of the formation of the internal picture of the disease, its prerequisites and the impact on the process of helping patients with scoliosis, the lack of a well-founded, individually differentiated approach to clinical and functional evaluation and psychosocial care for patients of this category determines the relevance of our study.

Objective – to study the maladaptive personality characteristics of adolescent patients with scoliosis.

Materials and methods. According to inclusion/exclusion criteria, 169 adolescents, boys and girls aged 14–16 who had a diagnosis of scoliosis (M41 for ICD-10) were selected for the study. Two main groups were formed in accordance with the severity of orthopedic disorders in scoliosis: G1 consisted of 96 people with I and II degrees of scoliosis (47 girls and 49 boys); G2 – 73 people with III and IV degrees of scoliosis (38 girls and 35 boys). We used the complex of research methods, such as: theoretical (theoretical and methodological analysis of the problem, systematization of data of literary sources, their comparison and generalization), socio-demographic, clinical psychological method (observation, structured interview) psychodiagnostic (psychological testing), statistical.

Results. This article highlights the results of the study by the test of R. B. Cattell, which allows identifying maladaptive personality traits and their relationships that are characteristic of this contingent of patients. The high scores in all the groups studied were determined for the factors "O" and "Q4" (which, respectively, is the basis for the appearance of neuroticism and nervous tension). In the study groups, low values for factors "B", "G" and "Q3" and mean values of factors "A" and "H" were observed. For the adolescents of group G1, a combination of mean values for factors "C" and "I" was inherent. Low values for factor "C" in combination with high values for factor "I", were inherent in the adolescents of group G2. Low values of factors "H" and "F" were found in the group G2.

Conclusions. Personality characteristics and their combination in teenagers with scoliosis are determined, which adversely affects the adaptation and socialization of patients. Personality characteristics are considered as part of the internal picture of the illness of the subjects studied, as well as one of the groups of factors that may positively or negatively affect its formation.

Keywords: scoliosis, adolescents, personality traits, R. B. Cattell's test.

Стаття надійшла до редакції 28.04.2017 р.

КОЛОМІЄЦЬ Соломія Ігорівна, аспірант кафедри загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: solyah@yahoo.com

КОЛОМІЄЦЬ Соломія Ігорівна, аспірант кафедри общей і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Киев, Україна; e-mail: solyah@yahoo.com

КОЛОМІЄЦЬ Соломія Ігорівна, PhD-Student of Department of General and Medical Psychology and Pedagogy of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: solyah@yahoo.com

О. В. Ткаченко

ПОЄДНАНА ІНДИВІДУАЛЬНО-СІМЕЙНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ
ДИСКОМПЛАЄНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя
tkachenkovt@ukr.net

Актуальність. залучення членів родини хворих до психопрофілактичних інтервенцій з метою психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на ЦД 2 типу є актуальним та медично обґрунтованим з огляду на вплив ставлення членів родини хворого до його захворювання та родинної підтримки у виконанні хворим терапевтичних призначень.

Мета дослідження – розробити поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та дослідити її ефективність.

Матеріали та методи. Обстежено 57 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, які отримували амбулаторне лікування. Пацієнтів поділили на три групи залежно від застосованої стратегії психопрофілактики: із використанням системи психопрофілактики дисконплаєнтності із залученням (ГД-1) та без залучення членів сім'ї хворих (ГД-2), та за стандартними протоколами (ГК).

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

Результати. Розроблено систему психопрофілактики, яка включає дві основні ланки: індивідуальну психопрофілактику дисконплаєнтності хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості; сімейну психотерапію й індивідуальну роботу з представниками сім'ї хворого. Встановлено, що у всіх групах при першому вимірюванні комплаєнс хворих до дозованих фізичних навантажень був достовірно нижчим, ніж до дієтотерапії, але при другому вимірюванні у ГД-1 він достовірно не відрізнявся. Встановлено достовірне збільшення рівня комплаєнсу до терапії в обох групах дослідження, порівняно з ГК, після впровадження психопрофілактичних заходів. Виявлено, що у ГД-1, порівняно з ГД-2, комплаєнс до терапії на другому етапі вимірювання виявився достовірно вищим, що свідчить на користь залучення до психотерапевтичних заходів членів сім'ї хворого. Відзначено високу тропність психотерапевтичних заходів із залученням членів сім'ї хворого до підвищення рівня комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень.

Висновки. В результаті дослідження розроблено поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та доведено її високу ефективність.

Ключові слова:цукровий діабет 2 типу,
легкий ступінь тяжкості,
дисконплаєнтність,
комплаєнс,
психопрофілактика,
психотерапія.

Актуальність. Рівень захворюваності на цукровий діабет (ЦД) 2 типу в світі постійно зростає. В більшості випадків при первинному виявленні ЦД 2 типу діагностується легкий ступінь його тяжкості. Це свідчить про можливість запобігти ускладненням ЦД 2 типу та зберегти високий рівень соціального функціонування хворих та якості їх життя у разі своєчасної нормалізації глікемічного профілю [1, 2].

Дієтотерапія та дозовані фізичні навантаження є одними з основних засобів лікування хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості [3, 4].

Втім, через недотримання хворими медичних рекомендацій рівень їх терапевтичної спроможності є

низьким, що провокує збільшення тяжкості ЦД 2 типу і погіршення прогнозу [5, 6].

У більшості випадків дисконплаєнтність хворих до терапії обумовлена їх особистісними особливостями, коморбідними психічними порушеннями, дисгармонійним ставленням до свого захворювання із формуванням патологічної внутрішньої картини хвороби [5–8].

Величезне значення мають ставлення членів родини хворого до його захворювання та підтримка у виконанні хворим терапевтичних призначень [9]. У цьому контексті залучення членів родини хворих до психопрофілактичних інтервенцій щодо психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на ЦД 2 типу є актуальним та медично обґрунтованим.

Мета дослідження – розробити поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та дослідити її ефективність.

Матеріали та методи дослідження

За умов усвідомленої інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базах КУ «Запорізька міська клінічна лікарня № 10» та КУ «Обласний клінічний ендокринологічний диспансер» Запорізької обласної ради провели обстеження 57 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, які отримували амбулаторне лікування; середній вік у групі складав $(51,8 \pm 1,28)$ року.

Хворих було поділено на три групи за критерієм отриманої психопрофілактики.

Першу групу дослідження (ГД-1) склали 19 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та члени їх родин, які залучалися до поєднаної індивідуально-сімейної системи психопрофілактики дисконплаєнтності.

Другу групу дослідження (ГД-2) склали 20 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, з якими проводилася психопрофілактична робота за розробленою системою без залучення членів сім'ї.

До групи контролю (ГК) увійшли 18 хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості, які отримували терапію за стандартними протоколами.

Достовірних відмінностей за статтю, віком, сімейним та соціальним станом між групами не було.

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

У рамках психодіагностичного дослідження для встановлення рівня комплаєнсу використовували Шкалу комплаєнтності Моріскі – Грін (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4, D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine, 1985), адаптовану для дієтотерапії та дозованих фізичних навантажень.

Для статистичної обробки отриманих даних використовували методи клінічної, описової та математичної статистики (в тому числі t-критерій Стьюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності p).

Результати та їх обговорення

У хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості головною ланкою виступала комплаєнс-орієнтована терапія, спрямована на модифікацію раціону та моціону хворих. Для цієї категорії хворих не було актуальним питання фармакотерапії цукрознижувальними препаратами, тому орієнтація психопрофілактичних комплаєнс-орієнтованих заходів терапії ЦД 2 типу була спрямована виключно на немедикаментозне лікування.

Втім, у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості фармакотерапія використовувалася для лікування предриспонуєчих ЦД 2 типу порушень – переважно психічних, та ускладнень ЦД 2 типу – соматичних та психічних. Тому повністю відмовитися від фармакотерапевтично-орієнтованої ланки психопрофілактики у хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості було неможливо.

Додатковою ланкою підвищення комплаєнсу до лікування у хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості була сімейна терапія та робота із членами їх сімей. Цей напрямок психопрофілактики, який опирався на залучення до терапевтичного процесу членів родини хворого, виступав у якості додаткового.

Розроблена нами система психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості складалася з двох основних ланок:

а) система індивідуальної психопрофілактики дисконплаєнтності та терапії хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості;

б) система сімейної психотерапії та індивідуальна робота з членами сім'ї хворого.

У контексті першої ланки психопрофілактики дисконплаєнтності хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості опір було зроблено на два напрямки:

1. Підвищення комплаєнсу до немедикаментозних заходів.

а) до асоційованої із ЦД 2 типу модифікації способу життя:

- підвищення комплаєнсу до дієтотерапії;
- підвищення комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень;

б) до нефармакотерапевтичної профілактики ускладнень ЦД 2 типу:

- підвищення комплаєнсу до психопрофілактики та психотерапії психічних порушень, що виступають у якості ускладнень ЦД 2 типу;
- підвищення комплаєнсу до психопрофілактики та психотерапії психічних розладів та особливостей особистості, які виступають у якості предриспонуєчих факторів виникнення ЦД 2 типу.

2. Підвищення комплаєнсу до фармакотерапії. Цей напрямок також мав декілька розгалужень:

- підвищення комплаєнсу до фармакотерапії ускладнень ЦД 2 типу – соматичних та психічних;
- підвищення комплаєнсу до фармакотерапії коморбідних ЦД 2 типу станів – соматичних захворювань та психічних розладів.

Використовували психоосвіту, психоіндукацію, раціональну психотерапію, когнітивно-біхевіоральну терапію, мнестичні методики, в окремих випадках додавали релаксаційні методики.

У рамках другої ланки системи психопрофілактики членам родини хворого у контексті забезпечення комплаєнсу до терапії та психопрофілактики ускладнень хворих на ЦД 2 типу легкого ступеня тяжкості відводилися наступні завдання:

- психологічна підтримка хворих з метою забезпечення прийняття ними свого захворювання, необхідності зміни звичного способу життя. Хворі мали відчувати, що не залишилися зі своєю хворобою наодинці, а мають постійну підтримку та захист з боку близьких людей, можуть психологічно спиратися на них, ділитися своїми страхами та уявленнями про подальше життя із хворобою, розуміти, що внаслідок захворювання не стали тягарем для сім'ї та спільно планувати подальше життя. Байдуже ставлення членів родини до встановлення у хворого діагнозу ЦД не допускалося, втім, занадто метушлива поведінка також не віталася;

- допомога у формуванні гармонійного ставлення хворого до свого захворювання. Родичі хворого своїми поведінковими та вербальними патернами мали демонструвати, що ЦД є нелегким захворюванням, яким не слід нехтувати, втім, факт захворювання не є катастрофічним, і, при дотриманні хворими принципів лікування, не перекреслить їхнього подальшого життя;
- мотивація хворих до ретельного виконання ними лікарських призначень – зміни моціону та раціону, прийому додаткових медикаментозних препаратів, психотерапії; контроль за дотриманням хворими дієти, виконанням дозованих фізичних навантажень та інших лікарських призначень.

Контроль з боку родичів хворого не мав бути гіперболізований, аби не спровокувати роздратування хворих та опозиційної до лікарських рекомендацій поведінки.

Членам родини хворих рекомендували заохочувати їх до дотримання дієти, звертаючи увагу на вторинні позитивні сторони та наслідки її дотримання (зменшення ваги, можливість скуштувати смачні та незвичні продукти з переліку дозволених, слідування «моді на дієти» тощо); також до дотримання режиму дозованих фізичних навантажень, в тому числі виконуючи їх разом із хворими.

Одночасно членам родини хворого пояснювали таку дисконплаєнтну роль їхньої поведінки як кепкування над необхідністю дотримуватися режиму у їжі та фізичних навантажень, демонстрація відсутності обмежень у власному способі життя.

Родичі хворого, фактично, займали позицію помічників лікаря.

З членами сім'ї хворого проводилася робота у наступних напрямках:

- запобігання анозо- та гіпогностичному сприйняттю захворювання родича та спонукання його до

гіпокураційного варіанта ставлення до свого захворювання;

- запобігання гіпергностичному / гіпертривожному сприйняттю захворювання родича та спонукання його до гіперкураційного варіанта ставлення до свого захворювання;
- формування гармонійного сприйняття захворювання родича із спонуканням його до гармонійного варіанта ставлення до свого захворювання;
- розуміння необхідності виконання хворим лікарських призначень та орієнтація й спонукання його на дотримання медичних рекомендацій, контроль за їх дотриманням.

Використовували раціональну психотерапію, психоіндукцію, когнітивно-біхевіоральну терапію, мнестичні методики.

Тривалість психопрофілактично орієнтованих занять становила 4 тижні, по два заняття на тиждень середньою тривалістю 1–1,5 години.

Вимірювання показників виконання хворими медичних рекомендацій з дієтотерапії та лікувального фізичного навантаження проводили у два етапи – до впровадження системи психопрофілактики і через три місяці після її завершення.

Порівняльний аналіз по групах продемонстрував наступні результати.

У всіх групах на першому етапі вимірювання середні показники рівня комплаєнсу до дієтотерапії та дозованих фізичних навантажень були низькими і склали в середньому 1,2–2,1 бала.

При цьому встановлено, що комплаєнс до дозованих фізичних навантажень був достовірно нижчим, ніж до дієтотерапії, у пацієнтів усіх груп при першому вимірюванні (табл. 1), тоді як при другому вимірюванні для ГД-1 він достовірно не відрізнявся (табл. 2).

Виявлена достовірна різниця між рівнем комплаєнсу

Таблиця 1. Комплаєнс до терапії у групах при першому вимірюванні

Групи дослідження	Вид терапії		t _{емп}	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	1,2±0,14	2,0±0,19	4,7	<0,05
ГД-2	1,3±0,25	1,9±0,15	4,5	<0,05
ГК	1,2±0,12	2,1±0,22	5,1	<0,05
p*	>0,05	>0,05		

Примітка. * – порівняння показників між групами дослідження; ** – порівняння показників між видами терапії.

Таблиця 2. Комплаєнс до терапії у групах при другому вимірюванні

Групи дослідження	Вид терапії		t _{емп}	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	3,8±0,10	4,0±0,12	1,0	>0,05
ГД-2	3,1±0,26	3,8±0,14	2,8	<0,05
ГК	1,2±0,28	2,2±0,25	4,9	<0,05
p*	<0,05	<0,05		

Примітка. * – порівняння показників між групами дослідження; ** – порівняння показників між видами терапії.

Таблиця 3. Рівень комплаєнсу до дієтотерапії ЦД 2 типу у групах за даними MMAS-4 (бали)

Групи дослідження	Вид терапії		t _{емп}	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	2,0±0,19	4,0±0,12	4,9	<0,05
ГД-2	1,9±0,15	3,8±0,14	4,3	<0,05
ГК	2,1±0,22	2,2±0,25	0,9	>0,05
p*	>0,05	<0,05		

Примітка. * – порівняння показників між групами дослідження; ** – порівняння показників між видами терапії.

Таблиця 4. Рівень комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень у групах за даними MMAS-4 (бали)

Групи дослідження	Вид терапії		t _{емп}	p**
	Дозовані фізичні навантаження	Дієтотерапія		
ГД-1	1,2±0,14	3,8±0,10	6,2	<0,05
ГД-2	1,3±0,25	3,1±0,26	6,0	<0,05
ГК	1,2±0,12	1,2±0,28	0,3	>0,05
p*	>0,05	<0,05		

Примітка. * – порівняння показників між групами дослідження; ** – порівняння показників між видами терапії.

як до дієтотерапії, так і до дозованих фізичних навантажень, на першому та другому етапах вимірювання в ГД-1 та ГД-2; у цих групах комплаєнс до терапії після психопрофілактичної роботи збільшився, тоді як в ГК достовірні відмінності були відсутні (табл. 3, 4).

У ГД-1 на другому етапі вимірювання комплаєнс до терапії переважав дані ГД-2, що свідчить на користь залучення до психотерапевтичних втручань членів сім'ї хворого.

У ГД-1 рівень комплаєнсу до дієтотерапії на другому етапі вимірювання збільшився на 2,0 бали, до дозованих фізичних навантажень – на 2,6 бала. В ГД-2 рівень комплаєнсу до дієтотерапії на другому етапі вимірювання збільшився на 1,8 бала, до дозованих фізичних навантажень – на 1,8 бала.

Привертало увагу достовірне збільшення рівня комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень на другому етапі вимірювання в ГД-1, порівняно з ГД-2, що демонструє високу тропність залучення до психотерапевтичних втручань членів сім'ї хворого для корекції саме цього виду терапії.

Висновки

У результаті дослідження розроблено поєднану індивідуально-сімейну систему психопрофілактики дисконплаєнтності у хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та досліджено її ефективність.

1. Розроблена система психопрофілактики включала дві основні ланки: індивідуальну психопрофілактику дисконплаєнтності хворих на цукровий діабет 2 типу легкого ступеня тяжкості та сімейну психотерапію й індивідуальну роботу з членами сім'ї хворого.

2. Відзначено, що у всіх групах при першому вимірюванні комплаєнс до дозованих фізичних навантажень був достовірно нижчим, ніж до дієтотерапії, при другому вимірюванні у ГД-1 він достовірно не відрізнявся.

3. Встановлено достовірне збільшення рівня комплаєнсу до терапії в обох групах дослідження, порівняно з ГК, після впровадження психопрофілактичних заходів.

4. Виявлено, що у ГД-1, порівняно з ГД-2, комплаєнс до терапії на другому етапі вимірювання був достовірно вищим, що свідчило на користь залучення до психотерапевтичних втручань членів сім'ї хворого.

5. Відзначено високу тропність психотерапевтичних втручань із залученням членів сім'ї хворого до підвищення рівня комплаєнсу до дозованих фізичних навантажень.

Список використаної літератури

1. 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. DOI: 10.1016/j.beem.2016.05.003.
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. Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет. Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.05.2009 № 356 в редакції наказу МОЗ України від 05.08.2009 № 574 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html (дата звернення: 07.03.2017).
4. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет у молодих людей та дорослих. Затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2014 року № 1021 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf (дата звернення: 07.03.2017).
5. Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects [Text] / P. Gentili, A. Maldonato, D. Bloise [et al.] // *Diabetes, nutrition & metabolism*. – 2000. – Vol. 13, issue 1. – P. 1–6.
6. Stress as a risk factor for noncompliance with treatment regimens in patients with diabetes and hypertension [Text] / H. Roohafza, A. Kabir, M. Sadeghi [et al.] // *ARYA Atheroscler*. – 2016. – Vol. 12, issue 4. – P. 166–171. PMID: 28149311.
7. A Study on Self-Care Behaviors and Related Factors in Diabetes Patients [Text] / C. H. Huang, P. C. Lin, M. Chang Yeh, P. H. Lee // *Hu Li Za Zhi*. – 2017. – Vol. 64, issue 1. – P. 61–69. DOI: 10.6224/JN.64.1.61.
8. 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 [Text] / D. Degmečić, T. Bacun, V. Kovac [et al.] // *Coll. Antropol.* – 2014. – Vol. 38, issue 2. – P. 711–716.
9. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes [Text] / N. Wichit, G. Mnatzaganian, M. Courtney [et al.] // *Diabetes Res. Clin. Pract.* – 2017. – Vol. 123. – P. 37–48. DOI: 10.1016/j.diabres.2016.11.013.

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*, vol. 16, issue 16, pp. 1002–1007. DOI:10.12968/bjon.2007.16.16.27079.
3. Ministry of Health of Ukraine. (2009). *Protokol nadannia medychnoi dopomohy khvorym na neuskkladnenyi tsukrovyy diabet* (Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 22.05.2009 No. 356) [Protocol for the provision of medical care to patients with uncomplicated diabetes mellitus (Order of the Ministry of Health of Ukraine dated May 22, 2009 No. 356)]. Retrieved from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html (accessed 07.03.2017).
4. Ministry of Health of Ukraine. (2014). *Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, ekstrenoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy. Tsukrovyy diabet u molodykh liudei ta doroslykh* (Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 29.12.2014 roku No. 1021) [Unified clinical protocol of primary, emergency, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical aid. Diabetes mellitus in young adults and adults (Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 29.12.2014 No. 1021)]. Retrieved from: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf (accessed 07.03.2017).
5. Gentili, P., Maldonato, A., Bloise, D., Burla, F., Coronel, G., & Di Paolantonio, T. (2000). Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects. *Diabetes, nutrition & metabolism*, vol. 13, issue 1, pp. 1–6.
6. Roohafza, H., Kabir, A., Sadeghi, M., Shokouh, P., Ahmadzad-Asl, M., Khadem-Maboudi, A. A., & Sarrafzadegan, N. (2016). Stress as a risk factor for noncompliance with treatment regimens in patients with diabetes and hypertension. *ARYA Atheroscler*, vol. 12, issue 4, pp. 166–171.
7. Huang, C. H., Lin, P. C., Chang Yeh, M., & Lee, P. H. (2017). A Study on Self-Care Behaviors and Related Factors in Diabetes Patients. *Hu Li Za Zhi*, vol. 64, issue 1, pp. 61–69. DOI: 10.6224/JN.64.1.61.
8. Degmečić, 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. *Coll. Antropol.*, vol. 38, issue 2, pp. 711–716.
9. Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., & Johnson, M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, vol. 123, pp. 37–48. DOI: 10.1016/j.diabres.2016.11.013.

О. В. Ткаченко

СОЧЕТАННАЯ ИНДИВИДУАЛЬНО-СЕМЕЙНАЯ СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ ДИСКОНПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Актуальность. Привлечение членов семей больных к психопрофилактическим интервенциям с целью психопрофилактики дисконплаєнтности у больных СД 2 типа является актуальным и обоснованным с медицинской точки зрения, учитывая влияние отношения членов семьи к его заболеванию и семейной поддержки в выполнении больным терапевтических назначений.

Цель исследования – разработать совмещенную индивидуально-семейную систему психопрофилактики дисконплаєнтности у больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести и исследовать ее эффективность.

Материалы и методы. Обследовано 57 больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести, получавших амбулаторное лечение. Пациентов разделили на три группы в зависимости от примененной стратегии психопрофилактики: с использованием системы психопрофилактики дисккомплаентности с привлечением (ГИ-1) и без привлечения членов семьи больных (ГИ-2), и по стандартным протоколам (ГК).

Методы исследования – клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностические, катамнестический, статистический.

Результаты. Разработана система психопрофилактики, которая включает два основных звена: индивидуальную психопрофилактику дисккомплаентности больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести; семейную психотерапию и индивидуальную работу с представителями семьи больного. Установлено, что во всех группах при первом измерении комплаенс больных к дозированным физическим нагрузкам был достоверно ниже, чем к диетотерапии, но при втором измерении в ГД-1 он достоверно не отличался. Установлено достоверное увеличение уровня комплаенса к терапии в обеих группах исследования, по сравнению с ГК, после внедрения психопрофилактических мероприятий. Выявлено, что в ГД-1, по сравнению с ГД-2, комплаенс к терапии на втором этапе измерения оказался достоверно выше, что свидетельствует в пользу привлечения к психотерапевтическим мероприятиям членов семьи больного. Отмечена высокая тропность психотерапевтических мероприятий с привлечением членов семьи больного к повышению уровня комплаенса к дозированным физическим нагрузкам.

Выводы. В результате исследования разработана сочетанная индивидуально-семейная система психопрофилактики дисккомплаентности у больных сахарным диабетом 2 типа легкой степени тяжести и доказана ее высокая эффективность.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, легкая степень тяжести, дисккомплаентность, комплаенс, психопрофилактика, психотерапия.

COMBINED INDIVIDUAL-FAMILY SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS DISCOMPLIANCE IN PATIENTS WITH MILD 2ND TYPE DIABETES MELLITUS O. V. Tkachenko

Background. The involvement of family members of patients to the psycho-preventive interventions in respect of prevention of discompliance in patients with 2nd type diabetes mellitus is the actual and medical reasonable due to the influence of the attitude of family members to illness and family support for the therapeutic purposes in patients.

Objective – to develop a combined individual-family system of the psychoprophylaxis of discompliance in patients with mild 2nd type diabetes mellitus and to explore its effectiveness.

Materials and methods. Were examined 57 patients with mild 2nd type diabetes mellitus. The patients were divided into three groups according to the criterion of implementing the strategy of prevention: using the system of psychological prevention of discompliance with the involvement (GS-1) and without the involvement of family members of patients (GS-2) and standard protocols (GM).

Research methods: anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, follow-up, and statistical.

Results. The system of psychoprophylaxis, which included two main elements: individual discompliance psychoprophylaxis of patients with mild 2nd type diabetes mellitus; and family psychotherapy and individual work with members of the family of the patient have been developed. It is noted that for all groups on the first dimension of the compliance to physical load was significantly poor than to diet, but at the second measurement for GS-1, it was not significantly different. We found a significant increase in the level compliance to therapy in both study groups compared to the GM after the implementation of psycho-prophylactic activities. It is revealed that GS-1 compared to GS-2, compliance to therapy at the second stage of measurement was significantly higher that testified in favor of bringing to psychotherapeutic introductions of family members of the patient. Noted the high affinity psychotherapeutic implementations with involvement of family members of the patient to increase the level compliance to physical load.

Conclusions. The study linked individual-family system of psychoprophylaxis discompliance in patients with mild 2nd type diabetes mellitus was developed and proved its high efficiency.

Keywords: mild 2nd type diabetes mellitus, discompliance, compliance, psycho-prevention, psychotherapy.

Стаття надійшла до редакції 27.04.2017 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

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

О. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко

ПРИНЦИПИ І МЕТОДИ ПРОТИРЕЦИДИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕПРЕСІЯХ,
АСОЦІЙОВАНИХ ІЗ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ

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

napr_center@bigmir.net

Актуальність представленої роботи зумовлена недостатністю рівня медичної допомоги хворим із коморбідними депресивними розладами (ДР) та синдромом алкогольної залежності (АЗ, за МКХ-10: F10.2), а також фактичною нерозробленістю проблеми співіснування вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (ВАШН, МКХ-10: F10.1) та депресії, у тому числі в стадії ремісії.

Метою даного дослідження стало підвищення ефективності психолого-психіатричної допомоги особам із ВАШН і депресією шляхом розробки, використання та оцінки результативності системи протирецидивної терапії, що враховує фактори походження та предиктори рецидивів, а також стадії ремісії в цих пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 65 хворих із ВАШН і симптомами депресії, при цьому використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (скринінг шкала AUDIT, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методика К. Леонгарда – Г. Шмішека), соціально-демографічний та статистичний методи дослідження.

Результати та висновки. Зроблено висновки про те, що різним етапам ремісії депресивних розладів характерні певні типові та індивідуальні особливості клінічних проявів. Динамічне спостереження за цими пацієнтами після етапу купірувальної терапії з метою аналізу змін у структурі ремісії дозволяє диференціювати та персоніфікувати комплексне лікування депресії у відповідності до тієї чи іншої стадії її ремісії. Такий підхід сприяє запобіганню або ранньому виявленню ознак пререцидиву хвороби та вчасному купіруванню можливого рецидиву в даній категорії хворих, а також, можливо, зниженню вірогідності формування у хворих з ВАШН алкогольної залежності та інших тяжких форм як зловживання алкоголем, так і афективних розладів.

Ключові слова:депресія, зловживання
алкоголем, предиктори,
стадії ремісії,
протирецидивна терапія.

Актуальність проблеми депресивних розладів (ДР) зумовлена їх поширеністю (виникають впродовж життя у 17,1 % населення) [10], схильністю до рекурентного перебігу (у 50–80 % випадків) [7], зниженням соціального функціонування хворих з цією патологією [11] та іншими факторами. Однією з важливих причин низької ефективності допомоги хворим на депресію є недостатня результативність існуючих стандартів допомоги таким пацієнтам на етапі ремісії.

У нашій колективній монографії (2013) [4] застосовано термін «нециркулярні депресії» (НД) – це найпоширеніші депресивні розлади, що не пов'язані із такими фазовими захворюваннями як біполярний афективний розлад і циклотимія. У монографії висвітлено депресії, асоційовані з шизофренією, епілепсією, невротичними та соматоформними розладами, посттравматичним стресовим розладом, алкогольною і наркоманійною залежностями, поведінковими (нехімічними) адикціями, хворобою Паркінсона, гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця,

інфарктом міокарда, онкологічними захворюваннями, патологією вагітності, захворюваннями дитячого та підліткового віку, радіаційними надзвичайними ситуаціями та самогубствами. Однак проблема таких депресій у стадії ремісії в цій та інших доступних наукових працях представлена недостатньо і потребує подальшої розробки.

**Сучасний стан питання надання
допомоги пацієнтам із депресіями
в стадії ремісії**

Згідно з даними досліджень К. В. Захарової (2008) [2], на стійкість ремісії впливають наявність або відсутність залишкової симптоматики, тип ремісії, рівень соціальної адаптації пацієнта і тип перебігу захворювання. Ці чинники й визначають якість ремісії. При непсихотичних депресіях авторка виділяє наступні типи ремісій: безсимптомна, астенична, тривожна та гіпотимна [2].

Як вказують А. Смулевич, Е. Дубницька (2004) [5] та інші автори, протирецидивна (профілактична) терапія

показана при всіх видах депресій, її призначають не менше ніж на 4–6 місяців після купірування основних ознак недуги, оскільки різке припинення прийому препаратів може призвести до синдрому відміни з виразними вегетативними та іншими розладами [5].

За своєю спрямованістю і змістом проти рецидивів на терапія є варіантом підтримувального лікування. Її проводять на тлі ремісії або одужання (в наявності останнього можливо перекопатися під час динамічного спостереження за пацієнтом). Вона здійснюється здебільшого амбулаторно і має на меті закріпити ефект терапії в гострому періоді хвороби, оскільки повне припинення лікування загрожує рецидивом депресії.

Проведений нами аналітичний огляд літератури, присвячений проблемі рецидивування депресивних розладів та проти рецидивної терапії, виявив достатньо фундаментальну базу для подальшої розробки шляхів удосконалення медичної допомоги таким хворим на даному етапі медичної допомоги. Найбільш структуровано зазначені питання висвітлено у методичних рекомендаціях «Заходи по проведенню профілактичної (проти рецидивної) терапії хворих з ендогенними психічними захворюваннями» Р. Я. Вовіна та Л. С. Свердлова (1988) [1]. Ці рекомендації, на нашу думку, можуть бути адаптовані та екстрапольовані до інших за походженням форм даної психопатології та використані для подальшої детальної розробки шляхів удосконалення проти рецидивної терапії хворих не тільки з ендогенними психічними розладами, а й з «нециркулярними» депресіями, що спричинені психогенними, екзогенними, соматогенними та змішаними факторами.

Р. Я. Вовіна та Л. С. Свердлова вказують на те (і це підтверджують подальші спостереження), що рецидиви ендогенних психозів – явище доволі часте. Так, наприклад, тільки в 6–10 % осіб, які перенесли напад шизофренії, він не повторюється впродовж життя. Саме тому в психоневрологічних диспансерах здійснюється динамічне спостереження за реконвалесцентами та подальша профілактика. Згідно з результатами наших досліджень, такий підхід доцільно використовувати й на етапі ремісії циркулярних депресій.

Необхідність удосконалення проти рецидивної терапії зумовлена тим, що й на сьогодні кількість регоспіталізацій у психіатричні лікарні не тільки не зменшується, а й зберігає тенденцію до зростання. Це суперечить сучасній загальноновизнаній доцільності «переведення» переважного обсягу допомоги душевнохворим за межі психіатричних лікарень. Тобто, в наших умовах стосовно даної патології це питання залишається дискусійним.

Помічено, що найбільша кількість рецидивів виникає в перші місяці (у перший рік) після отримання основного курсу лікування. Протягом наступного року такі випадки рідшають, однак їх сумарна кількість до четвертого – п'ятого року сягає 80–90 %, а в подальшому частота випадків рецидивування поступово скорочується. Тобто сучасне профілактичне лікування подовжує тривалість ремісії, але не запобігає виникненню рецидивів, а лише відтерміновує час їх виникнення.

До причин недостатньої ефективності проти рецидивного лікування належить проблема низького рівня комплаєнсу між медичними працівниками, хворими та їх рідними і близькими. Це значною мірою спричиняє те,

що близько половини пацієнтів, не зважаючи на переконливі рекомендації лікарів, самовільно припиняють підтримувальну терапію (ПТ). Даний факт вказує на необхідність персоніфікації ПТ із врахуванням не тільки біологічного компонента походження недуги, а й внутрішньої картини хвороби таких хворих та їх стосунків у мікрооточенні. При цьому важливою організаційною складовою має бути психоосвітня робота в мікрооточенні пацієнта.

Виявлена також ціла низка інших чинників, причетних до виникнення рецидивів хвороби, зокрема психічна травма, фізична та психічна перевтома, зловживання психоактивними речовинами, коморбідні соматичні захворювання тощо. Тому проти рецидивні заходи мають включати психопрофілактичні, психогігієнічні складові та санацію вісцеральної і неврологічної сфер.

Доволі частими причинами раннього виникнення рецидиву є й недоліки співпраці стаціонарної та амбулаторної ланок психіатричної служби в плані ведення таких хворих, а також перебої в постачанні аптечної мережі необхідним асортиментом психотропних препаратів, що змушує лікарів-психіатрів підбирати не завжди адекватну заміну відсутнім медикаментам.

Ще М. Я. Сирейський (1939) виділяв три стадії ремісій: перша стадія «дозрівання», з можливою екзацерацією хворобливого стану (її треба відрізнити від власне рецидиву захворювання, тобто нового його нападу); друга – «стабілізації ремісії» – повне зникнення симптоматики (інтермісія); і третя – стадія розвитку «пререцидиву» – негативні зміни самопочуття пацієнта, наприклад, восени та навесні при ендогенному депресивному розладі. Кожна з цих стадій потребує особливої терапевтичної тактики.

Підтримувальне лікування при НД має бути комплексним, тобто передбачає інтегрування методів як біологічного (методи впливу на організм як на біологічний об'єкт – фармакотерапія, передусім психотропна, за показаннями, й соматотропна, а також електросудомна, розвантажувально-дієтична, детоксикаційна, інколи психохірургічна тощо), так і соціально-психологічного (психотерапія, соціальна робота з пацієнтом і його соціальним оточенням) спрямування [6]. При цьому за можливості корегуються фактори, що сприяють виникненню депресії. Ці чинники ми об'єднали в наступні групи:

1. *Генетичні.* Одним з доказів на користь спадкової схильності до депресивної патології є те, що при ній рівень відповідної конкордантності монозиготних близнюків сягає 65–70 %, тоді як дизиготних – тільки 15–20 %.

2. *Порушення обміну біогенних амінів* – нейромедіаторів, насамперед дефіцит серотоніну і/або норадреналіну, дофаміну та ГАМК (так звана моноамінова теорія патогенезу депресії).

3. *Порушення механізмів нейроендокринної регуляції*, насамперед підвищення активності гіпоталамо-адrenalово-надниркових механізмів.

4. *Психосоціальні чинники.* Їх доцільно згрупувати наступним чином:

- а) гострі психічні травми – втрата близьких людей або інші катастрофічні обставини особистого життя, переживання природних чи антропогенних катастроф, фізичного насильства тощо;

б) хронічна стресогенна ситуація – дрібні, проте значущі для особистості неприємності, пов'язані з сімейними, виробничими та іншими стосунками;

в) свідомо чи несвідомо фіксовані в попередніх періодах життя (частіше в дитинстві) психічні травми й сформовані на цьому тлі патологічні психологічні комплекси;

г) фрустрація – стан емоційного напруження у зв'язку з тривалим очікуванням значущої для особистості події;

д) екзистенційна криза – втрата сенсу життя, його мети, почуття гармонії з оточенням тощо;

е) негативістичний (песимістичний) стиль мислення [4].

Узявши за аналог рекомендації Р. Я. Вовіна, Л. С. Свердлова [1] щодо ендогенних психічних розладів, ми застосували наступний поетапний підхід до протирецидивної терапії при НД, асоційованих із зловживанням алкоголем.

1. *Терапія в стадії «дозрівання» ремісії.* Вказаний етап перебігу хвороби характеризується покращенням психічного стану зі збереженням помірних астеничних проявів з епізодичними симптомами резидуальної депресії та вегетативних порушень. При цьому, за відсутності підтримувального та протирецидивного лікування, зазначені симптоми можуть посилитися і навіть відновитися попередня НД. В амбулаторних умовах терапія, яка проводилася в «основному» (купірувальному) курсі, має бути продовжена, з дуже поступовим зниженням доз препаратів. Це лікування має таку спрямованість: а) подальше послаблення депресивної симптоматики; б) поступове зменшення медикаментозної седації та посилення стимулювальних впливів, при цьому відміну антидепресивних засобів слід здійснювати в загальному темпі, який дещо відстає від редукції симптомів депресії; в) корекція інших (неафективних), частіше непсихотичних, а інколи й психотичних проявів. Усе це можливо тільки за поєднання медикаментозного лікування з психотерапією та соціотерапією, оскільки крім «ендоморфних» ознак депресії з ідеями самозвинувачення, самоприниження тощо, в хворих виявляються «екзоморфні» переживання зниження власного соціального статусу з перекладанням відповідальності за життєву ситуацію на інших людей, веління долі тощо. При цьому ще тривалий час зберігається ризик рецидиву гострої психопатологічної симптоматики.

2. *Лікування на етапі стабілізації ремісії* має наступні цілі: остаточне визначення спектра психофармакотерапії, яка сприяє / не заважає соціальній активності індивіда.

3. *Терапія в стадії пререцидиву.* Проводиться динамічне спостереження з метою раннього виявлення пререцидивних психічних зрушень: надмірна драгітливність, тривога, вегетовісцеральні порушення, розлади сну, при психотичному регістрі психопатології можуть виникати елементи апатії, ангедонії, погіршення апетиту або дисфоричні прояви. Ці прояви спочатку аморфні, без чіткого структурного оформлення. Найчастіше це відбувається навесні чи восени, при переживанні пацієнтом конфліктних життєвих обставин, у випадку природних аномалій, мікро- та макросоціальних потрясінь, за фізичної чи психічної перевтоми, при інфекційних хворобах, загостренні соматичних і неврологічних захворювань, при вагітності та у післяпологовому періоді тощо.

У випадках виявлення ранніх ознак повернення депресії та інших (коморбідних) психічних і сомато-неврологічних порушень слід відновити психотропну та соматотропну фармако- і психотерапію. Починати купірування рецидиву на пререцидивній стадії доцільно використовуючи ті самі лікувальні засоби і в тих самих дозах, які були ефективними у попередній активній фазі захворювання, за потреби корегуючи їх, а за досягнення зворотного розвитку рецидиву слід вести хворого згідно з вищевказаними рекомендаціями стосовно терапії в стадії «дозрівання» ремісії. В названих вище рекомендаціях пропонується так званий інтервальний прийом препаратів з переходом до кожного наступного його етапу приблизно через 1 місяць, наприклад: один день на тиждень вільний від прийому ліків – два вільних дні на тиждень – прийом препаратів через день – інтервал між прийомами становить 2, 3 і більше днів, аж до одноразового прийому на тиждень. Наш досвід підтверджує доцільність такого підходу.

Результати та їх обговорення

Наведену вище технологію протирецидивної терапії ми ілюструємо на прикладі результатів дослідження 65 чоловіків, віком від 24 до 53 років (середній вік – $31,5 \pm 12,5$ роки), в яких діагностовано депресію та вживання алкоголю із шкідливими наслідками (ВАШН, за критеріями МКХ-10: F10.1). Метою дослідження стало підвищення ефективності психолого-психіатричної допомоги особам із ВАШН і депресією шляхом розробки, використання та оцінки результативності системи протирецидивної терапії, що враховує фактори походження та предиктори рецидивів, а також стадії ремісії в цих пацієнтів. Застосовано клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний і психодіагностичні методи дослідження: скринінг-шкала AUDIT, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, методика К. Леонгарда – Г. Шмішека.

Виявлено наступні клінічні варіанти депресивних станів: тривожно-депресивний, дисфоричний, астеничний, іпохондричний і простий. Більшість (46–79 %) обстежених системного лікування раніше не отримували. В інших пацієнтів виявлялася терапевтична резистентність, зумовлена, на нашу думку, відсутністю комплексного підходу до лікування або його самовільним перериванням.

Після проведення купірувального етапу терапії всім пацієнтам здійснювали протирецидивне лікування. Початком ремісії ми вважали період після 1 місяця утримання пацієнтом від вживання алкоголю. На даному етапі допомоги ми, згідно з існуючими рекомендаціями [8, 9], з метою стимулювання соціальної активності пацієнта надавали перевагу соціоорієнтованим методикам (раціональна і сімейна психотерапія, терапевтичні спільноти, групи само- та взаємодопомоги, оскільки саме ці методи найбільше підвищують «реабілітаційний потенціал» хворого. А біологічну терапію застосовували здебільшого як допоміжну, необхідну лише для корекції постінтоксикаційних розладів у гострому періоді недуги. Це не стосується антидепресивних

препаратів і тимостабілізаторів, їх пацієнти с ДР приймали до 6 місяців і довше. Психотерапію ми спрямовували на гармонізацію внутрішньої картини хвороби, зміцнення установки на тверезий спосіб життя. При цьому враховували внутрішньоособистісну мотивацію алкоголізації, усували існуючі психотравмуючі обставини, стимулювали зміну ставлення пацієнта до таких впливів і до отримання задоволення поза алкогольними ексцесами (сімейні радощі, кар'єра, спорт, хобі тощо). До уваги було взято й результати проведеного нами соціально-демографічного дослідження пацієнтів із алкогольною залежністю (АЗ) і депресією. Воно вірогідно вказало на низький рівень освіти як один із предикторів алкогольної залежності ($p \leq 0,01$; $\chi^2=13,277$), до таких предикторів достовірно віднесено також трудову дезадаптацію ($p \leq 0,01$; $\chi^2=11,345$), і, менш вірогідно (слід продовжити подібне дослідження), – на негативний вплив особливостей сімейного статусу ($p \leq 0,01$; $\chi^2=11,345$). Ця інформація була врахована при обранні спрямованості та засобів соціально-психологічної корекції.

При оцінці результатів протирецидивного лікування ми притримувалися рекомендацій Kaplan H. I., Sadock B. J. (2002), які стійкість та тривалість ремісії оцінюють ретроспективно, виділяючи повну та часткову ремісії [3]. Аналіз катамнестичних даних (6 місяців – 2 роки після купірувального курсу терапії) вдалося провести стосовно 42 осіб із ВАШН. Він показав, що 18 (43 %) з них впродовж динамічного спостереження були в стані часткової ремісії, тобто епізодично вживали спиртне, хоча й помітно рідше (ми визнали такий результат як покращення). У 5 (12 %) виникли симптоми алкогольної залежності (за МКХ-10: F01.2), яка сформувалася за період спостереження (негативний результат). До позитивних результатів (значне покращення) ми віднесли 24 (57 %) випадки, в яких у пацієнтів констатовано повну ремісію, а саме – абсолютне утримання від вживання алкоголю та зворотний розвиток депресії. Встановлена тенденція до менш частого трансформування ВАШН у синдром алкогольної залежності та інші форми тяжкої алкогольної патології, порівняно з тими, хто отримував традиційне протирецидивне лікування та особами, які його взагалі не отримували. Але це питання потребує подальшого вивчення та обговорення.

Висновки

Різним етапам ремісії при нециркулярних депресивних розладах у осіб, що зловживають алкоголем, притаманні певні особливості клінічних проявів, що мають як типові, так і індивідуальні ознаки. Динамічне спостереження за цими хворими після етапу купірувальної терапії з метою аналізу змін у структурі ремісії дозволяє диференціювати та персоніфікувати комплексну терапію відповідно до тієї чи іншої стадії хвороби. Подібний підхід до ведення пацієнтів із ВАШН і депресією сприяє запобіганню або ранньому виявленню ознак пререцидиву хвороби і вчасному усуненню можливого рецидиву, а також, можливо, зниженню вірогідності формування в них більш тяжких форм як алкоголізму, так і афективних розладів.

Список використаної літератури

1. Вовин Р. Я. Мероприятия по проведению профилактической (протирецидивной) терапии больных с эндогенными психическими заболеваниями : методические рекомендации / Р. Я. Вовин, Л. С. Сverdlov. – Библиотека нормативно-правовых актов. – 05.02.1988 № 10-III/ПС-88-4/ПФ. – М., 1988. – 15 с.
2. Захарова К. В. Качество и стойкость ремиссии при применении антидепрессантов у больных с нециркулярными депрессивными расстройствами / К. В. Захарова // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 1. – С. 53–58.
3. Каплан Г. Клиническая психиатрия / Г. Каплан, Б. Дж. Сэдок. – М.: Медицина, 2002. – (Т. 1) – 672 с.
4. Напреенко О. К. Нециркулярні депресії : монографія / О. К. Напреенко, К. М. Логановський, О. Г. Сиропятов; за ред. проф. О. К. Напреенка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
5. Смудевич А. Тревожные депрессии [Электронный ресурс] / А. Смудевич, Э. Дубницкая // Медицинская газета. – № 2. – 2004 г. – Режим доступа: http://www.rusmedserv.com/medgazeta/2004g/2/article_2894.html (дата обращения: 01.03.2017).
6. Напреенко О. К. Психиатрия і наркологія : підручник / О. К. Напреенко, М. І. Винник, І. Й. Влох; за ред. проф. О. К. Напреенка. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 528 с.
7. Andrews G. Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? / G. Andrews, R. Poulton, I. Skoog // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 187. – P. 495–496. DOI:10.1192/bjp.187.6.495.
8. An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment / K. E. Watkins, S. B. Hunter, K. A. Hepner [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011. – Vol. 68, issue 6. – P. 577–584. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2011.53.
9. Gotoh M. An investigation into the effectiveness of integrated group therapy and prognosis for dually diagnosed patients an invitation for the dual-diagnosis patients to the 12 step group therapy for alcoholics / M. Gotoh // Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. – 2012. – Vol. 47, issue 3. – P. 144–154.
10. National Comorbidity Survey Replication. 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. DOI:10.1001/jama.289.23.3095.
11. Mindham R. H. An evaluation of continuation therapy with tricyclic antidepressants in depressive illness / R. H. Mindham, C. Howland, M. Shepherd // Psychol. Med. – 1973. – Vol. 3, issue 1. – P. 5–17.

References

1. Vovin, R. Ya., & Sverdlov, L. S. (1988). *Meropriiatia po provedeniiu profilakticheskoi protivoretsidivnoi terapii bolnykh s endogennymi psikhicheskimi zabolevaniiami metodicheskie rekomendatsii* [Measures to conduct preventive (antirecurrent) therapy of patients with endogenous mental diseases: methodological recommendations]. Moscow: (n.p.), 15 p. (In Russian).
2. Zakharova, K. V. (2008). Kachestvo i stoikost remissii pri primeneniі antidepressantov u bolnykh s nepsikhicheskimi depressivnymi rasstroistvami [Quality and persistence of remission in non-psychotic depressed patients receiving antidepressant medications]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*, no. 1, pp. 53–58. (In Russian).
3. Kaplan, G., & Sedok, B. Dzh. (2002). *Klinicheskaiia psikhiatriia* (T. 1) [Clinical psychiatry (Vol. 1)]. Moscow: Medicina Publ., 672 p. (In Russian).
4. Napryeyenko, O. K., Lohanovskiy, K. M., & Syrop'iatov, O. G. (2013). *Netsyrkuliarni depresii* [Noncircular depression]. O. K. Napryeyenko (Ed.). Kyiv: Sofiya-A Publ., 624 p. (In Ukrainian).
5. Smulevich, A., & Dubnitskaia, E. (2004). Trevozhnye depressii [Anxious Depressions]. *Meditsinskaia gazeta – Medical Newspaper*, no. 2. Retrieved from: http://www.rusmedserv.com/medgazeta/2004g/2/article_2894.html (accessed 01.03.2017, in Russian).
6. Napryeyenko, O. K., Vynnyk, M. I., & Vlokh, I. Y. (2011). *Psykhiatriia i narkolohiia* [Psychiatry and Narcology]. O. K. Napryeyenko (Ed.). Kyiv: VSV «Medytsyna» Publ., 528 p. (In Ukrainian).
7. Andrews, G., Poulton, R., & Skoog, I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *British Journal of Psychiatry*, vol. 187, pp. 495–496. DOI:10.1192/bjp.187.6.495.
8. Watkins, K. E., Hunter, S. B., Hepner, K. A., Paddock, S. M., de la Cruz, E., Zhou, A. J., & Gilmore, J. (2011). An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, vol. 68, issue 6, pp. 577–584. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2011.53.
9. Gotoh, M. (2012). An investigation into the effectiveness of integrated group therapy and prognosis for dually diagnosed patients an invitation for the dual-diagnosis patients to the 12 step group therapy for alcoholics. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*, vol. 47, issue 3, pp. 144–154.
10. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, vol. 289, no. 23, pp. 3095–3105. DOI:10.1001/jama.289.23.3095.
11. Mindham, R. H., Howland, C., & Shepherd, M. (1973). An evaluation of continuation therapy with tricyclic antidepressants in depressive illness. *Psychological Medicine*, vol. 3, issue 1, pp. 5–17.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ, АССОЦИИРОВАННЫХ СО ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЕМ

А. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко

Актуальность представленной работы обусловлена недостаточным уровнем медицинской помощи больным с коморбидными депрессивными расстройствами (ДР) и синдромом алкогольной зависимости (АЗ, по МКБ-10: F10.2), а также фактической неразработанностью проблемы сосуществования употребления алкоголя с вредными последствиями (УАВП, по МКБ-10: F10.1) и депрессии, в том числе в стадии ремиссии.

Целью данного исследования стало повышение эффективности психолого-психиатрической помощи лицам с УАВП и депрессией путем разработки, использования и оценки результативности системы противорецидивной терапии, которая учитывает факторы происхождения и предикторы рецидивов, а также стадии ремиссии у этих пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 65 больных с УАВП и симптомами депрессии, при этом использованы клинично-anamnestический, клинично-психопатологический, психодиагностический (скрининг шкала AUDIT, шкала самооценки депрессии Цунга, стандартизованная шкала депрессии Гамильтона, шкала Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, методика К. Леонгарда – Г. Шмишека), социально-демографический и статистический методы исследования.

Результаты и выводы. Сделаны выводы о том, что разным этапам ремиссии депрессивных расстройств присущи определенные типичные и индивидуальные особенности клинических проявлений купирующей терапии. Динамическое наблюдение за этими пациентами после этапа купирующей терапии с целью анализа изменений в структуре ремиссии позволяет дифференцировать и персонализировать комплексное лечение депрессии в соответствии с той или иной стадией ремиссии. Такой подход способствует предупреждению или раннему выявлению признаков прероцидива, а также, возможно, снижению вероятности формирования у больных с УАВП алкогольной зависимости и других тяжелых форм как злоупотребления алкоголем, так и аффективных расстройств.

Ключевые слова: депрессия, злоупотребление алкоголем, предикторы, стадии ремиссии, противорецидивная терапия.

PRINCIPLES AND METHODS OF ANTIRECIDIVE THERAPY FOR ALCOHOL ABUSE ASSOCIATED DEPRESSIONS

О. К. Napryeyenko, N. Yu. Napryeyenko

Background. The actuality of the presented work is caused by the insufficient level of medical care for patients with comorbid depressive disorders (DD) and alcohol dependence syndrome (AD, according to ICD-10: F10.2), as well as the actual undeveloped problem of coexistence of alcohol use with harmful consequences (AUHC, by ICD-10: F10.1) and depression, including in remission state.

Objective. The purpose of this study was to increase the effectiveness of psychologic and psychiatric care for people with AUHC and depression by developing, using and evaluating the effectiveness of the antirecidive therapy system that takes into account the factors of origin and predictors of relapse, as well as the remission stages in these patients.

Materials and methods. 65 patients with AUHC and depression symptoms were examined, using clinico-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic (AUDIT screening scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Hamilton Rating Scale for Depression, Ch. D. Spielberger – Yu. L. Khanin scale, methodic of K. Leonhard – G. Shmishchek), socio-demographic and statistical methodics of research.

Results and conclusions. It is concluded that different stages of the remission of depressive disorders are characterized by certain typical and individual characteristics of the clinical manifestations of cupping therapy. Dynamic observation of these patients after cupping therapy stage for analyzing changes in the structure of remission allows to differentiate and personify the treatment complex of depression in accordance with a particular stage of remission. This approach contributes to the prevention or early detection of signs of prerocidive, and, possibly, to a decrease in the likelihood of the formation of alcohol dependence and other severe forms of alcohol abuse and affective disorders in patients with AUHC.

Keywords: depression, alcohol abuse, predictors, remission stages, antirecidive therapy.

Стаття надійшла до редакції 10.04.2017 р.

НАПРЄЄНКО Олександр Костянтинович, д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (НМУ ім. О. О. Богомольця), м. Київ, Україна; e-mail: napr_center@bigmir.net
НАПРЄЄНКО Наталія Юрївна, к. мед. н., доцент, доцент кафедри психіатрії та наркології НМУ ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: napr_center@bigmir.net

НАПРЄЄНКО Александр Константинович, д. мед. н., профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца (НМУ им. А. А. Богомольца), г. Киев, Украина; e-mail: napr_center@bigmir.net
НАПРЄЄНКО Наталья Юрьевна, к. мед. н., доцент, доцент кафедры психиатрии и наркологии НМУ им. А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: napr_center@bigmir.net

NAPRYEYENKO Oleksandr Kostiantynovych, M.D., Docent, Ph.D. & Dr. Med. Sci., Professor, Chief of Department of Psychiatry and Narcology of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: napr_center@bigmir.net
NAPRYEYENKO Nataliya Yuriivna, M.D., Ph.D., Associated Professor of Department of Psychiatry and Narcology of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: napr_center@bigmir.net

Т. М. Радченко¹, М. О. Овчаренко¹, Л. Л. Пінський²

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЗАМІСНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ЖІНОК ІЗ ГІПОТИРЕОЗОМ НА РОЗВИТОК ПСЕВДОАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМУ

¹ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

tatyana1radchenko@gmail.com

Ключові слова:

опіїдна залежність у жінок, гіпотиреоз, замісна гормональна терапія, псевдоабстинентний синдром.

Актуальність. Опіїдна залежність (ОЗ) зазвичай супроводжується інвалідизацією хворих, ранньою смертністю, значною соціальною контагіозністю.

Мета – оцінити клінічну ефективність замісної гормональної терапії левотироксином у наркозалежних жінок із гіпотиреозом щодо розвитку псевдоабстинентного синдрому.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 74 наркозалежних жінки віком від 18 до 41 року, у яких був верифікований низькопрогресивний варіант (НП) ОЗ із аутоімунним тиреоїдитом та гіпофункцією щитоподібної залози.

Результати. Впродовж 3 місяців спостереження після виписки із стаціонару у 11 (28,9 %) із 38 пацієнток основної групи розвинувся ПАС, а у 27 (71,1 %) хворих симптомів ПАС визначено не було. При призначенні замісної терапії левотироксином частота ПАС в основній групі була в 2,1 раза нижчою, ніж у групі зіставлення.

Висновки. У клінічній практиці доцільне використання замісної гормональної терапії левотироксином у наркозалежних жінок із коморбідним аутоімунним тиреоїдитом та гіпотиреозом з метою запобігання розвитку псевдоабстинентного синдрому впродовж диспансерного спостереження хворих цієї групи.

Актуальність. Зростаюча поширеність наркотичної залежності в Україні є однією з найважливіших медичних проблем сьогодення [3, 7–9, 12]. Опіїдна залежність (ОЗ) зазвичай супроводжується інвалідизацією хворих, ранньою смертністю, значною соціальною контагіозністю [10, 13]. У структурі захворюваності на ОЗ відзначається збільшення її поширеності серед жінок, особливо дітородного віку [16]. У наркозалежних жінок наявні вірогідні гендерні відмінності у механізмах початку, прогресування та рецидивування хвороби [1, 2].

Псевдоабстинентний синдром (ПАС) є одним із варіантів рецидивонебезпечних клінічних станів (РНКС), при якому клінічні прояви соматичної патології, які схожі з симптомами абстиненції, загострюють у пацієнтів патологічний потяг і провокують повторне вживання психоактивних речовин [10, 12]. Раніше була доведена патогенетична роль реактивації хронічного вірусного гепатиту С в індукції ПАС та доцільність корегуальної терапії для запобігання рецидивів вживання опіїдів [4, 15].

У наркозалежних хворих наявна значна поширеність патології щитоподібної залози [14]. Декомпенсація тиреоїдного статусу із дефіцитом тироксину та трийодтироніну супроводжується вираженими депресивними розладами, зниженням когнітивних функцій, диспепсичним синдромом, що наркозалежні хворі можуть розцінювати як прояви абстиненції [5, 6, 11].

Аналіз впливу замісної гормональної терапії левотироксином на частоту розвитку ПАС у наркозалежних жінок із гіпотиреозом (ГТ) на фоні аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) дозволить розробити нові підходи щодо запобігання розвитку рецидивів вживання опіїдів при рецидивонебезпечних клінічних станах.

Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності до теми, що фінансується МОЗ України «Клініко-патогенетичні особливості перебігу та лікування соматичної та ендокринної патології у наркозалежних хворих (номер держреєстрації 0114U001956), та відповідно до теми науково-дослідницької роботи кафедри наркології ХМАПО «Інтегровані підходи до діагностики, терапії, профілактики та реабілітації в сучасній наркології» (номер держреєстрації 0114U000515). Наукова тематика відповідає вимогам, що містяться в Розпорядженні КМУ, «Про затвердження плану заходів на 2015 рік з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» № 514-р від 25.03 2015 р.

Мета дослідження – оцінити клінічну ефективність замісної гормональної терапії левотироксином у наркозалежних жінок із гіпотиреозом щодо розвитку псевдоабстинентного синдрому.

Завдання дослідження

1. Визначити частоту розвитку ПАС впродовж диспансерного спостереження в основній групі та в групі спостереження.

2. Оцінити динаміку лабораторних показників тиреоїдного статусу в наркозалежних жінок впродовж періоду диспансеризації.

3. Визначити клінічну доцільність використання левотироксину для запобігання розвитку ПАС у наркозалежних жінок із гіпотиреозом.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом перебували 74 наркозалежних жінок віком від 18 до 41 року, у яких був верифікований низькопрогресивний варіант (НП) ОЗ із аутоімунним тиреоїдитом та гіпофункцією щитоподібної залози.

Загальна група хворих була поділена за допомогою генератора випадкових чисел на 2 групи – основну (38 пацієнток віком від 19 до 41 року) та групу зіставлення (36 пацієнток віком від 18 до 39 років). Хворим основної групи, крім протирецидивного лікування, була призначена замісна гормональна терапія – левотироксин у дозі від 75 до 150 мкг на добу, хворі групи зіставлення впродовж диспансерного спостереження приймали лише протирецидивну терапію згідно із затвердженими клінічними протоколами. Критеріями включення до дослідження було діагностування у хворої опіоїдної залежності за критеріями МКХ-10 (F 11.2), аутоімунного тиреоїдиту (E 06.3) та гіпотиреозу (E 02, E 89) на підставі комплексу клінічних, ультрасонографічних, морфологічних [12] та лабораторних показників, зокрема активності антитиреопероксидази та антитиреоглобуліну сироватки крові, вмісту вільних трийодтироніну (Т3), тироксину (Т4) та тиреотропного гормону сироватки крові (ТТГ).

У кожній з обстежених груп ми визначали нормальність розподілу варіант за критеріями Kolmogorov–Smirnov, Lilliefors test та Shapiro–Wilk’s W test. У разі невідповідності критеріям нормальності в кожній групі обчислювали значення медіани (Me), її похибки (mMe), нижній (25 %) та верхній (75 %) квантилі ($Q_{25}-Q_{75}$). Для оцінки вірогідності міжгрупових відмінностей використовували непараметричні тести Mann–Whitney у незв’язаних груп та Wilcoxon у зв’язаних груп спостереження.

Результати та їх обговорення

Впродовж 3 місяців спостереження після виписки із стаціонару у 11 (28,9 %) із 38 пацієнток основної групи розвинувся ПАС, натомість у 27 (71,1 %) хворих симптомів ПАС виявлено не було. В групі зіставлення ПАС розвинувся у 22 (61,1 %) з 36 пацієнток, а у 14 (38,9 %) його симптомів не було. При порівнянні показників основної групи та групи зіставлення за допомогою частотного

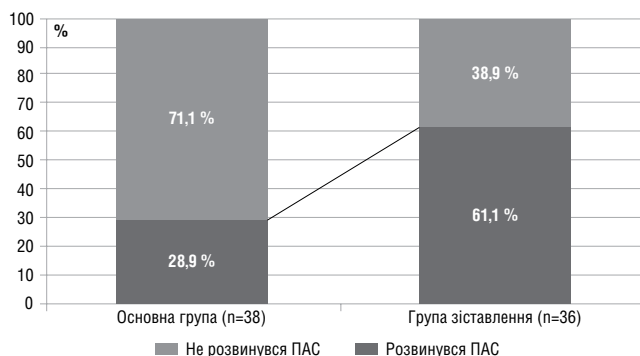


Рис. 1. Відсоток наркозалежних хворих основної групи та групи зіставлення, в яких розвинувся псевдообструктивний синдром впродовж диспансерного спостереження

калькулятора ми встановили, що при призначенні замісної терапії левотироксином частота ПАС була в 2,1 раза нижчою в основній групі, ніж у групі зіставлення ($p < 0,001$) (рис. 1).

Далі ми провели непараметричний аналіз лабораторних показників тиреоїдного статусу в групах наркозалежних хворих після виписки та через 3 місяці диспансерного спостереження. Встановлено, що безпосередньо після виписки в обох групах пацієнток сироватковий рівень вільного трийодтироніну (Т3) був вірогідно ($p < 0,001$ за Mann–Whitney) нижчим, ніж у групі донорів ($1,2 \pm 0,1$ пг/мл, $Q_{25}-Q_{75}=0,9-1,6$ пг/мл – основна група; $1,4 \pm 0,1$ пг/мл, $Q_{25}-Q_{75}=0,8-1,8$ пг/мл – група зіставлення; $3,5 \pm 0,1$ пг/мл, $Q_{25}-Q_{75}=2,7-4,1$ пг/мл – група донорів) (табл. 1).

При порівнянні вмісту вільного трийодтироніну (Т3) в основній групі та групі зіставлення вірогідних відмінностей на початку диспансерного спостереження виявлено не було ($p > 0,346$ за Mann–Whitney) (див. табл. 1). Також було встановлено, що вміст вільного тироксину (Т4) в сироватці крові хворих основної групи та групи зіставлення вірогідно не відрізнявся ($p > 0,346$ за Mann–Whitney) (див. табл. 1), та був нижчим, ніж у групі донорів ($p < 0,001$ за Mann–Whitney). Сироватковий рівень тиреотропного гормону (ТТГ) у хворих основної групи та групи зіставлення значно ($p < 0,001$ за Mann–Whitney) перевищував аналогічний показник донорів ($7,7 \pm 0,2$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=5,5-11,6$ МО/мл; $9,0 \pm 0,2$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=6,2-11,7$ МО/мл; $2,4 \pm 0,1$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=1,5-2,8$ МО/мл відповідно) (див. табл. 1). Вміст ТТГ у основній та групі зіставлення до початку замісної терапії вірогідно не відрізнявся ($p > 0,346$ за Mann–Whitney) (див. табл. 1).

У пацієнток із гіпотиреозом в обох групах виявлено високий рівень сироваткової антитиреопероксидази (АТПО): в основній групі – $115,5 \pm 2,3$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=78-161$ МО/мл, у групі зіставлення – $131,5 \pm 2,8$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=96-170,5$ МО/мл (міжгруповий аналіз за Mann–Whitney – $p > 0,602$; див. табл. 1). Вміст антитиреоглобуліну (АТГ) в сироватці крові наркозалежних жінок також був вірогідно вищим, ніж у донорів ($62,2 \pm 1,6$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=39-81$ МО/мл; $p < 0,001$ за Mann–Whitney), та не мав вірогідних міжгрупових відмінностей між показниками основної групи та групи зіставлення ($347 \pm 7,6$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=245-570$ МО/мл та $420 \pm 19,0$ МО/мл, $Q_{25}-Q_{75}=271-556,5$ МО/мл; $p > 0,551$ за Mann–Whitney; див. табл. 1).

Далі ми проаналізували динаміку показників тиреоїдного статусу пацієнток основної групи та групи зіставлення після тримісячного диспансерного спостереження та призначення замісної гормональної терапії наркозалежним хворим основної групи. Після повторного забору та аналізу крові виявлено, що рівень Т3 у сироватці крові наркозалежних хворих основної групи збільшився в 2,7 раза, до $3,2 \pm 0,1$ пг/мл ($Q_{25}-Q_{75}=1,7-3,9$ МО/мл), що перевищувало показники групи зіставлення в 2,1 раза ($1,5 \pm 0,1$ пг/мл ($Q_{25}-Q_{75}=0,8-2,1$ МО/мл; $p < 0,001$ за Mann–Whitney) та вірогідно не відрізнявся від показників донорів ($3,5 \pm 0,1$ пг/мл; $Q_{25}-Q_{75}=2,7-4,1$ МО/мл; $p > 0,256$ за Mann–Whitney; табл. 2).

При аналізі рівня вільного тироксину (Т4) в сироватці крові впродовж диспансеризації ми встановили, що в основній групі його вміст збільшився в 2,8 раза

Таблиця 1. Показники тиреоїдного статусу в наркозалежних жінок до проведення замісної гормональної терапії

Показники сироватки крові	Групи пацієнтів			Вірогідність відмінності показників основної групи та групи зіставлення за Mann-Whitney
	Група донорів (n=31)	Основна група (n=38)	Група зіставлення (n=36)	
Рівень вільного трийодтироніну (Т3), пг/мл	3,5±0,1 (2,7–4,1)	1,2±0,1* (0,9–1,6)	1,4±0,1* (0,8–1,8)	>0,346
Рівень вільного тироксину (Т4), нг/дл	1,3±0,1 (1,1–1,7)	0,4±0,1* (0,3–0,5)	0,6±0,1* (0,3–0,7)	>0,084
Рівень тиреотропного гормону (ТТГ), мкМО/мл	2,4±0,1 (1,5–2,8)	7,7±0,2* (5,5–11,6)	9,0±0,2* (6,2–11,7)	>0,572
Рівень антитиреопероксидази (АТПО), МО/мл	28,0±0,4 (17,0–33,0)	115,5±2,3* (78–161)	131,5±2,8* (96,0–170,5)	>0,602
Рівень антитиреоглобуліну (АТГ), МО/мл	62,2±1,6 (39,0–81,0)	347±7,6* (245–570)	420±19,0* (271,0–556,5)	>0,551

Примітки: 1. У цій та наступних таблицях в чисельнику вказані значення медіани (Me) та похибки медіани (Me±m), в знаменнику значення нижнього (Q₂₅) та верхнього кватилів (Q₇₅) (Q₂₅–Q₇₅). 2. * – вірогідність відмінності від показників групи донорів (p<0,001 за Mann-Whitney).

Таблиця 1. Показники тиреоїдного статусу в наркозалежних жінок до проведення замісної гормональної терапії

Показники сироватки крові	Групи пацієнтів			Вірогідність відмінності показників основної групи та групи зіставлення за Mann-Whitney
	Група донорів (n=31)	Основна група (n=38)	Група зіставлення (n=36)	
Рівень вільного трийодтироніну (Т3), пг/мл	3,5±0,1 (2,7–4,1)	3,2±0,1 (1,7–3,9)	1,5±0,1* (0,8–2,1)	<0,001
Рівень вільного тироксину (Т4), нг/дл	1,3±0,1 (1,1–1,7)	1,1±0,1 (0,7–1,5)	0,7±0,1* (0,35–0,85)	<0,001
Рівень тиреотропного гормону (ТТГ), мкМО/мл	2,4±0,1 (1,5–2,8)	2,2±0,1 (0,9–3,4)	7,1±0,2* (4,7–10,4)	<0,001
Рівень антитиреопероксидази (АТПО), МО/мл	28,0±0,4 (17,0–33,0)	152,5±6,8* (99,0–188,0)	168,5±3,7* (89,5–238,0)	>0,455
Рівень антитиреоглобуліну (АТГ), МО/мл	62,2±1,6 (39,0–81,0)	448,5±7,3* (316–539)	431,5±7,7* (269,5–558)	>0,695

* – вірогідність відмінності від показників групи донорів (p<0,001 за Mann-Whitney).

(1,1±0,1 нг/мл; Q₂₅–Q₇₅=0,7–1,5 нг/мл), що перевищувало показник групи зіставлення в 1,6 раза (0,7±0,1 нг/мл; Q₂₅–Q₇₅=0,35–0,85 нг/мл; p<0,001 за Mann-Whitney) (див. табл. 2).

При аналізі динаміки вмісту ТТГ в основній групі було визначено, що після проведення замісної гормональної терапії рівень цього гормону в сироватці крові вірогідно зменшився до 2,2±0,1 мкМО/мл (Q₂₅–Q₇₅=0,9–3,4 мкМО/мл), що вірогідно не відрізнялося від показників донорів (2,4±0,1 мкМО/мл; Q₂₅–Q₇₅=1,5–2,8 мкМО/мл; p>0,256 за Mann-Whitney) (див. табл. 2). При аналізі концентрації ТТГ у сироватці крові хворих групи зіставлення встановлено, що в періоді диспансерного спостереження мало місце помірне невірогідне зменшення (p>0,256 за Mann-Whitney) рівня цього показника до 7,1±0,2 мкМО/мл (Q₂₅–Q₇₅=4,7–10,4 мкМО/мл), що перевищувало показники донорів у 3 рази (p<0,001 за Mann-Whitney) (див. табл. 2).

Далі був проведений дискримінантний аналіз лабораторних показників основної групи. Встановлено, що найбільші дискримінантні властивості в основній групі впродовж проведення замісної гормональної терапії мали рівень вільного тироксину (F=59,2; p<0,001) та тиреотропного гормону (F=33,0; p<0,001) (рис. 2).

Аналізуючи рівень АТПО в основній групі та групі зіставлення впродовж диспансеризації ми встановили, що вірогідних змін їх вмісту в сироватці крові

не відбулося. Концентрація цих антитіл до та після тримісячного періоду спостереження в основній групі складала 115,5±2,3 МО/мл (Q₂₅–Q₇₅=78–161 МО/мл) та 152,5±6,8 МО/мл (Q₂₅–Q₇₅=99–188 МО/мл) (p>0,103 за Wilcoxon). Рівень АТПО в групі зіставлення також практично не змінювався впродовж диспансеризації (131,5±2,8 МО/мл; Q₂₅–Q₇₅=96,0–170,5 МО/мл та 168,5±3,7 МО/мл; Q₂₅–Q₇₅=89,5–238,0 МО/мл відповідно; p>0,349 за Wilcoxon) (табл. 3).

При аналізі вмісту АТГ ми встановили, що впродовж спостереження його рівень в обох групах практично не змінювався. В основній групі до проведення замісної гормональної терапії рівень АТГ був 347±7,6 МО/мл (Q₂₅–Q₇₅=245,0–570 МО/мл), а після – 448,5±7,3 МО/мл (Q₂₅–Q₇₅=316,0–539 МО/мл) (p>0,153 за Wilcoxon). У групі зіставлення спостерігали таку ж динаміку. Зокрема, на початку спостереження концентрація АТГ складала 420,0±19,0 МО/мл (Q₂₅–Q₇₅=271,0–556,5 МО/мл), а після

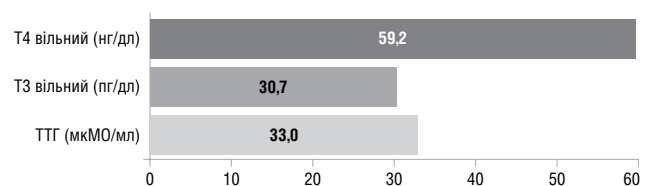


Рис. 2. Значення коефіцієнта F при проведенні дискримінантного аналізу лабораторних показників основної групи до та після замісної терапії наркозалежних жінок із гіпотиреозом

Таблиця 3. Результати аналізу лабораторних показників сироватки крові основної групи та групи зіставлення протягом диспансерного спостереження за Wilcoxon

Показники сироватки крові	Групи пацієнтів	
	Основна група (n=38)	Група зіставлення (n=36)
Рівень вільного трийодтироніну (Т3), пг/мл	<0,001	>0,480
Рівень вільного тироксину (Т4), нг/дл	<0,001	>0,427
Рівень тиреотропного гормону (ТТГ), мкМО/мл	<0,001	>0,307
Рівень антитиреопероксидази (АТПО), МО/мл	>0,103	>0,349
Рівень антитиреоглобуліну (АТГ), МО/мл	>0,153	>0,875

тримісячного терміну – 431,5±7,7 МО/мл ($Q_{25}-Q_{75}=269,5-558$ МО/мл) ($p>0,349$ за Wilcoxon) (див. табл. 3).

У подальших дослідженнях доцільно буде провести оцінку впливу замісної гормональної терапії на патопсихологічні показники у наркозалежних жінок із низькопрогредієнтним перебігом ОЗ та коморбідним аутоімунним тиреоїдитом із гіпофункцією щитоподібної залози.

Висновки

Проведення замісної гормонотерапії левотироксином вірогідно зменшує частоту розвитку псевдоабстинентного синдрому в наркозалежних жінок із аутоімунним тиреоїдитом та гіпотиреозом впродовж диспансерного спостереження ($p<0,001$ за частотним калькулятором).

Після проведення замісної гормонотерапії левотироксином у наркозалежних жінок відбулось вірогідне зменшення вмісту ТТГ у сироватці крові – з 7,7±0,2 МО/мл ($Q_{25}-Q_{75}=5,5-11,6$ МО/мл) до 2,2±0,1 мкМО/мл ($Q_{25}-Q_{75}=0,9-3,4$ мкМО/мл), що не мало вірогідних відмінностей від показників донорів (2,4±0,1 мкМО/мл; $Q_{25}-Q_{75}=1,5-2,8$ мкМО/мл; $p>0,256$ за Mann-Whitney).

В основній групі хворих зменшення частоти розвитку псевдоабстинентного синдрому після призначення замісної гормональної терапії супроводжувалося вірогідним зростанням вмісту вільного Т4 (тироксину) – з 0,4±0,1 нг/мл ($Q_{25}-Q_{75}=0,3-0,5$ нг/мл) до 1,1±0,1 нг/мл ($Q_{25}-Q_{75}=0,7-1,5$ нг/мл) ($p<0,001$ за Wilcoxon) та збільшенням вмісту Т3 (трийодтироніну) з 1,2±0,1 пг/мл ($Q_{25}-Q_{75}=0,9-1,6$ пг/мл) до 3,2±0,1 пг/мл ($Q_{25}-Q_{75}=1,7-3,9$ пг/мл) ($p<0,001$ за Wilcoxon). Показники вмісту вільних Т3, Т4 та ТТГ після проведення замісної терапії практично не мали вірогідних відмінностей від показників групи донорів ($p<0,001$ за Mann-Whitney).

Найбільші дискримінантні властивості в основній групі впродовж проведення замісної гормональної терапії мали рівні вільного тироксину ($F=59,2$; $p<0,001$) та тиреотропного гормону ($F=33,0$; $p<0,001$).

У клінічній практиці доцільне використання замісної гормональної терапії левотироксином у групі наркозалежних жінок із коморбідним аутоімунним тиреоїдитом та гіпотиреозом з метою запобігання розвитку псевдоабстинентного синдрому впродовж диспансерного спостереження цієї групи хворих.

Список використаної літератури

- Gender differences in mortality among treated opioid dependent patients / E. Evans, A. Kelleghan, L. Li [et al.] // *Drug. Alcohol. Depend.* – 2015. – Vol. 155. – P. 228–235. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.07.010.
- Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment / A. R. Levine, L. H. Lundahl, D. M. Ledgerwood [et al.] // *J. Subst. Abuse. Treat.* – 2015. – Vol. 54. – P. 37–43. DOI:10.1016/j.jsat.2015.01.009.
- Битенский В. С. Роль алкоголизма и наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В. С. Битенский // *Журн. НАМН України.* – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 543–550.
- Вплив активності коморбідного хронічного гепатиту С на непараметричні кореляційні зв'язки між концентрацією прозапальних цитокинів та показниками хемілюмінесценції сироватки крові у хворих на опіоїдну залежність / М. О. Овчаренко, І. К. Сосін, С. Є. Казакова [та ін.] // *Загальна патологія та патологічна фізіологія.* – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 178–185.
- Городинська О. Ю. Гіпотиреоз: особливості клінічного перебігу в умовах йододефіциту / О. Ю. Городинська // *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».* – 2012. – Т. 15, Вип. 1 (49). – С. 70–73.
- Жуков А. О. Психические расстройства, возникающие в условиях дефицита йода : дис. на соискание ученой степени д-р. мед. наук: 14.00.18 / Жуков Александр Олегович. – Москва, 2007. – 262 с.
- Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / [А. М. Вівський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк та ін.]. – Київ, 2011. – 22 с.
- Линский И. В. Исследование влияния наследственности на прогредієнтность заболеваний наркологического профиля / И. В. Линский // *Український вісник психоневрології.* – 1999. – Т. 7, Вип. 4. – С. 41–45.
- Линский И. В. Семейный анамнез как источник информации о предрасположенности к заболеваниям наркологического профиля / И. В. Линский // *Український медичний часопис.* – 2000. – № 5. – С. 141–144.
- Минко А. И. Наркология / А. И. Минко, И. В. Линский. – М.: Изд-во ЭКСМО, 2004. – 2-е изд., испр. и доп. – 736 с.
- Михайлова Е. Б. Особенности формирования психических нарушений при субклинической форме гипотиреоза (клинико-динамический, клинико-терапевтический и социальный аспекты) : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.00.18. – Казань, 2006. – 191 с.
- Наркологія : національний підручник (за ред. проф. І. К. Сосіна, доц. Ю. Ф. Чуєва). – Харків : Колегіум, 2014. – 1500 с.
- Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / [О. М. Балакірєва (кер. авт. кол.), Т. В. Бондар, Н. О. Рингач та ін.]. – К.: УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.
- Соколова С. Л. Морфологические изменения щитовидной железы у лиц мужского пола, употребляющих наркотические вещества : дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.00.24. – Ижевск, 2004. – 183 с.
- Сосин И. К. Диагностическая значимость функциональных проб печени при наркозависимых токсических гепатитах / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев, Т. К. Задорожная // *Современные проблемы диагностики и терапии гепатитов. Приложение к журналу «School of Fundamental Medicine Journal».* – 2000. – Т. 5, № 2. – С. 128–132.

References

- Evans, E., Kelleghan, A., Li, L., Min, J., Huang, D., Urada, D., ... Nosyk, B. (2015). Gender differences in mortality among treated opioid dependent patients. *Drug. Alcohol. Depend.*, vol. 155, pp. 228–235. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2015.07.010.
- Levine, A. R., Lundahl, L. H., Ledgerwood, D. M., Lisieski, M., Rhodes, G. L., & Greenwald, M. K. (2015). Gender-specific predictors of retention and opioid abstinence during methadone maintenance treatment. *J. Subst. Abuse. Treat.*, vol. 54, pp. 37–43. DOI:10.1016/j.jsat.2015.01.009.
- Bitenskiy, V. S. (2007). Rol alkoholizma i narkomanii v demograficheskom krizise v Ukraine [The role of alcoholism and drug addiction in the demographic crisis in Ukraine]. *Zhurnal NAMN Ukrainy – Journal of NAMS of Ukraine*, vol. 13, issue 3, pp. 543–550. (In Russian).
- Ovcharenko, M. O., Sosin, I. K., Kazakova, S. E., Pinsky, L. L., & Ovcharenko, T. M. (2010). Vplyv aktivnosti komorbidnoho khronichnoho hepatytu S na neparametrychni korelyatsiini z'v'iazky mizh kontsentratsiieiu prozapalnykh tsytokiniv ta pokaznykamy khemiluminesentsii syrovatky krovi u khvorykh na opioyidnu zalezhnist [Influence of activity of associated chronic hepatitis c on non-parametric correlational connections between the concentration of proinflammatory cytokines and indexes of chemiluminescence of serum of blood in patients with opioid dependence]. *Zahalna patolohiia ta patolohichna fiziolohiia – General pathology and pathological physiology*, vol. 5, no. 1, pp. 178–185. (In Ukrainian).
- Horodynska, O. Yu. (2012). Hipotyreozy: osoblyvosti klinichnoho perebihu v umovakh yododefitsytu [Hypothyroidism: features of clinical course in conditions of iodine deficiency]. *Visnyk VDNZU «Ukrainska medychna stomatolohichna akademiia» – Actual Problems of the Modern Medicine*, vol. 15, issue 1 (49), pp. 70–73. (In Ukrainian).
- Zhukov, A. O. (2007). Psikhicheskie rasstroistva vznikayushchie v usloviakh defitsita ioda [Mental disorders arising in conditions of iodine deficiency]. *Doctor's thesis*, Moscow, 262 p. (In Russian).
- Vivskiy, A. M., Zhdanova, M. P., Sydiak, S. V., Beznohykh, V. S., Hryshchenko, A. I., Lepekha, K. I., ... Yudin, Yu. B. (2011). Zriz narokotychnoi sytuatsii v Ukraini (dani

- 2010 roku) [Review of the narcotic situation in Ukraine (2010 data)]. Kyiv, 22 p. (In Ukrainian).
23. Linsky, I. V. (1999). Issledovanie vlianiia nasledstvennosti na progredientnost zabolevani narkologicheskogo profilia [Investigation of the influence of heredity on the progress of diseases of the narcological profile]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 7, issue 4, pp. 41–45. (In Russian).
24. Linsky, I. V. (2000). Semeinyi anamnez kak istochnik informatsii o predraspolozhennosti k zabolevaniam narkologicheskogo profilia [The family anamnesis as the source of information concerning the predisposition to the drug addiction]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian Medical Journal*, no. 5, pp. 141–144. (In Russian).
25. Minko, A. I., & Linsky, I. V. (2004). *Narkologiya* [Narcology] (2nd ed.). Moscow: EKSMO Publ., 736 p. (In Russian).
26. Mikhailova, E. B. (2006). Osobennosti formirovaniia psikhicheskikh narushenii pri subklinicheskoi forme gipotireoza kliniko-dinamicheskii kliniko-terapevticheskii i sotsialnyi aspekty [Features of the formation of mental disorders in the subclinical form of hypothyroidism (clinical-dynamic, clinical-therapeutic and social aspects)]. *Candidate's thesis*, Kazan, 191 p. (In Russian).
27. Sosin, I. K., & Chuiev, Yu. F. (Eds.). (2014). *Narkologiya* [Narcology]. Kharkiv: Kolehium Publ., 1500 p. (In Ukrainian).
28. Balakirieva, O. M., Bondar, T. V., Halich, Yu. P., Rynhach, N. O., Sazonova, Ya. O., Sereda, Yu. V., ... Sakovych, O. T. (2008). *Riven i tendentsii poshyrennia tiutiunokurinnia, vzhyvannia alkoholiu ta narkotychnykh rechovyn sered uchnivskoi molodi Ukrainy* [The level and tendencies of tobacco smoke spread, alcohol and drug use among Ukrainian pupils]. O. M. Balakirieva (Ed.). Kyiv: UISD im. O. Yaremka Publ., 152 p. (In Ukrainian).
29. Sokolova, S. L. (2004). Morfologicheskie izmeneniia shchitovidnoi zhelezy u lits muzhskogo pola upotreblivshikh narkoticheskie veshchestva [Morphological changes in the thyroid gland in male subjects who used narcotic substances]. *Candidate's thesis*, Izhevsk, 183 p. (In Russian).
30. Sosin, I. K., Chuev, J. F., & Zodorojnaya, T. K. (2005). Diagnosticheskaia znachimost funktsionalnykh prob pecheni pri narkozavisimyykh toksicheskikh gepatitakh [Diagnostic significance of functional liver tests for drug-dependent toxic hepatitis]. *Sovremennye problemy diagnostiki i terapii gepatitov. Prilozhenie k zhurnalu «School of Fundamental Medicine Journal» – Current problems in the diagnosis and treatment of hepatitis. Annex to Journal «School of Fundamental Medicine Journal»*, vol. 5, no. 2, pp. 128–132. (In Russian).

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАМОСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН С ГИПОТИРЕОЗОМ НА РАЗВИТИЕ ПСЕВДОАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Т. Н. Радченко, Н. О. Овчаренко, Л. Л. Пинский

Актуальность. Опиоидная зависимость в основном сопровождается инвалидизацией больных, ранней смертностью, значительной социальной контагиозностью.

Цель – оценить клиническую эффективность заместительной гормональной терапии левотироксином у наркозависимых женщин с гипотиреозом на развитие псевдоабстинентного синдрома.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 74 наркозависимые женщины в возрасте от 18 до 41 года, у которых был верифицирован низкопрогредиентный вариант опиоидной зависимости с аутоиммунным тиреозитом и гипофункцией щитовидной железы.

Результаты. На протяжении 3 месяцев наблюдения после выписки из стационара у 11 (28,9 %) из 38 пациенток основной группы развился псевдоабстинентный синдром (ПАС), тогда как у 27 (71,1 %) больных симптомы ПАС выявлены не были. При назначении заместительной терапии левотироксином частота ПАС в основной группе была в 2,1 раза ниже, чем в группе сопоставления ($p < 0,001$).

Выводы. В клинической практике целесообразно использование заместительной гормональной терапии левотироксином в группе наркозависимых женщин с коморбидным аутоиммунным тиреозитом и гипотиреозом для предупреждения развития ПАС.

Ключевые слова: опиоидная зависимость у женщин, гипотиреоз, заместительная гормональная терапия, псевдоабстинентный синдром.

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF SUBSTITUTION HORMONAL THERAPY IN DRUG-DEPENDENT WOMEN WITH HYPOTHYROIDISM ON THE DEVELOPMENT OF PSEUDOWITHDRAWAL SYMPTOMS

T. M. Radchenko, M. O. Ovcharenko, L. L. Pinsky

Background. Opioid dependence mostly accompanied by disability, early mortality, significant social contagious.

Objective. Evaluate the clinical efficacy of hormone replacement therapy levothyroxine drug addicts in women with hypothyroidism for the development of pseudowithdrawal symptoms.

Materials and methods. 74 drug-dependent women aged 18 to 41 years were under observation, who had been tested for a low-variant variant of opioid dependence with autoimmune thyroiditis and hypothyroidism of the thyroid gland.

Results. During 3 months of follow-up after discharge from the hospital of 38 patients of the main group, pseudowithdrawal symptoms developed in 11 (28.9 %), and 27 (71.1 %) patients had no pseudowithdrawal symptoms. We found that when the substitution therapy with levothyroxine was administered, the pseudowithdrawal symptoms was 2.1 times lower in the main group than in the comparison group.

Conclusions. In clinical practice, it is advisable to use hormone substitution therapy with levothyroxine in a group of drug dependent women with comorbide autoimmune thyroiditis and hypothyroidism to prevent the development of pseudowithdrawal symptoms.

Keywords: opioid dependence in women, hypothyroidism, hormone replacement therapy, pseudowithdrawal symptoms.

Стаття надійшла до редакції 14.04.2017 р.

РАДЧЕНКО Тетяна Миколаївна, спожувач кафедри психіатрії та наркології з офтальмологією та отоларингологією ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна; e-mail: tatyana1radchenko@gmail.com

ОВЧАРЕНКО Микола Олексійович, д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології з офтальмологією та отоларингологією ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне, Україна; e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

ПІНСЬКИЙ Леонід Леонідович, д. мед. н., професор, професор кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, заслужений діяч науки і техніки, м. Київ, Україна; e-mail: pinskyleonid@gmail.com

РАДЧЕНКО Татьяна Николаевна, соискатель кафедры психиатрии и наркологии с офтальмологией и отоларингологией ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина; e-mail: tatyana1radchenko@gmail.com

ОВЧАРЕНКО Николай Алексеевич, д. мед. н., профессор, заведующий кафедры психиатрии и наркологии с офтальмологией и отоларингологией ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина, e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

ПИНСКИЙ Леонид Леонидович, д. мед. н., профессор, профессор кафедры клинической фармакологии и клинической фармации Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца, заслуженный деятель науки и техники, г. Киев, Украина; e-mail: pinskyleonid@gmail.com

RADCHENKO Tetiana Mykolayivna, Applicant of the Department of Psychiatry and Narcology with Ophthalmology and Otolaryngology of the State Institution «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine; e-mail: tatyana1radchenko@gmail.com

OVCHARENKO Mykola Oleksiyovych, MD, Sc.D., Professor, Head of Department of Psychiatry Ophthalmology and Otolaryngology of the State Institution «Lugansk State Medical University», Rubizhne, Ukraine; e-mail: lond-ovcharenko@ukr.net

PINSKY Leonid Leonidovich, MD, Sc.D., Professor, Professor of Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: pinskyleonid@gmail.com

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:355.292.3:340.63

О. П. Олійник

КРИМІНОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
СКОЄННЯ КРИМІНАЛЬНИХ ЗЛОЧИНІВ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
sudprof@ukr.net

Актуальність. Значна поширеність психічних розладів, нерідко в поєднанні з синдромом залежності від психоактивних речовин, особливості емоційного реагування в конфліктних ситуаціях сприяють скоєнню суспільно небезпечних діянь учасниками бойових дій. Це потребує розробки для них сучасних лікувально-профілактичних та соціально-реабілітаційних заходів з урахуванням реалій, в яких перебуває українське суспільство.

Мета – дослідити кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій з метою подальшої розробки сучасних підходів до судово-психіатричної оцінки психічних розладів та рекомендацій щодо заходів психосоціальної реабілітації таких осіб.

Матеріали та методи. Була відібрана та проаналізована вибірка із 87 учасників бойових дій, відносно яких проводились судово-психіатричні експертизи протягом 2014–2016 років. Для аналізу та обробки даних застосовували анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-психіатричного аналізу.

Результати. У структурі правопорушень учасників бойових дій переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (59,8 %).

Стан алкогольного сп'яніння та ситуація конфлікту були суттєвими криміногенними чинниками у скоєнні агресивних злочинів. Суспільно небезпечні діяння скоювались раптово, з особливою жорстокістю, з численними тілесними пошкодженнями. Це й ставало підставами для призначення експертизи.

В учасників бойових дій спостерігався високий відсоток психічних розладів (90,8 %), домінували стани залежності від психоактивних речовин (28,7 %), гостра алкогольна інтоксикація (48,3 %) та невротичні, пов'язані зі стресом психічні розлади (17,2 %).

Висновки. Наведені дані свідчать про серйозність проблеми адекватної психосоціальної реабілітації учасників бойових дій. Критерії відбору контингенту для психосоціальної реабілітації мають міститись в експертних рекомендаціях після комплексної судово-психіатричної оцінки психічних розладів та їх впливу на генез правопорушення.

Ключові слова:

судово-психіатрична експертиза, психічні розлади, залежність від психоактивних речовин, учасники бойових дій.

Актуальність. Під час збройних конфліктів та війн учасники бойових дій зазнають впливу безлічі факторів, що сприяють розвитку посттравматичних психічних порушень як психогенного, так і фізіогенного характеру (ЧМТ).

Особливою проблемою військового часу є зростання хімічних і нехімічних адикцій [1].

Психоактивні речовини (ПАР) мають властивість не тільки викликати емоційно-позитивні реакції, а й нейтралізувати емоційно-негативні стани, що актуально в умовах бойових дій [2].

Наявність психічних розладів, нерідко в поєднанні з синдромом залежності від ПАР, особливості психоло-

гічного стану та емоційного реагування в конфліктних ситуаціях сприяють скоєнню суспільно небезпечних діянь (СНД) учасниками бойових дій. Це потребує розробки для них сучасних лікувально-профілактичних та соціально-реабілітаційних заходів з урахуванням реалій, в яких перебуває українське суспільство.

Мета роботи – дослідити кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій з метою подальшої розробки сучасних підходів до судово-психіатричної оцінки психічних розладів та заходів психосоціальної реабілітації таких осіб.

Матеріали та методи дослідження

У рамках виконання проекту «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» була відібрана та проаналізована вибірка із 87 учасників АТО, які скоїли кримінальні злочини та відносно яких проводились судово-психіатричні експертизи протягом 2014–2016 років. Для аналізу та обробки даних застосовували анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-психіатричного аналізу.

Результати та їх обговорення

Обстежений контингент був представлений особами виключно працездатного, переважно молодого віку (табл. 1). Неповнолітній підекспертний, якому на час інкримінованого діяння виповнилось 17 років, нетривало брав участь у бойових діях на Сході України в складі одного з добровольчих батальйонів.

Таблиця 1. Розподіл підекспертних за віком

Віковий період	Абс. кількість	%
До 20 років	3	3,5
20–29 років	46	52,9
30–39 років	26	29,9
40–49 років	11	12,6
Більше 50 років	1	1,1
Усього	87	100

У дослідженій вибірці переважну більшість склали чоловіки (86 осіб, 98,9 %). Єдина жінка була представницею добровольчого батальйону, на час правопорушення їй виповнилось 19 років, кримінальний злочин вона вчинила з групою осіб із застосуванням вогнепальної зброї, спричинивши тілесні ушкодження та загибель декількох осіб.

Один учасник бойових дій проходив судово-психіатричну експертизу в якості потерпілого внаслідок спричинення йому легких тілесних ушкоджень. Решта підекспертних у кримінальних провадженнях були в статусі підозрюваних або обвинувачуваних (підсудних) (табл. 2).

У структурі правопорушень, які були скоєні учасниками бойових дій, переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб (вбивства та спричинення тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості). Ці злочини мали суттєві кримінологічні особливості та психо-

патологічні чинники, на відміну від решти неагресивних правопорушень.

Кількість жертв від спричинених злочинів проти життя та здоров'я особи в півтора рази перевищувала кількість підекспертних, які вчинили такі суспільно небезпечні дії. На 51 учасника бойових дій (за винятком одного в статусі потерпілого) припало 76 осіб, які стали жертвами їх агресивних злочинів. В якості знаряддя вбивств та спричинення тілесних ушкоджень в 11 випадках (21,6 %) використовувалась вогнепальна зброя, в 15 випадках (29,4 %) – ніж, в 25 випадках (49%) – підручні засоби (сокири, коси, пляшки, табуретки, м'ясорубки тощо). Характерною особливістю скоєння агресивних злочинів було нанесення жертвам численних тілесних ушкоджень (травм, ударів). Жорстокість та тяжкість таких злочинів зазвичай були підставами для призначення судово-психіатричної експертизи. Підставами для призначення судово-психіатричної експертизи учасникам бойових дій, які вчинили злочини, не пов'язані з посяганням на життя та здоров'я інших осіб, переважно були відомості про звернення за психіатричною допомогою в минулому.

Учасники бойових дій переважно виявляли агресію до сторонніх чи малознайомих людей (на відміну від осіб з тяжкими хронічними психічними захворюваннями, жертвами яких найчастіше стають члени сім'ї та найближче оточення [3]). Злочини проти членів сім'ї були зафіксовані в 4 випадках (7,8 %), коли постраждали дружина, співмешканка, мачуха, мати з батьком одночасно.

Особливістю скоєння тяжких агресивних злочинів учасниками бойових дій була їх раптовість, імпульсивність, легкість прийняття рішення про вчинення злочину, відсутність суттєвого психологічного переживання після скоєного, нежиття заходів для приховування злочину.

У присутності свідків було скоєно 34 (65,0 %) агресивних злочини проти життя та здоров'я. Групою осіб було вчинено 13 (25,5 %) правопорушень (виключно вбивства та спричинення тяжких тілесних ушкоджень).

У ситуації конфлікту та в стані алкогольного сп'яніння достовірно частіше скоювались злочини з посяганням на життя та здоров'я інших осіб. При неагресивних правопорушеннях такі ситуаційні чинники поодинокі зустрічались при хуліганстві. Так, в ситуації конфлікту (28 вип., 53,8 %) або бійки (7 вип., 13,5 %) було скоєно 35 (67,3 %) агресивних злочинів; у стані алкогольного сп'яніння – 42 (80,8 %) злочини. Серед них в стані достовірного алкогольного сп'яніння перебували тільки підозрювані в 26 випадках (50 %). У 16 випадках (30,8 %) в нетверезому стані були і підозрювані, і потерпілі, переважно під час спільного розпиття спиртних напоїв.

Таблиця 2. Структура правопорушень, скоєних учасниками бойових дій

Злочини проти життя та здоров'я особи (52 вип., 59,8 %)	Злочини, не пов'язані з посяганням на життя та здоров'я інших осіб (35 вип., 40,2 %)
<ul style="list-style-type: none"> • Вбивство (ст. 115 КК України) 30 вип., 34,5 %; • Тяжкі тілесні ушкодження (ст. 121 КК України) 17 вип., 19,5 %; з них такі, що спричинили смерть потерпілого 2 вип., 2,3 %; • Легкі тілесні ушкодження (ст. 125 КК України) 5 вип., 5,7%; з них ЛТУ із згвалтуванням (ст. 125, ст. 152 КК України) 1 вип., 1,1 %. * В одному випадку ЛТУ були спричинені підекспертному, який проходив СПЕ в статусі потерпілого 	<ul style="list-style-type: none"> • Незаконні операції зі зброєю (ст. 263 КК України) 12 вип., 13,8 %; • Злочини, пов'язані з порушенням уставу військової служби (ст. 407, 408 КК України) 10 вип., 11,5 %; • Злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майна (ст. 185, 186, 289 КК України) 10 вип., 11,5 %; • Хуліганство (ст. 296 КК України) 2 вип., 2,3 %; • Злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів (ст. 307 КК України) 1 вип., 1,1 %.

Загалом свою причетність до злочину заперечували лише 2 підекспертних (один з них обвинувачувався в звалтуванні та спричиненні легких тілесних ушкоджень, інший – в незаконних операціях зі зброєю). Решта підекспертних, з різними мотивами, визнавали свою причетність до правопорушення, але не завжди визнавали свою вину.

За достовірними даними, кримінальний досвід в минулому мали менше третини підекспертних (25 вип., 28,7 %). Цей показник свідчить про невисоку рецидивність та криміногенність підекспертних до участі в бойових діях.

Безпосередньо в зоні бойових дій було скоєно 13 (4,9 %) злочинів (переважно самовільне полишення місця служби, дезертирство, вбивство із застосуванням вогнепальної зброї). Решта (75 вип., 85,1 %) правопорушень були вчинені під час відраджень, відпусток або невдовзі після демобілізації.

Психопатологічний аналіз виявив, що у 90,8 % обстежених учасників бойових дій, які пройшли експертизу в кримінальних провадженнях, мали місце психічні розлади, нерідко поєднані (табл. 3). З них у 50,6 % випадків психічні розлади були винесені в експертні діагнози. У 40,2 % випадків при наявності сталих, неодноразово задокументованих психічних розладів, таких як синдром залежності від ПАР, розлади особистості, а також лабораторно підтверджений стан алкогольного сп'яніння під час скоєння СНД не виносились в експертні діагнози з формальною констатацією відсутності ознак психозу, недоумства та тяжких хронічних психічних захворювань, які могли б вплинути на здатність

особи усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час скоєння правопорушення. Відсутність психічних розладів в анамнезі, під час інкримінованого діяння чи на СПЕ, а також відсутність стану алкогольного/наркотичного сп'яніння під час СНД спостерігали лише у 8 випадках (9,2 %).

В нозологічній структурі домінували психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР. Синдром залежності від ПАР (переважно алкоголю) загалом мали 28,7 % підекспертних. Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД відмічався у 48,3 % випадків.

На другому місці за частотою в учасників бойових дій були стресогенні психічні розлади (гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації). У частини підекспертних на момент скоєння СНД зазначені стресогенні розлади повністю редукувались, про що й зазначалось в експертних діагнозах.

Усі діагнози, які встановлювались підекспертним до експертизи, були офіційно задокументовані лікарями-психіатрами після їх стаціонарного чи амбулаторного обстеження та лікування. При цьому комплексне вивчення матеріалів кримінальних проваджень з медичною документацією виявило тенденцію до гіпердіагностики стресогенних психічних розладів в учасників бойових дій та гіподіагностику психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР.

Наведені дані про високу поширеність психічних розладів свідчать про серйозність проблеми, необхід-

Таблиця 3. Розподіл підекспертних за діагнозами, встановленими під час експертизи

Основний діагноз	Супутні діагнози та психічні порушення
Органічні психічні розлади (F 06.6, F 07.2) – 5 вип., 5,7 %	з них: • з синдромом залежності від ПАР – 1 вип., 1,1 %; • з акцентуацією особистості (Z 73) – 1 вип., 1,1 % <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД – 1 вип., 1,1 %</i>
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР, синдром залежності – 13 вип., 14,9 %	з них: • з розладами особистості – 5 вип., 5,7 % <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД – 9 вип., 10,3 %</i>
Шизофренія (F 20) – 4 вип. – 4,6 %	з них: • з синдромом залежності від ПАР – 2 вип., 2,3 % <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД – 2 вип., 2,3 %</i>
Рекурентний депресивний розлад помірної тяжкості (F 33.1) – 1 вип., 1,1 %	
Невротичні, пов'язані зі стресом розлади – 15 вип., 17,2 %: • тривожно-депресивний розлад (F 41.2) – 1 вип., 1,1 %; • посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) – 13 вип., 14,9 %; • розлад адаптації (F 43.2) – 1 вип., 1,1 %	з них: • з синдромом залежності від ПАР – 2 вип., 2,3 % <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД – 3 вип., 3,4 %</i>
Розлади особистості – 6 вип., 6,9 %	Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД – 5 вип., 5,7 %
Разом – 44 вип., 50,6 %	Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД – 19 вип., 21,8 %
Не перебували в стані психозу, недоумства чи інших тяжких хронічних психічних захворювань, які могли б вплинути на здатність усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час вчинення інкримінованого діяння – 44 вип., 49,4 %	з них задокументовані психічні розлади в анамнезі: синдром залежності від ПАР – 7 вип., 8 %; розлади особистості – 3 вип., 3,4 %; невротичні, пов'язані зі стресом розлади – 9 вип., 10,3 %: • F 43.0 – 5 вип., 5,7 %; • F 43.1 – 3 вип., 3,4 %; • F 43.2 – 1 вип., 1,1 % <i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД – 22 вип., 25,3 %</i> <i>*Відсутність психічних розладів та стану гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД спостерігалась у 8 вип., 9,2 %</i>

ність адекватної психосоціальної реабілітації учасників бойових дій з психічними розладами, які скоїли СНД. Критерії відбору контингенту для психосоціальної реабілітації мають міститись в експертних рекомендаціях після комплексної судово-психіатричної оцінки психічних розладів та їх впливу на генез правопорушення.

Висновки

У структурі правопорушень учасників бойових дій, які пройшли СПЕ, переважали агресивні злочини проти життя та здоров'я інших осіб. Кількість жертв в 1,5 раза перевищувала кількість молодих, працездатного віку під експертних, тим самим спричиняючи суттєві соціально-демографічні та економічні втрати країни.

Стан алкогольного сп'яніння та ситуація конфлікту були суттєвими криміногенними чинниками у скоєнні тяжких агресивних злочинів, які вчинялись раптово, з особливою жорстокістю, з численними тілесними пошкодженнями, що й стало підставою для призначення СПЕ (КСПЕ).

В учасників бойових дій, які скоїли правопорушення, виявлено високий відсоток психічних розладів (90,8 %). Домінували стани залежності від ПАР, гостра алкоголь-

на інтоксикація під час скоєння СНД та невротичні, пов'язані зі стресом, психічні розлади.

Список використаної літератури

1. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій : методичні рекомендації (143.14/214.14) / [О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова та ін.]. – Київ, 2014. – 46 с.
2. Психотерапія та психокорекція адиктивної поведінки у осіб із посттравматичними стресовими розладами, які вживають психоактивні речовини : методичний посібник / [І. Я. Пінчук, С. І. Табачников, Є. М. Харченко та ін.]. – К. : ТОВ «Укрсоцдрук», 2016. – 55 с.
3. Олійник О. П. Профілактика тяжких суспільно небезпечних дій психічно хворих, спрямованих проти членів сім'ї : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук / О. П. Олійник. – К. : Науковий світ, 2008. – 22 с.

References

1. Bohomolets, O. V., Pinchuk, I. Ya., Druz, O. V., Khautova, O. O., Sychevskiy, A. S., Horban, A. Ye., ... Boltonosov, S. V. (2014). *Optimizatsiia pidkhodiv do nadannia psykhiatrychnoi dopomohy vidpovidno do suchasnykh potreb uchasyukiv boiovykh dii* [Optimization of approaches to the provision of psychiatric care in accordance with the current needs of combatants]. Kyiv, 46 p. (In Ukrainian).
2. Pinchuk, I. Ya., Tabachnikov, S. I., Kharchenko, Ye. M. (Eds.). (2016). *Psykhoterapiia ta psykhoakorektsiia adyktivnoi povedinky u osob iz posttravmatychnymy stresovymy rozladamy, yaki vzhylvaly psykhoaktyvni rehovyny* [Psychotherapy and psychocorrection of addictive behavior in people with post-traumatic stress disorders who use psychoactive substances]. Kyiv: LLC "Ukrsoctdruk", 55 p. (In Ukrainian).
3. Oliinyk, O. P. (2008) *Profilaktyka tiazhykhykh suspilno nebezpechnykh dii psykhychno khvorykh, spriamovanykh proty chleniv sim'i* [Prevention of severe socially dangerous actions of mentally ill, directed against family members]. Extended abstract of Candidate's thesis, Kyiv, 22 p. (In Ukrainian).

КРИМИНОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВЕРШЕНИЯ УГОЛОВНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ УЧАСТНИКАМИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

О. П. Олійник

Актуальность. Значительная распространенность психических расстройств, нередко в сочетании с синдромом зависимости от психоактивных веществ, особенности эмоционального реагирования в конфликтных ситуациях способствуют совершению общественно опасных действий участниками боевых действий. Это требует разработки для них современных лечебно-профилактических и социально-реабилитационных программ с учетом реалий, в которых находится украинское общество.

Цель – исследовать криминологические и психопатологические особенности совершения уголовных преступлений участниками боевых действий с целью дальнейшей разработки современных подходов к судебно-психиатрической оценке психических расстройств и рекомендаций по мерам психосоциальной реабилитации таких лиц.

Материалы и методы. Была отобрана и проанализирована выборка из 87 участников боевых действий, относительно которых проводились судебно-психиатрические экспертизы в течение 2014–2016 годов. Для анализа и обработки данных использовали анамнестический, клинико-психопатологический, социально-демографический, статистический методы и метод судебно-психиатрического анализа.

Результаты. В структуре правонарушений участников боевых действий преобладали агрессивные преступления против жизни и здоровья других лиц (59,8 %). Состояние алкогольного опьянения и ситуация конфликта являлись существенными криминогенными факторами в совершении агрессивных преступлений. Общественно опасные деяния совершались внезапно, с особой жестокостью, с множественными телесными повреждениями. Это и становилось основанием назначения экспертизы.

У участников боевых действий наблюдался высокий процент психических расстройств (90,8 %), доминировали состояния зависимости от психоактивных веществ (28,7 %), острая алкогольная интоксикация (48,3 %) и невротические, связанные со стрессом психические расстройства (17,2%).

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о серьезности проблемы адекватной психосоциальной реабилитации участников боевых действий. Критерии отбора контингента для психосоциальной реабилитации должны содержаться в экспертных рекомендациях с комплексной судебно-психиатрической оценкой психических расстройств и их влияния на генез правонарушения.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, психические расстройства, психоактивные вещества, участники боевых действий.

CRIMINOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF COMMITTING OFFENSES BY COMBATANTS

O. P. Oliinyk

Background. Significant prevalence of mental disorders, often in combination with the abuse on psychoactive substances, peculiarity of emotional response in conflict situations contribute leads to the committing of socially dangerous actions by combatants. It requires to develop modern medical, preventive and socio-rehabilitation programs for them, considering present conditions of Ukrainian society.

Objective – to investigate the criminological and psychopathological features of the offenses which has been committed by combatants, for a further developing modern approaches of forensic psychiatric examination of mental disorders and creating recommendations on measures for psychosocial rehabilitation for such persons.

Materials and methods. A sample of 87 forensic examinations of combatants, who passed forensic psychiatric examination during 2014–2016 years, were selected and analyzed. Anamnestic, clinical, psychopathological, socio-demographic, statistical and forensic analysis methods were used.

Results. Aggressive crimes against the life and health of others (59.8 %) were prevailed in the structure of the offenses. The state of alcohol intoxication and the situation of conflict were significant criminal factors in committing aggressive crimes. Socially dangerous acts were committed suddenly, with particular cruelty, a multiplicity of bodily injuries. It was the reason for the appointment of the forensic examination.

The participants of military operations had a high percentage of mental disorders (90.8 %). Of these, states of abuse on psychoactive substances (28.7 %), acute alcohol intoxication (48.3 %) and neurotic, stress-related mental disorders (17.2 %) were dominated.

Conclusions. This data have testified the seriousness of problem of psychosocial rehabilitation for combatants. Criteria for selecting for psychosocial rehabilitation should be contained in expert recommendations with a comprehensive forensic psychiatric examination mental disorders and their impact on the genesis of the offense.

Keywords: forensic psychiatric examination, mental disorders, psychoactive substances, combatants.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2017 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 МОЗ 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, Leading researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination of Ukrainian research Institute of social and forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: sudprof@ukr.net

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗИУМИ. ШКОЛИ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПСИХІАТРІЇ ХХІ СТОЛІТТЯ

За матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення»
(27–29 квітня 2017 року, м. Київ, Україна)



Учасники конференції

З 27 до 29 квітня 2017 року в Києві пройшла науково-практична конференція «Психіатрія ХХІ століття: проблеми та інноваційні рішення», яка вже традиційно стала знаковою подією в календарі спеціалістів у галузі охорони психічного здоров'я. Організаторами заходу стали Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України та Асоціація психіатрів України. На зустрічі були присутні психіатри, наркологи, судово-психіатричні експерти, психологи, працівники соціальної ланки майже з усіх областей України, а також спеціалісти з Великої Британії, Німеччини, Франції, Нідерландів, Норвегії, Литви, Туреччини, Ізраїлю, США та Австралії.

У рамках заходу обговорювали такі актуальні питання:

- державна стратегія охорони психічного здоров'я населення України;
- служба охорони психічного здоров'я в умовах воєнних дій та надзвичайних ситуацій;
- питання діагностики і терапії станів залежності, проблема коморбідності в сучасній психіатрії та наркології;
- передача знань: від досліджень до клінічної практики;
- психотерапія і психологічна корекція при психічних порушеннях;
- поведінкові розлади у дітей та підлітків: профілактика, терапія, промоція психічного здоров'я;
- проблеми осіб із розумовою відсталістю;
- наукова діяльність молодих вчених у галузі психіатрії.

Під час конференції були проведені симпозиуми, майстер-класи і семінари, присвячені найактуальнішим питанням охорони психічного здоров'я. Вона стала платформою для обміну сучасною інформацією, знаннями, досвідом, а також налагодження контактів та співробітництва для поліпшення якості надання допомоги пацієнтам і сприяння подальшим дослідженням у сфері охорони психічного здоров'я.

Конференція розпочалася з привітання **Ірини Яківни Пінчук** – головного позаштатного спеціаліста МОЗ України за фахом «Психіатрія. Наркологія», д-ра мед. наук, директора Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. У вступному слові Ірина Яківна наголосила, що нині психіатрична галузь переживає нелегкі часи перетворень, які потребують від

усієї медичної громадськості щоденної копіїткої праці над виконанням масштабних завдань реформування системи охорони здоров'я нашої держави. Війна на Сході торкнулася багатьох громадян, що створило додаткове навантаження на всі існуючі служби, зокрема і психіатричну. Саме це зміцнює намагання реформувати систему охорони психічного здоров'я та впроваджувати сучасні підходи, які допоможуть змістити акцент зі стаціонарної допомоги на амбулаторні спільнотні служби. Ірина Пінчук висловила сподівання, що спільні дії допоможуть втілити у практичну реальність усе те важливе, що буде обговорюватися на симпозиумах конференції, а амбітні завдання, спільні зусилля та прагнення досягти поставленої мети неодмінно приведуть до успіху. Адже наука – це галузь, що впродовж багатьох століть об'єднує людей усього світу, незалежно від їхніх національних традицій, політичних переконань чи релігійної належності.

На захід завітала в. о. міністра охорони здоров'я України **Уляна Супрун**, яка відзначила актуальність запропонованих для розгляду на конференції тем. Пані Уляна наголосила, що психічне здоров'я – це невід'ємна частина здоров'я особистості загалом. Оскільки сьогодні система охорони здоров'я перебуває на етапі реформування, важливо зрозуміти потреби кожної галузі, зокрема і психіатрії. Незважаючи на те, що 2001 року був прийнятий Закон «Про психіатричну допомогу», держава, на жаль, доклала дуже мало зусиль, щоб допомогти пацієнтам із вадами психічного розвитку, а також фахівцям зазначеної галузі. Тому наразі нагальним завданням Міністерства охорони здоров'я є оптимізація роботи системи охорони психічного здоров'я, враховуючи за-

пити спеціалістів і пацієнтів. Адже важливо не просто вміти лікувати певні захворювання, варто спрямовувати зусилля на профілактичні заходи та підтримку здоров'я української нації. В. о. міністра закликала фахівців спільно створити дорожню карту розвитку галузі охорони психічного здоров'я.



На фото зліва направо: директор УНДІ ССПН МОЗ України Ірина Яківна Пінчук, Голова Ізраїльської Коаліції психотравми Талі Леванон, в.о. Міністра охорони здоров'я України Уляна Супрун

Наукова частина конференції розпочалася із доповіді д-ра мед. наук, професора, обраного президента Всесвітньої психіатричної асоціації **Хелен Херрман** (Австралія), яка була присвячена темі «Розвиток психічного здоров'я у жінок та дівчаток за тяжких життєвих обставин: психіатр як партнер для змін». Вона наголосила, що соціальними детермінантами психічного здоров'я є абсолютна і відносна бідність, гендерна нерівність, насильство, соціальна ізоляція, серйозні соматичні патології. При цьому варто враховувати, що психічні розлади дебютують у більш молодому віці, порівняно з іншими захворюваннями. Нині індивідуальні та суспільні наслідки насильства чітко окреслені та визнані основними проблемами в галузі охорони здоров'я загалом та психічного здоров'я зокрема. Люди, які зазнали насильницьких дій, мають вищий ризик розвитку психічних захворювань, включаючи депресію, тривогу та суїцидальну поведінку. Крім того, у них підвищується ризик розвитку серцево-судинних патологій, ожиріння і ранньої смертності. Що стосується психічного здоров'я жіночої частини населення, то життєвий досвід жінок і дівчаток суттєво відрізняється від такого у чоловіків, адже вони мають різні можливості й обов'язки: частіше зазнають насильства, їхня робота менш оплачувана, роль у прийнятті сімейних і суспільних рішень нижча тощо. Перший глобальний систематичний огляд про поширеність насильства щодо жінок був опублікований ВООЗ 2013 року. Згідно з даними вказаного огляду, 35 % жінок у всьому світі зазнають фізичного чи сексуального насильства. При цьому вони мають більш високий рівень проблем зі здоров'ям: майже удвічі частіше страждають на депресію, частіше заражаються ВІЛ. Також вражливими є цифри Європейського бюро ВООЗ (2014) щодо дітей, згідно з яким поширеність сексуального насильства серед дівчаток становить 13 %, серед хлопчиків – 7 %; фізичне насильство щодо хлопчиків і дівчаток – 23 %, емоційне насильство – 29 %. Усі ці фактори негативно впливають на їхнє здоров'я у майбутньому (депресія, тривога, розлади харчової поведінки, самоуш-

кодження, незаконне вживання наркотиків, ризикована сексуальна поведінка тощо), що призводить до суттєвих економічних витрат на рівні держави. Хелен Херрман зазначила, що об'єднавши свої зусилля, фахівці різних рівнів і спеціальностей можуть створити ефективну систему щодо запобігання, лікування і зміцнення психічного здоров'я слабкої статі. Для цього необхідно чітко сформулювати потреби жінок, що перебувають у зоні ризику. Корисними можуть стати партнерські програми із залученням жінок до участі в них та забезпечення доступності до всіх необхідних послуг.

Схожій тематиці присвятила свій виступ головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Психіатрія. Наркологія», д-р мед. наук, директор Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України **Ірина Пінчук**, представивши презентацію на тему «Психічне здоров'я жінки XXI століття». Роль жінки в сучасному суспільстві полягає не тільки у веденні домогосподарства та вихованні дітей. Сьогодні вони, поряд із чоловіками, беруть активну участь у всіх ланках громадського життя, зокрема є учасниками і воєнних дій. Однак велика кількість обов'язків та функцій, низький соціально-економічний статус, насильство, стрес, гендерна дискримінація стали факторами ризику розвитку у них психічних розладів.

Серед особливостей психічного здоров'я жінки слід виділити такі: вони вдвічі частіше, ніж чоловіки, страждають на депресивні розлади; мають більший ризик тривожних і соматизованих станів; у них зазвичай виникають проблеми психічного здоров'я у похилому віці; часто наявні розлади харчової поведінки (95 % хворих на анорексію і 80 % на нервову булімію – це жінки); вони частіше вдаються до суїцидальних спроб, хоча завершені суїциди, як правило, переважають серед чоловіків. Показник поширеності насильства щодо осіб жіночої статі коливається від 16 до 50 %, принаймні одна з п'яти жінок була зґвалтована або пережила спробу зґвалтування. Ірина Яківна зазначила, що для розв'язання проблем жінок важливим є створення стратегії зі зниження чинників ризику гендерного характеру: національна політика щодо зменшення гендерної дискримінації, навчальні програми для молоді з гендерної рівності та толерантності, просвітницькі кампанії щодо охорони психічного здоров'я вагітних, матерів/жінок на робочому місці; гендерно орієнтована політика в галузі психічного здоров'я.

Наступним був виступ президента Асоціації психіатрів України **Семена Фішелевича Глузмана** на тему «Психіатрія в Україні: 40 років потому». Українська пси-



психіатрична школа має доволі непростий шлях розвитку, переживши часи заборон і репресій. На жаль, психіатрію за часів Радянського Союзу досить часто застосовували як каральний інструмент. Про права людини тоді годі було й говорити. Однак і за тих непростих умов траплялися фахівці, які, ризикуючи власним життям, рятували своїх пацієнтів, відмовляючись співпрацювати з органами влади та ставити політично вмотивовані діагнози. За 40 років відбулося чимало змін, лікарі навчилися поважати себе як спеціалістів. Однак не менш важливим залишається збереження історичної пам'яті, інколи це навіть вагомніше за конкретні знання – пам'ятати і поважати своїх попередників та бути гідними послідовниками української психіатричної школи. Уже за доброю традицією в рамках конференції від Асоціації психіатрів України вручили премії ім. М. Танцюри, ім. С. Костюченка, ім. Ф. Гааза, ім. В. Блейхера.



Президент Асоціації психіатрів України Семен Фішелевич Глузман та віце-президент Всесвітньої федерації психічного здоров'я по Європі, професор Роберт ван Ворен

Талі Леванон (Ізраїль), голова Ізраїльської коаліції психотравми, поділилася власним досвідом із створення та роботи зазначеної організації. Оскільки психологічна травма може бути результатом впливу багатьох факторів і подій, то дієвим є саме мультисистемний підхід, що виник у контексті вивчення травматичного досвіду, з метою використання прихованих ресурсів організму. В Ізраїлі право на психологічну та фінансову допомогу має як безпосередній учасник подій, так і його родина. Задля створення безперервного континууму допомоги та своєчасного реагування було започатковано Ізраїльську коаліцію психотравми. До основних її функцій належать: надання безпосередньої допомоги особі, сім'ї, громаді; створення груп підтримки; зміцнення громад; співпраця з урядом із метою розробки відповідної стратегії. Також досить цінним є те, що такі ініціативи закріплені на законодавчому рівні та є одним із пріоритетних напрямів державної політики.

Хартмут Бергер (Німеччина), професор факультету психології університету Йоганна Вольфганга Гете, представив доповідь на тему «Рекомендації з психосоціальної терапії при важких психічних розладах, основані на даних доказової медицини». Він репрезентував результати діяльності робочої групи Німецької асоціації психіатрії та психотерапії, психосоматики та неврології щодо визначення протоколів для лікування тяжких психічних

розладів. Робоча група вивчила доступні керівництва і сформувала практичні рекомендації щодо терапії осіб із вадами психічного здоров'я. Насамперед було сформульовано визначення поняття «тяжкий психічний розлад» як стан, що розвинувся в особі у віці 18 років і старше, котра на даний момент або будь-коли в минулому мала психічні, поведінкові або емоційні розлади (за винятком порушень розвитку і розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин) достатньої тривалості для задоволення діагностичних критеріїв, зазначених у DSM-IV (APA, 1994), що призвело до серйозних функціональних порушень та істотно перешкоджає або обмежує одну або кілька життєво важливих функцій. Далі професор навів деякі з найважливіших, на його погляд, рекомендацій. Так, люди з тяжкими психічними розладами мають право на отримання необхідної допомоги та врахування їхніх потреб. Їм має бути надана можливість самостійно відстоювати свої інтереси, організовувати та індивідуально визначати умови свого проживання. Варто пам'ятати, що з підвищенням ступеня інституціоналізації збільшуються небажані наслідки і погіршуються умови життя. Тому слід прагнути до зменшення їх тривалості. Задля підвищення рівня знань пацієнтів про хворобу і з метою зменшення ймовірності рецидиву в рамках загального плану лікування слід вдаватися до психоосвітніх заходів. Родичі також мають залучатися до процесу психоосвіти. За наявності дефіциту соціальної компетентності варто проводити тренінг соціальних навичок. Для обслуговування пацієнтів із тяжкими психічними розладами в певних регіонах має бути створена громадська психіатрія, основана на амбулаторному лікуванні із залученням мультидисциплінарних команд. За необхідності вони проводять лікування хворих із тяжкими психічними розладами за місцем проживання. Крім того, такі пацієнти при загостренні симптомів хвороби повинні мати змогу отримати допомогу від мобільних мультипрофесійних команд, закріплених за певним регіоном обслуговування, у їх звичному середовищі мешкання. В рамках загального плану лікування осіб із тяжкими психічними розладами слід пропонувати адекватну терапію, орієнтовану на індивідуальні потреби пацієнтів. Для того, щоб сприяти участі людей із психічними вадами у трудовому житті, варто вибирати такі можливості, які б працювали за принципом «спочатку тренувати, а потім застосовувати». Зважаючи на те, що основним напрямом у лікуванні тяжких психічних розладів є фармакотерапія антипсихотиками, важливе ретельне зіставлення користі й ризику призначеного препарату, надання детальної інформації пацієнтам та їхнім родичам і активне залучення їх до процесу прийняття рішень.

Також увагу присутніх привернула доповідь **Ігоря Куценка** (США), професора психіатрії, директора Центру з навчання та досліджень поведінки при станах залежності Каліфорнійського університету в Сан-Дієго, який присвятив свій виступ застосуванню канабіноїдів у медицині. Власне, застосування канабісу асоційоване з політичним, економічним, правовим, етичним, науковим і медичними аспектами. Між тим доповідач зупинився на науковій і медичній складових цієї проблеми. Так, марихуану і канабіс людство використовує вже дуже давно, у різних куточках світу і з різною метою. Марихуана

містить 483 алкалоїди, найвідомішим із яких є тетрагід-роканабінол (THC). Інтерес до медичного застосування канабісу зріс у 90-х роках, після того як ізраїльський нейрофізіолог R. Mechoulam (1995) висловив гіпотезу, що в мозку людини існує власна природна ендоканабіноїдна система. Це дало поштовх до нових досліджень продуктів канабісу, результати яких, своєю чергою, привели до розуміння таких фактів: у мозку існують канабіноїдні рецептори; в організмі людини наявний пронеїротрансміттер анандамід, схожий зі структурою канабіноїдної молекули. Звичайно ж, ризик розвитку залежності під час вживання марихуани за медичними показаннями є, однак він становить 9 %. Для порівняння: залежність від нікотину розвивається у 32%, героїну – у 23 %, кокаїну – у 17 %, алкоголю – у 15 %. Таким чином, у більшості осіб, що вживають канабіс, ця тенденція не простежується. Водночас через високий рівень поширеності застосування канабісу пацієнтів із цим видом залежності більше, аніж з будь-яким іншим. Сьогодні існує велика доказова база щодо ефективності його використання саме з медичною метою: продукти канабісу знижують нудоту і блювання в онкологічних хворих, які проходять хіміотерапію, впливають на інтенсивність певних видів болю, а також неврологічних порушень.



Директор Центру з навчання та досліджень поведінки при станах залежності Каліфорнійського університету в Сан-Дієго професор Ігор Куценко

Оскільки наразі вживання канабісу відбувається шляхом куріння, обґрунтування медичного застосування має певні обмеження: неможливо дозувати вдихання, немає сигарет зі стандартною дозою, є певні організаційні проблеми, різна переносимість у пацієнтів без досвіду вживання канабісу або тих, хто не курить. Нині вже є вапоризатори, які можуть допомогти розв'язати цю проблему, оскільки вони видають встановлену концентрацію препарату. Здебільшого їх використовують у клінічних дослідженнях. Однак для застосування продуктів канабісу з медичною метою не обов'язково курити марихуану. Сьогодні вже існує достатня кількість препаратів, які містять відповідні речовини.

Підсумовуючи свій виступ, Ігор Борисович зазначив, що дослідження канабіноїдів демонструють багатообіцяючі результати, проте такі дослідження слід продовжувати і надалі. Принаймні медичне застосування канабісу має ґрунтуватися на правилах доказової медицини, а не на рішеннях урядів, судів або демонстраціях шанувальників марихуани. Препарати, що містять вказані речо-

вини, можуть допомогти при багатьох медичних станах, однак варто шукати альтернативні шляхи введення їх до організму, оскільки куріння не відповідає характеристикам лікарського засобу.

Ще одна доповідь Ігоря Борисовича Куценка була присвячена підходам у лікуванні наркоманії в контексті системи правосуддя. Доповідач загострив увагу присутніх на тому, що метою терапії осіб із залежністю і кримінальною поведінкою має бути не тільки лікування наркоманії та досягнення ремісії, а й зниження кримінального рецидиву. Наразі не існує жодної доказової бази щодо зниження рецидивів станів залежності внаслідок покарань (тюремне ув'язнення, арешти, контроль тощо). Навпаки, результати багатьох досліджень свідчать, що у частини осіб (особливо молодше 20) через санкції частота рецидивів збільшується. Ми легко можемо контролювати поведінку шляхом примусу і покарання, однак такі важелі пригнічують її лише на той період, коли у нас є контроль, а коли він зникне, то стара модель поведінки знову повертається. Тобто питання варто ставити в контексті не «придушення», а саме модифікації поведінки індивідуума. При виборі способу лікування пацієнтів зі станами залежності слід пам'ятати, що лікування, яке не спрямоване на криміногенні потреби, є контрпродуктивним за своєю ефективністю. Лікувати необхідно потреби, які прямо або опосередковано пов'язані з кримінальністю (відсутність постійного місця проживання, безробіття, психіатрична коморбідність, імпульсивність, травма). Хорошим варіантом має стати повне відокремлення терапевтичної групи від загальної популяції. Не можна повертати особу до в'язниці після закінчення терапевтичного етапу в місцях позбавлення волі; необхідно забезпечити лікування і після звільнення (6–12 місяців). Може стати в нагоді застосування поведінкових програм, які є значно ефективнішими, ніж дидактичні або суто медичні інтервенції. Зрозуміло, що такі заходи потребують значної фінансової підтримки, але якщо нічого не робити, то це вартуватиме набагато дорожче.

У рамках симпозіуму, присвяченого міжнародному досвіду реабілітації пацієнтів із ПТСР, свої доповіді представили колеги з Ізраїлю, Нідерландів та Німеччини. Так, **Арам Гасан** (Нідерланди) репрезентував виступ на тему «Перепони, діагностика і лікування біженців із ПТСР». На думку автора, на початку лікування є вкрай важливим відверто розповісти пацієнту про його розлад, особливості перебігу хвороби і звернути увагу на те, що він не зможе швидко відновитися без підтримки і відповідного



лікування, яке потребуватиме від нього терпіння та тісної співпраці. Щоб зменшити напруження і допомогти клієнту впоратися із сумом, роздратуванням і злістю, варто застосовувати кілька форм терапевтичних втручань. Наприклад, нарративну експозиційну терапію (NET), короткотривалу експозиційну психотерапію (БЕРП), десенсибілізацію та переробку рухом очей (EMDR). Доповідач зазначив, що лікування має бути доступним та якомога простішим і зрозумілим пацієнту та його родичам. По можливості інтервенції мають бути безперервного характеру. Досить вагомим чинником є психоосвіта та застосування таких допоміжних методик як арт-терапія. Спеціаліст, який надає допомогу, має володіти відповідними навичками і знаннями, а складні проблеми краще розв'язувати із залученням міждисциплінарних фахівців.

Доповідь **Дженетт Лелі** (Нідерланди) була присвячена психологічному лікуванню посттравматичного стресового розладу у літніх людей, зокрема за допомогою нарративно-експозиційної терапії (NET), яка забезпечує поступове зниження вираженості симптомів ПТСР. У довготривалій перспективі її ефекти більш значущі, ніж при особистісно орієнтованій терапії (РСТ), яка асоційована зі швидким зниженням вираженості симптомів. Адже обидві методики є ефективними і безпечними та можуть застосовуватися в осіб похилого віку із симптомами ПТСР.

Не менш цікавим став симпозиум, присвячений науковій діяльності молодих учених у галузі психіатрії, модераторами якого були Х. Херрман (Австралія), Б. Левенталь (США) та Н. Скокаускас (Норвегія). Молоді дослідники репрезентували свої наукові роботи та отримали цінні поради щодо подальшого їх удосконалення.

Також під час конференції відбулася презентація книги Генерального секретаря міжнародної організації «Глобальна ініціатива в психіатрії», віце-президента



Ольга Мишаківська доповідає про результати свого дослідження професору Беннету Левенталю (в центрі) та професору Норберту Скокаускасу (зліва)

Всесвітньої федерації психічного здоров'я по Європі, професора Роберта ван Ворена «Холодна війна в психіатрії». Як зазначив автор, у період «холодної війни» між Радянським Союзом і Заходом засобів не добирали. Символом згаданого протистояння стали шпигунські ігри та Берлінська стіна. Протиборство відбувалось на всіх фронтах, і медицина не стала винятком. Одним із головних інструментів «холодної війни» тоді в СРСР було зловживання психіатрією в політичних цілях. Задля цього придумали терміни «манія правдошукача» і «в'ялопротікаюча шизофренія». У книзі описано жакликий період боротьби з інакодумцями за часів радянської системи за допомогою каральної психіатрії.

Усі учасники зустрічі відзначили актуальність представлених доповідей та високий рівень організації конференції.

Підготувала Тетяна Ільницька

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

УДК 616.79-008.441.13-05

В. В. Борисенко, Л. В. Животовська, О. А. Казаков

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ЗАПІЙНИМИ ФОРМАМИ
АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

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

Актуальність. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю в структурі інших форм залежності залишаються однією із найважливіших медико-соціальних проблем. У світлі поглядів на патогенез алкогольної залежності, виникнення та формування її розглядається як складна, багаторівнева функціональна патологічна система з вираженими порушеннями на всіх рівнях – нейрофізіологічному, метаболічному, психічному та соціально-психологічному. Впродовж останніх років були отримані переконливі дані стосовно патогенетичного значення характерологічного фактора, який чинить патопластичний вплив на перебіг та наслідки залежності від алкоголю. Терапія пацієнтів із запійними формами є складною проблемою сучасної наркології, потребує реалізації індивідуалізованих та диференційованих лікувально-реабілітаційних програм.

Мета роботи – дослідити індивідуально-психологічні особливості особистості пацієнтів із запійними формами алкогольної залежності для формування диференційованого підходу до використання психотерапевтичного та корекційного впливів на етапах реабілітації та протирецидивної терапії.

Матеріали та методи. Для вирішення поставлених завдань були обстежені хворі з запійними формами алкогольної залежності, які перебували на стаціонарному лікуванні в реанімаційному відділенні Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева. Вибірку склали 293 пацієнти віком від 19 до 63 років (середній вік $35,9 \pm 4,3$ років). Нозологічна діагностика – психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (F10.0 – F10.5) – базувалася на критеріях МКХ-10 (1998). За клініко-психопатологічними проявами досліджуваних поділили на дві клінічні групи. Першу групу склали 226 (77,1 %) осіб з постійним типом зловживання алкоголем (ПТЗ), з них 157 (69,5 %) – чоловіки та 69 (30,5 %) – жінки; другу групу – 67 (22,9 %) пацієнтів з епізодичним типом зловживання алкоголем (ЕТЗ), з них – 60 (89,5 %) чоловіки, 7 (10,5 %) – жінки. У пацієнтів 1 групи виявлено постійний тип зловживання (щоденне або майже щоденне) і змішаний тип зловживання (переміжна форма), при якому на тлі постійного пияцтва були періоди його посилення, з вживанням спиртного в максимальних дозах. У пацієнтів 2 групи був епізодичний тип зловживання алкоголем, при якому періоди щоденного пияцтва чергувалися з більш-менш тривалими інтервалами, коли хворий не вживав спиртного або вживав його епізодично, в невеликих дозах і без втрати контролю.

З огляду на важливу роль особистісних особливостей, проводили експериментально-психологічне дослідження за допомогою опитувальника К. Леонгарда – Г. Шмішека, методики СМІЛ-мінімульт. Використовували шкалу Монтгомері-Асберг (MADRS) для оцінки депресії та шкалу Спілбергера-Ханіна для оцінки рівня тривожності. Патопсихологічне дослідження проводили після завершення курсу дезінтоксикаційної та загальнозміцнювальної терапії.

Результати. За результатами експериментально-психологічного дослідження встановлено достовірні відмінності між пацієнтами 1 та 2 клінічних груп. У пацієнтів з ПТЗ за опитувальником Леонгарда-Шмішека частіше зустрічалися дистимічний ($\chi^2 = 5,537$, $p < 0,05$) та емотивно-лабільний типи акцентуації ($\chi^2 = 3,965$, $p < 0,05$), з ЕТЗ – збудливий ($\chi^2 = 26,829$, $p < 0,01$) та циклотимний ($\chi^2 = 21,619$, $p < 0,01$) варіанти.

За шкалою Спілбергера-Ханіна показники реактивної тривожності при ПТЗ та ЕТЗ склали $48,3 \pm 1,3$ та $42,9 \pm 1,9$ балів відповідно ($p < 0,05$), особистісної тривожності – $41,1 \pm 1,7$ та $49,5 \pm 2,1$ ($p < 0,05$). У пацієнтів з ПТЗ достовірно частіше зустрічалася поєднання високої реактивної та особистісної тривожності ($\chi^2 = 9,129$, $p < 0,01$), а з ЕТЗ – середнього рівня реактивної тривожності з високою особистісною тривожністю ($\chi^2 = 32,209$, $p < 0,001$).

У пацієнтів з ПТЗ, порівняно з ЕТЗ, за шкалою Монтгомері-Асберг достовірно частіше зустрічалися депресивні прояви легкого ($\chi^2 = 7,836$, $p < 0,01$) та помірного ($\chi^2 = 15,631$, $p < 0,01$) ступенів.

Виявлені відмінності в типі реагування та профілі особистості у пацієнтів з ПТЗ та ЕТЗ за методикою СМІЛ-мінімульт. При ПТЗ домінував гіпостенічний тип реагування, що обумовлює невротичний варіант дезадаптації –

код профілю 273(8), при ЕТЗ – стеничний тип, що виявляє варіант дезадаптації, який проявляється поведінковими реакціями асоціальної спрямованості – код профілю 642(9).

Висновки. Виявлені індивідуально-психологічні особливості пацієнтів із запійними формами алкогольної залежності дозволяють прийняти обґрунтоване рішення щодо вибору методів та мішеней психотерапевтичного впливу при проведенні лікувально-реабілітаційних заходів для досягнення стійкої ремісії.

Ключові слова: алкогольна залежність, запійні форми, патопсихологічне дослідження.

V. V. Borysenko, L. V. Zhyvotovska, O. A. Kazakov
PATOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH DRINKING FORMS OF ALCOHOL DEPENDENCE
Ukrainian Medical Dental Academy, Poltava, Ukraine
borysenko.vladym@gmail.com

Background. In recent years received conclusive data on pathogenetic importance of character factor that makes pathoplastic influence on the course and consequences of alcohol dependence.

Objective. Purpose of work – investigate the individual psychological features of the personality of patients with drinking forms of alcohol dependence.

Materials and methods. We examined 293 patients aged 19 to 63 years. Nosological diagnosis (F10.0 – F10.5) based on the criteria of ICD-10, 1998. The first group consisted of 226 (77,1 %) patients with stable type of alcohol abuse (STA), the second group – 67 (22,9 %) patients with type episodic alcohol abuse (ETA). Was used questionnaire K. Leonhard – G. Shmishek, Mini-Mult, scales Montgomery–Asberg (MADRS) and Spielberger–Hanin.

Results. Patients with STA by questionnaire Leonhard–Shmishek more common dysthymic ($\chi^2=5,537$, $p<0,05$) and emotional-labile types of accentuation ($\chi^2=3,965$, $p<0,05$), with ETA – exciting ($\chi^2=26,829$, $p<0,01$) and cyclothymic ($\chi^2=21,619$, $p<0,01$) variants. Patients with STA authentically more often were encountered combination of high reactive and personal anxiety ($\chi^2=9,129$, $p<0,01$), depressive manifestations of light ($\chi^2=7,836$, $p<0,01$) and moderate ($\chi^2=15,631$, $p<0,01$) degree. By the questionnaire Mini-Mult in patients with STA dominated hyposthenic type of response that causes neurotic option of disadaptation – code profile 273 (8), with ETA – sthenic type that detects the option of disadaptation, which manifests behavioral reactions antisocial orientation – code profile 642 (9).

Conclusions. Thus, detected individual psychological characteristics of patients with drinking forms of alcohol dependence enable informed decisions about the choice of methods and targets of psychotherapeutic effects during treatment and rehabilitation to achieve stable remission.

Keywords: alcohol dependence, drinking forms, pathopsychological researchs.

УДК 616.89:616-009.29/616-009.28/616.899-053.2

К. В. Дубовик

ДО ПИТАННЯ ПРО КЛІНІЧНУ ТИПОЛОГІЮ ТА ТЕРАПІЮ ПОРУШЕНЬ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ

k.v.dubovyk@gmail.com

Актуальність. Більшість дітей з розладами розвитку мають труднощі з формуванням дрібної та/або крупної моторики, якісні моторні порушення у вигляді повторюваних рухів та тиків. У ряді досліджень було встановлено, що діти з первазивними розладами та розумовою відсталістю мають значні труднощі з розвитком дрібної та крупної моторики, високий рівень поширеності коморбідних тикозних, obsесивних повторюваних рухів. Тикозні рухи, obsесивні та повторювані дії часто діагностують і у дітей без ознак первазивних порушень розвитку та інтелектуальної недостатності.

Мета – дослідження типології порушень рухових функцій у дітей, вивчення кореляційних зв'язків затримок дрібної та крупної моторики, зорово-моторної координації з якісними порушеннями моторної сфери (тиками, obsесивними, повторюваними рухами), а також впливу на рухові розлади терапії атипичними антипсихотиками та стимулянтами.

Матеріали та методи. Для дослідження рандомізовані дві незалежні групи дітей у віці 5–7 років. Основну групу склали 26 дітей з розладами спектра аутизму (РАС) (середній вік 5,6 року), контрольну – 23 дитини без порушень розвитку (середній вік 6,1 року). Діагноз РАС встановлювали відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 на основі напівструктурованого інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)) і структурованої оцінки фактичної поведінки (Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)). Розвиток дитини за окремими сферами оцінювали за допомогою психоосвітнього профілю (PEP) що складався із субтестів: експресивної мови, розуміння зверненої мови, дрібної моторики, крупної моторики, зорово-моторної імітації, оцінки пізнавальної діяльності. Формування соціальних навичок оцінювали за поведінковою шкалою Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II), що складається з субтестів: розмовна мова, сприйняття мови, навички читання та письма, особисті щоденні навички, домашні навички, громадські навички, міжособистісні стосунки, вміння організувати гру та дозвілля, навички подолання труднощів, дрібна та крупна моторика. Когнітивне функціонування оцінювали за допомогою тесту інтелекту Векслера для дітей (WISC). Для виявлення коморбідних тикозних розладів використовували оцінку благополуччя та якості життя (DAWBA).

Результати. У дітей з РАС та низькими показниками при оцінці інтелекту найпоширенішими були порушення дрібної моторики. Для дітей з РАС без розумової відсталості більш характерними були порушення регуляції пози, зорово-моторної координації та коморбідні тикозні розлади. Діти з менш тяжкими порушеннями загального розвитку, що були виявлені при оцінці за допомогою ADI-R і ADOS, продемонстрували вищий рівень розвитку моторики ($p<0,05$) і мовних навичок ($p<0,001$). Діти без розумової відсталості майже не мали значущих проблем у

розвитку дрібної та крупної моторики. Діти з розладами аутистичного спектра продемонстрували значну питому вагу тикозних розладів, порівняно з контрольною групою.

Висновки. Розлади моторики, їх типологія корелювали з тяжкістю порушень мовлення та рівнем когнітивної недостатності. Наявність та тяжкість тикозних розладів не корелюють з рівнем когнітивної недостатності, але корелюють з рівнем розвитку моторних навичок.

Діти з розладами аутистичного спектра мають вищий ризик формування клінічно значущих моторних дефіцитів, частіше мають дефіцити у сфері зорово-моторної координації. Типологія моторних порушень у дітей має враховуватися при виборі терапевтичної стратегії. Моторні тренінги мають найвищий рівень доказовості, як при первазивних порушеннях розвитку, так і при розумовій відсталості. Значущі затримки розвитку крупної моторики та зорово-моторної координації слід розглядати як протипоказання до застосування атипичних антипсихотиків з метою корекції поведінкових розладів. Діти з тикозними розладами та повторюваною поведінкою при порушеннях активності та уваги можуть мати більше користі від застосування α -агоністів, ніж стимулянтів.

Ключові слова: аутизм, тики, повторювані рухи.

K. V. Dubovyk

ON THE QUESTION OF CLINICAL TYPOLOGY AND THERAPY OF DISORDERS OF MOTOR FUNCTION IN CHILDREN

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

k.v.dubovyk@gmail.com

Background. Children with development disorders have difficulties with the formation of small and / or gross motor; they have high prevalence of comorbid tics, obsessive recurring movements.

Objective. Study of typology disorders of motor function in children, a study of correlations delays gross and small motor skills, visual-motor coordination with high-quality disorders of motor function (tics, obsessive, repetitive movements); impact of therapy of atypical antipsychotics and stimulant on movement disorders.

Materials and methods. To study were randomized two independent groups of children aged 5-7 years. The main group: 26 children with ASD (mean age 5.6 years). Control group: 23 children without developmental disorders (mean age 6.1 years). ASD diagnosis is established according to the diagnostic criteria of ICD-10, based on Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) and Autism Diagnostic Schedule Observation (ADOS). Child development by individual areas assessed using psychoeducational profile (PEP). Social skills assessed by the Vineland adaptive behavior Scales, Second Edition (Vineland-II). Cognitive functioning was assessed using intelligence Wexler tests for children (WISC). To identify comorbid tics disorders using assessment of well-being and quality of life (DAWBA).

Results. Children with ASD and low scores in the evaluation of intelligence most common have problems with fine motor skills. Children with ASD without mental retardation mark problems with visual-motor coordination and tics disorders. Children with less severe pervasive development disorders that were discovered during the evaluation using ADI-R and ADOS showed higher levels of motor skills ($p < 0.05$) and language skills ($p < 0.001$). Children without mental retardation hadn't significant problems in the development of small and gross motor skills. Children with ASD demonstrated a significant availability tics disorders compared to controls.

Conclusions. Motor disorders, their typology correlated with the severity of disorders of speech and the level of cognitive failure. The presence and severity tics disorders don't correlate with the level of cognitive failure, but correlated with the level of motor skills. Children with ASD have a higher risk of developing clinically significant motor deficits. Children with ASD often have deficits in visual-motor coordination. Motor training are more affective for children with pervasive development disorders and with mental retardation. Children with tics disorders and repetitive behaviors in violation of activity and attention may have more benefits from the use of α -agonists than stimulants.

Keywords: autism, tics, repetitive movements.

УДК 616.89-02:341.215.43

Н. В. Коваленко

ОЦІНКА СКАРГ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА ПОТЕНЦІЙНОЇ НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я, ПОВ'ЯЗАНОЇ З СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИМИ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНИМИ ОБСТАВИНАМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ

natali-ko@ukr.net

Актуальність. Згідно з даними Міністерства соціальної політики, станом на 12 червня 2017 року загальна кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб (ВПО) з Донбасу і Криму становить 1 593 466 чоловік.

Порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні і зачіпають практично всі сфери психіки. Відсутність позитивної мотивації до переїзду і фізична неможливість подальшого перебування на батьківщині, травматизація психіки, обумовлена причинами та історією міграції, а також труднощі адаптації на новому місці визначають формування специфічного досвіду вимушених переселенців. На фоні астенії формуються різні межові нервово-психічні розлади, які, у ряді випадків, набувають затяжного і хронічного перебігу. Найпоширенішими з них є психогенні депресії, тривожні і соматоформні розлади.

Мета дослідження – виявити актуальні скарги, оцінити потенційну небезпеку для здоров'я, пов'язану з соціально-економічними та психосоціальними обставинами, дослідити спектр розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб з метою подальшого поділу респондентів на групи порівняння і вибір патопсихологічних методик.

Матеріали та методи. За умови інформованої згоди нами було проведено скринінгове дослідження 60 ВПО у віці від 18 до 80 років, які були змушені покинути місця свого постійного проживання через проведення антитерористичної операції на Сході країни і тимчасово проживали в санаторіях Одеської області. Скринінгове обстеження складалося з двох етапів. На першому етапі збирали короткі анамнестичні відомості, актуальні

скарги, оцінювали потенційну небезпеку для здоров'я, пов'язану з соціально-економічними та психосоціальними обставинами (Z55–Z65 за МКХ-10, а саме: проблеми, пов'язані з роботою і безробіттям – Z56, проблеми, пов'язані з обставинами житлового та економічного характеру – Z59, проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни способу життя – Z60, проблеми, пов'язані з іншими психосоціальними обставинами – Z65, проблеми, пов'язані зі способом життя – Z72, проблеми, пов'язані з медичним забезпеченням та іншою медичною допомогою – Z75).

На другому етапі оцінювали психічний стан респондентів за допомогою міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю (MINI), яке було розроблене як коротке структуроване інтерв'ю для основних психічних розладів осі I в DSM-IV і ICD-10.

До критеріїв виключення пацієнтів із дослідження належали виражене інтелектуально-мнестичне зниження; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження; вік менше 18 років.

Результати. Близько 90 % обстежених після переселення оцінювали своє матеріальне становище як «погане» або «дуже погане»; 93 % були незадоволені житловими умовами, в яких вимушені перебувати; 36 % відмічали напружені стосунки з сусідами у зв'язку з високою щільністю поселення; 87 % наголошували на відсутності адекватної їжі; 89 % відчували недостатність соціальної допомоги; з проблемами адаптації зіткнулись 44 %; 74 % відчували дискримінацію з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування; 98 % назвали себе жертвами військових дій; 76 % скаржились на недостатність або недоступність медичної допомоги.

Тобто переважна більшість ВПО сприймали своє життя як проблемне, перебували в стані певної дезадаптації, що негативно впливало на стан їх психічного здоров'я. Більшість обстежених скаржились на порушення сну – «важко заснути», «сон поверхневий», «немає відчуття відпочинку після сну» (67 %); відчуття безпорадності – «нічого не можу змінити», «більше не керую своїм життям», «залежу від інших» (58 %); тривогу – «не знаю, що зі мною буде далі», «переймаюся тим, де я буду завтра, що буду їсти», «хвилююся за своїх близьких, майно» (52 %); пригнічений настрій – «поганий настрій», «втратив здатність відчувати радість», «постійно плачу» (49 %), апатію – «немає бажання щось робити», «докладаю зусиль для того, щоб встати з ліжка, умитися, вдягнутися», «немає бажання слідкувати за своєю зовнішністю» (47 %); втому, знесилення – «постійна втома», «ні на що немає сил», «з кожним днем сил все менше» (44 %); труднощі з зосередженням – «не можу зосередитися, постійно думаю про те, що було і що буде далі», «кинув читати, не розумію, що написано, доводиться перечитувати», «не уловлюю зміст прочитаного» (34 %); дратівливість – «все дратує», «зриваюся на людях, потім жалкую» (14 %); 12 % мали суїцидальні думки – «постійно думаю про те, що було б краще, якби я помер», «все одно я не доживу до кращих часів», «все добре для мене вже позаду, зупиняють лише думки про дітей». Батьки повідомляли про негативні зміни у поведінці дітей, зокрема про підвищення рівня страху і агресії. Низка осіб описували психосоматичні еквіваленти: «Чую звук літака, що пролітає, відчуваю напруження м'язів всього тіла, внутрішності ніби зав'язані в вузол, чекаю коли почнуть бомбувати, потім настає розслаблення, нападає різка втома, ноги немов ватні».

Результати скринінгу дозволили виділити три групи респондентів: люди пенсійного віку з діагностованими раніше хронічними соматичними захворюваннями або з інвалідністю за соматичним захворюванням; люди з інвалідністю за психічним захворюванням; люди, що не мають тяжких хронічних захворювань чи інвалідності (умовно здорові).

Пацієнти з основною соматичною патологією частіше скаржились на зниження настрою, порушення сну, дратівливість, нестриманість, емоційне нетримання (підвищену слізливість з будь-якого приводу), небажання жити, відсутність життєвої перспективи, різке зниження пам'яті, кмітливості, зниження концентрації уваги. У них частіше спостерігали тривожний (51,4 %) та депресивний (42,8 %) синдроми; 25,7 % мали суїцидальні думки та наміри (високий і середній ризик суїциду); у 25,7 % діагностували окремі симптоми ПТСР, зокрема уникнення, перезбудження, емоційне оніміння, які вказували на розлад адаптації.

У пацієнтів з основною психічною патологією, зокрема шизофренією, не виявлено різких змін психічного стану. Незважаючи на психотравматичні події, які сталися в їхньому житті, тривале вимушене переміщення, що спричинило багато незручностей, маячна фабула не змінювалася, почастішання екзацерації психічного розладу не спостерігалося. В окремих випадках хворі починали зловживати алкоголем.

У групі «умовно здорових» обстежених частіше спостерігали скарги на загальну слабкість, біль у спині, ногах, суглобах, порушення сну, підвищення АТ, біль у ділянці серця, серцебиття, головний біль, запаморочення, шум у вухах, порушення з боку ШКТ (біль у животі, печія, нудота, запори), що виникали на тлі зниженого настрою, «внутрішнього напруження». У 31,3 % спостерігали депресивний, у 25 % тривожний синдроми в поєднанні з більш вираженими соматичними симптомами; 12,5 % мали суїцидальні думки (низький ризик суїциду); у 18,7 % діагностований розлад адаптації.

Висновки. Для подальшого дослідження з метою отримання статистично вагомих даних плануємо обстежити більшу кількість внутрішньо переміщених осіб, які будуть розподілені на три групи порівняння. З патопсихологічних методик для подальшого використання відібрані Самоопитувальник стану здоров'я РНҚ, Опитувальник оцінки якості життя SF-36, Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS і Опитувальник вираженості симптомів ПТСР.

Ключові слова: вимушена міграція, внутрішньо переміщені особи, психічні розлади, тривога, депресія, психосоматичні розлади.

N. V. Kovalenko

ASSESSMENT OF COMPLAINTS AND POTENTIAL RISK FOR HEALTH OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS
RELATED WITH SOCIO-ECONOMIC AND PSYCHOSOCIAL CIRCUMSTANCESUkrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
natali-ko@ukr.net**Background.** Mental health disorders in the forced migrants are diverse and affect almost all areas of the psyche. Against the background of fatigue formed various border nervous and mental diseases, the common of these are psychogenic depression, anxiety and somatoform disorders.**Objective.** Explore the range of clinical and psychopathological features of mental disorders and behavior of internally displaced persons (IDPs).**Materials and methods.** We screened 60 internally displaced persons in age from 18 to 80 years who gave subject informed consent to the study, which included a collection of short medical history information, current complaints and an assessment of mental status using health status questionnaire PHQ and international neuropsychiatric mini interview (MINI).**Results.** According to the results of screening it became possible to distinguish three groups of respondents. Patients with primary somatic pathology often complained of depressed mood, sleep disturbances, irritability, incontinence, emotional incontinence, unwillingness to live, lack of life perspective, the sharp decline of memory, intelligence, decreased concentration. They were more common anxiety and depressive syndromes with high and medium risk of suicide, adjustment disorder. In patients with major mental disorders sudden changes in mental state were found. In group «apparently healthy» were more common complaints of general weakness, pain in the back, legs, joints, insomnia, increased blood pressure, chest pain, palpitations, headache, dizziness, tinnitus, disorders of the gastrointestinal tract that occurred at background of depressed mood, «internal tension». Most observed depressive and anxiety syndromes in combination with severe somatic symptoms, low risk of suicide and adaptation disorders.**Conclusions.** Leading psychiatric symptoms among respondents from different groups varies and depends on the presence and type of the underlying pathology.**Keywords:** forced migration, internally displaced persons, mental health disorders, anxiety, depression, psychosomatic disorders.

УДК 616.89-083.98:355.11+61:355.422

О. О. Крупська¹, А. В. Баца^{2,3}, М. М. Матяш⁴, В. М. Пострелко⁴, А. В. Сергієнко^{2,3}, Т. А. Сергієнко⁵,
І. Ф. Здорик⁷, І. С. Трінька⁶, А. С. Фокіна⁴, М. Я. Ярмоленко⁴ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО І ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ОСОБОВОГО СКЛАДУ ОРГАНІВ І ВІЙСЬК У БОЙОВИХ ПОРЯДКАХ ТА
НА ЕТАПАХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ¹ Медична служба військової частини А-1799

Головного управління розвідки Збройних Сил України

² Комітет військових ветеранів Чорнобиля Всеукраїнської асоціації «Афганці Чорнобиля»³ Міжнародна спілка ветеранів спеціальних оперативно-психологічних операцій і стратегічних
політичних технологій «Bund Ajide Ben Khozar» Глобальної спілки «Вчені за мир»
(Global union of scientists for peace)⁴ Київський медичний університет УАНМ⁵ Департамент контррозвідки Служби безпеки України⁶ Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України⁷ Українська військово-медична академія

thalib323@gmail.com

Актуальність. Адаптація особистості до змінених умов життєдіяльності була і залишається провідною проблемою медико-психологічного забезпечення ефективної діяльності військовослужбовця при виконанні професійних завдань. Особливо в наш час і в нашій країні, коли поява великої кількості комбатантів вкрай загострила проблему їх медико-психологічної адаптації до специфічних умов цивільного життя.**Мета:** вивчення особливостей психодіагностичного і психофізіологічного забезпечення особового складу органів і військ у бойових порядках зони антитерористичної операції (далі за текстом – АТО) та на етапах медико-психологічної реабілітації.**Матеріали та методи.** Вивчено статистично значущу представницьку групу кадрових військовиків і добровольців із застосуванням стандартних методик [Психодіагностический отбор военных специалистов : методическое пособие. – М. : Воениздат, 1973. – 208 с.; Психодіагностические методики оценки профессионально важных качеств личного состава ВМФ : методические рекомендации. – М. : Воениздат, 1991. – 152 с.]. З метою вивчення особливостей нервово-психічних змін у особового складу і цивільного населення безпосередньо у зоні бойових дій, протягом грудня 2014 р. і лютого-березня 2015 р., грудня 2015 р. і лютого-березня 2016 р. здійснено виїзди на волонтерських засадах у Сектор «М» зони АТО. Виїзди здійснювалися за сприяння і підтримки Народного депутата України професора О. В. Богомолець, першого заступника голови СБУ, генерал-лейтенанта, професора В. В. Крутова, Департаменту капеланів Української греко-католицької церкви (о. Любомир Яворський, о. Андрій Зелінський – Орден Єзуїтів РКЦ; о. Богдан Вихор і о. Володимир Ващук) і командування Сектора «М» (генерал-майор «Титул», полковник «Тетерев»; полковник Шидлюк В. В., підполковник Сінько О. Г.). У дослідженнях брали участь науковці Збройних Сил України: підполковник Панін В. В., капітан III рангу Зембіцький О. О. Відвідувались бойові порядки наступних підрозділів: 18 батальйону 28 бригади («Молния» – вч В2317 / вч А1302); 21 батальйону 28 бригади («Сармат» – вч В2604 / вч А1302); 23 батальйону 28 бригади («Хортиця» – вч В0131 / вч А1302); 37 окремого батальйону («Фарс» – вч В6266);

2 броньової групи 17 окремої танкової бригади; 23 окремого батальйону 93 бригади; 79 аеромобільної бригади («Днепр» – вч А0224); 36 окремої бригади морської піхоти берегової охорони («Маяк» – вч А2802); вч 2323 окремої радіолокаційної роти («Улыбка»); 54 окремого розвідувального батальйону «Ольжич»; 4 розвідувальної роти («Ровер»), а також окремі негласні розвідувально-пошукові, оперативно-технічні підрозділи і оперативно-бойові (партизанські) загони МВС-СБУ-ДПС-СЗР-ГУР: «Циклон», «Тінь», «Лаванда», «Омега» тощо. Робота проводилась у групах та індивідуально. Застосовувались методи дебрифінгу та кризової інтервенції, індивідуальної психологічної консультації. Проводилась діагностична робота за низкою методик, які розроблені фахівцями НДЦ ГП ЗС України (вч А2350). Основний напрямок діагностичної роботи – вивчення наявності ознак переживання військовослужбовцями гострої реакції на стрес, бойової втоми, негативних наслідків впливу стресу, який не пов'язаний з виконанням бойових завдань. Під час спілкування з особовим складом підрозділів були задіяні більше 85 % військовослужбовців від наявного особового складу.

Оволодіння військовослужбовцем спеціальністю потребує комплексу психофізіологічних якостей, зокрема: функції слухового, зорового аналізаторів, оперативної і довготривалої пам'яті, ступеня концентрації і вміння переключати увагу, емоційно-вольових якостей, психомоторної реакції, нервово-психічної стійкості і деяких інших факторів.

Результати. Організація психодіагностичного, медичного і реабілітаційного забезпечення особового складу в умовах воєнного і мирного часів, з урахуванням досвіду АТО, має наступні особливості:

1. Окрім стандартних психодіагностичних батарей тестування пропонується застосовувати наступні, апробовані авторами, тести: 1. Контент-аналіз успішності службової діяльності оперативного працівника; 2. 16-факторний особистісний опитувальник Кеттела; 3. Методика особистісного диференціалу за модифікацією науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтерева; 4. Короткий відбірковий тест – КВТ; 5. Статистичний аналіз отриманих даних рекомендовано проводити з застосуванням U-критерію Манна-Уїтні.

2. Оперативні працівники звертаються по допомогу у медичні заклади лише в крайніх випадках; серед них спостерігається феномен прихованої (утаєненої) інвалідності, тому особливо важливі профілактичні заходи, у тому числі шляхом створення пересувних психоневрологічних загонів швидкого реагування.

3. Лікарями оперативно-бойових загонів слід призначати спеціалістів-реаніматологів, які обізнані у практичній екстремальній психотерапії і прикладній психології, або лікарів-психіатрів, які мають додаткову підготовку з реаніматології або за програмою «авіаційно-морська і водолазна медицина». Корисним вважаємо відновлення курсів підготовки за фахом «Лікар-диверсант», «Лікар-рятувальник», «Експедиційний лікар».

4. У програмах навчальних закладів і тренувальних центрів з підготовки офіцерів оперативно-бойових загонів і внутрішньої розвідки розділи з медичної підготовки необхідно доповнити заняттями з аутотренінгу, медитативними практиками за системами Rei-Ki (Учителя доктора Мікао Усуї), Tensegrity (Дона Карлоса Кастанеди) і свастичної-рунчної гімнастики (рунчної йоги) Sathagaldr (за настановами З. А. Кюммера, Ф. Б. Марбі і К. Шписбергера) або рунічних асан слов'янських рез тощо. Перед виконанням складних оперативно-бойових завдань: оперативне впровадження, робота під прикриттям тощо, позитивно себе зарекомендували психоінформаційні (психотронні) і психофармакологічні (каліпсолотерапія та ін.) технології змінених станів свідомості.

Висновки

1. Актуальність застосованих психофізіологічних методик доведена.
2. Перед виконанням особливо важливих професійних завдань необхідне виявлення рівня тривоги та стресостійкості.
3. Особи, які не проходили попередній психофізіологічний відбір, мають низький рівень адаптації до особливих умов діяльності при виконанні завдань і більш тривалий термін реабілітації.
4. Після виконання оперативно-бойових завдань спостерігаються психологічне виснаження і різні варіанти астено-депресивного синдрому з суїцидальними тенденціями, залежність від психоактивних речовин тощо.

Ключові слова: професійні психофізіологічні якості, психофізіологічні методики, надійність персоналу, АТО.

O. O. Krupskaya¹, A. V. Batsa^{2,3}, M. M. Matiash⁴, V. M. Postrelko, A. V. Serhiienko^{2,3}, T. A. Serhiienko⁵, I. F. Zdoryk⁶, I. S. Trinka⁷, A. S. Fokina⁴, M. Ya. Yarmolenko⁴
PECULIARITIES OF PSYCHODIAGNOSTIC AND PSYCHO-PHYSIOLOGICAL SUPPORT PERSONNEL OF THE AGENCIES AND ARMED FORCES IN COMBAT FORMATIONS AND STAGES OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

¹ Medical department of the military unit A-1799 of the Main Directorate of Intelligence of Armed Forces of Ukraine

² Committee of War Veterans of Chernobyl All-Ukrainian Association «Afghans of Chernobyl»

³ International Union of Veterans of Special Operative-Psychological Operations and Strategic Political Technologies «Bund Ajide Ben Khozar» of the Global Union of Scientists for Peace

⁴ Kyiv Medical University of UAFM Ukraine

⁵ Department of counterintelligence of Security Service of Ukraine

⁶ Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

⁷ Ukrainian Military Medical Academy

thalib323@gmail.com

Background. The individual adaptation to the changed conditions of life has been and remains a leading challenge medical and psychological support efficient operation of a soldier in the performance of professional tasks. Especially in our time and in our country, when the appearance of a large number of combatants extremely exacerbated the problem of medical and psychological adaptation to the specific conditions of civil life.

Objective: to study psychophysiological and psychodiagnostic provision of personnel and troops in combat zones orders anti-terrorist operation (hereinafter –ATO) and stage medical and psychological rehabilitation.

Materials and methods. Studied a statistically significant representative group of human soldiers and volunteers using standard techniques.

Results studies show that the organization psychodiagnostic, medical rehabilitation and maintenance personnel in war and peace time, the experience ATO has the following features:

1. In addition to the standard battery of psychodiagnostic testing is proposed to use the following, the authors tested, tests: a). content analysis of successful operational performance management employee; b). Cattell's 16 Personality Factors Test; c). methods for differential personal modification Psychoneurological Research Institute name of V. M. Bekhterev; d). summary preliminary test; e). the statistical analysis of the data obtained is carried out using the Mann-Whitney U-criterion. 2. Operational workers

seek help in medical facilities only in extreme cases; among them there is a hidden phenomenon disability; therefore particularly important preventive measures. 3. Doctors operational and combat units should be given specialist emergency physicians who practice extreme aware of psychotherapy and applied psychology or psychiatrists, who have additional training on resuscitation or under the «air-sea diving and medicine». 4. The programs of schools and training centers to prepare officers operational and military intelligence units and internal parts of medical training to supplement lessons on anger management, practices for systems Rei-Ki (Master Dr. Mikao Usui), Tensegrity (Castaneda's Don Carlos) and svasta-runic gymnastics (runic yoga) Stathagaldr (guidelines for Kyummer, F. Marbach, K. Shpysberher) or asanas Slavic runic cut more.

Conclusions. 1. The actuality of applied psychophysiological methods is proved. 2. Before performing critical tasks necessary to identify the professional level of anxiety and stress. 3. Those, who have not passed the preliminary psychophysiological selection have a low level of adaptation to the specific operating conditions in carrying out the tasks and longer-term rehabilitation. 4. After performing operational-combat tasks there is a psychological exhaustion and various variants of aesthetic and depressive syndrome with suicidal tendencies, dependence on psychoactive substances, etc.

Keywords: professional psycho-physiological qualities, psycho-physiological methods, personnel reliability, ATO

УДК 616.895:616.891.6-053.71

О. І. Масік

ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У СТРУКТУРІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця

doctor20000@i.ua

Актуальність. Прояви депресивного синдрому і різноманітність його проявів при, здавалося б, досить чіткій і вивченій симптоматиці створюють дивовижну мозаїку клінічного перебігу з фіксацією на рівні соматиками.

У дітей підліткового віку розлади настрою чи дистимія проявляються досить різноманітно або тривалість симптоматики недостатня, щоб діагностувати депресивний стан.

Тому дослідження особливостей симптоматики психосоматичної патології, зокрема депресивного синдрому, стає вельми актуальною проблемою.

Мета роботи – виявлення клінічних психопатологічних особливостей соматизованого депресивного розладу при розвитку психосоматичної патології у підлітків та методи його корекції.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 127 підлітків з психосоматичними розладами.

Серед обстежених було 65 хлопчиків і 62 дівчинки, розподіл за віком був наступним: молодший підлітковий вік (10–14 років, n=66), середній підлітковий вік (15–16 років, n=42), старший підлітковий вік (17–18 років, n=19).

Залежно від соціального статусу обстежені були розподілені наступним чином: підлітки з повної сім'ї (n=68), підлітки з неповної сім'ї (n=20), підлітки-сироти (n=39).

11 підліткам із психосоматичними розладами проведено лікування з використанням препарату ламотриджин в дозі 1–3 мг/кг/добу впродовж трьох тижнів;

9 осіб отримували ламотриджин у поєднанні з психотерапією (клієнт-центрована терапія).

Для визначення кількісних показників спектра депресивних симптомів використовували методіку діагностики рівня депресії CDI (Children Depression's Inventory (M. Kovacs).

Результати. У більшості респондентів рівень депресії був у межах норми (від 43,63±0,21 до 53,97±0,22 балів – середній рівень).

Разом з тим, у групі дітей старшого підліткового віку (обох статей) рівень депресії виявився вищим за середній (від 55,45±0,49 до 61,88±0,53 балів) при (p<0,00001), порівняно з групами молодшого і середнього підліткового віку.

Проведений аналіз за шкалами показав, що загальне зниження настрою, постійне очікування неприємностей і підвищений рівень тривожності (шкала А) відзначали 47,37 % підлітків. Агресивна поведінка, високий негативізм та ідентифікація себе з поганим (шкала В) мали місце в 57,89 % осіб. Високий рівень впевненості у своїй неефективності в школі (шкала С) визначено в 52,63 % респондентів. Високий рівень виснаження і почуття самотності (шкала D) виявлено в 47,37 %. Низьку самооцінку і наявність суїцидальних думок (шкала Е) відмічали 36,84 % обстежених.

Найвищий відсоток неблагополуччя в групі молодшого підліткового віку було визначено за шкалою В (42,42 %), однакові значення отримані за шкалами CDI загальний, шкалами С, D (по 34,85 %), за шкалою А (25,76 %) та шкалою Е (22,73 %).

У групі середнього підліткового віку рівень депресії вище середнього значення (від 50,59±0,20 до 53,11±0,31 балів) встановлено: за шкалою С – у 33,33 %, шкалами D і В – по 28,57 %, шкалою CDI загальний – у 21,43 %, шкалою А – у 19,05 %, шкалою Е – у 4,76 % обстежених.

У групі старшого підліткового віку рівень депресії вище середнього значення (від 55,45±0,49 до 61,88±0,53 балів) з високим рівнем достовірності (p<0,00001), порівняно з групами молодшого і середнього підліткового віку, виявлено: за шкалою CDI загальний – у 63,16 %, за шкалою В – у 57,89 %, за шкалою С – у 52,63 %, за шкалами А і D – по 47,37 %, за шкалою Е – у 36,84 % обстежених.

Найвищі показники рівня депресії отримані в групі сиріт, з високим відсотком за загальним показником CDI, шкалами В, С і D.

У групі дітей з повної сім'ї встановлено низький рівень депресії за всіма шкалами (не перевищує 33 %).

Після курсу проведеного лікування з використанням препарату ламотриджин загальний показник рівня депресії склав (55,45±0,46) балів; у групі осіб, які отримували комбіновану терапію – (52,0±0,24) балів (різниця достовірна, $p < 0,05$).

Висновки. Опитувальник депресії CDI може бути використаний для виявлення підлітків з емоційними розладами, що входять до групи ризику і схильні до емоційної дезадаптації, а також зв'язків між дією психогенних факторів і симптомами психосоматичної патології.

Застосування ламотриджину в комбінації з психотерапією приводить до достовірно кращого ефекту, порівняно з фармакотерапією.

Ключові слова: психосоматичні розлади, психічні розлади, підлітки, депресивні розлади.

O. I. Masik

DEPRESSIVE SYNDROME IN THE STRUCTURE OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN ADOLESCENTS AND ITS TREATMENT

Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and psychotherapy

Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical, Vinnitsya, Ukraine

doctor20000@i.ua

Background. Mood disorders or dysthymia in adolescent appear to be with quite varied symptoms or with insufficient duration for depression diagnosis, so studying the characteristics symptoms of psychosomatic disorders such as depressive syndrome become a current problem.

Objective – to identify clinical psychopathological features of somatization depressive disorder in the development of psychosomatic disorders in adolescents and methods of its correction.

Materials and methods. The group of 127 adolescents (65 boys and 62 girls) with psychosomatic disorders received comprehensive clinical and psychopathological examination, who also completed self-report scales CDI (Children Depression's Inventory (M. Kovacs)). A subgroup of 11 adolescents with psychosomatic disorders were treated with the drug lamotrigine in the dose of 1–3 mg/kg/day for three weeks; another subgroup of 9 adolescents received lamotrigine in combination with psychotherapy (person-centered therapy).

Results. Somatization depressive syndrome was diagnosed in 5.03 % of adolescents aged 10-14, 17.71 % – aged 15-16, 22.22 % – aged 17-18 years, 3.33 % of teenagers living in two-parent families, 37.04 % of adolescents living in single-parent families and 16.0 % of orphans.

It was found that the level of depression in most adolescent is at the normal range (from 43.63±0.21 to 53.97±0.22). However, the level of depression in a group of older adolescents including girls was above average (from 55.45 ± 0.49 to 61.88±0.53) ($p < 0,00001$), compared with groups of younger and middle adolescence.

After the course of treatment with the drug lamotrigine overall level of depression made (55.45±0.46); and the group of people receiving combination therapy made (52.0±0.24). The difference is significant ($p < 0,05$).

Conclusions. CDI assessment can be used to identify adolescents with emotional disorders who are at risk and prone to emotional disadaptation, and as well to identify the relations between the effect of psychogenic factors and symptoms of psychosomatic disorders.

The use of lamotrigine in combination with psychotherapy showed statistically significant benefits in comparison with only pharmacotherapy.

Keywords: psychosomatic disorders, psychiatric disorders, adolescents, depressive disorders.

УДК 616.89-008.454-57.024

О. О. Молчанова

НЕЙРОКОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ І СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

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

molchanovae17@ukr.net

Актуальність. Порухнення когнітивних функцій (робочої пам'яті, уваги, проблемно-вирішувальної поведінки) спостерігаються у 98 % хворих на шизофренію, незалежно від виразності позитивних та негативних симптомів захворювання. В багатьох дослідженнях показано, що когнітивний дефіцит більшою мірою, ніж інші прояви шизофренії, обмежує соціальне функціонування цієї групи пацієнтів. Як існуючі, так і перспективні фармакологічні препарати для лікування психозу мають незначний позитивний вплив на когнітивні функції хворих на шизофренію. Одночасно із пошуком фармакологічних засобів вивчається вплив нейрокогнітивних тренувань на динаміку когнітивних функцій. Згідно із даними літератури, невирішеними у цьому напрямку залишаються питання можливості персоналізації заходів, спрямованих на когнітивне відновлення, та дослідження впливу тривалості захворювання на ефективність нейрокогнітивних тренувань. Також слід зазначити, що у більшості досліджень когнітивний дефіцит, соціальне функціонування та їх динаміка в ході лікувально-реабілітаційного процесу вивчалися за участю як амбулаторних, так і стаціонарних пацієнтів, ступінь соціальної залученості яких може суттєво відрізнятись, що ускладнює узагальнення результатів та формування висновків стосовно користі та економічності обґрунтованості нейрокогнітивних тренувань.

Мета дослідження – оцінити ефективність програми когнітивно-відновлювальної терапії для хворих на параноїдну шизофренію із різною тривалістю захворювання.

Матеріали та методи. У дослідженні взяв участь 71 хворий на параноїдну шизофренію, який знаходився під диспансерним наглядом та відповідав критеріям включення. На початковому етапі здійснювали клінічне обстеження для виявлення психопатологічної структури захворювання та вивчали соціально-демографічні характеристики пацієнтів. На другому етапі усі пацієнти були оцінені за допомогою Шкали оцінки позитивних та негативних симптомів (PANSS), Шкали персонального та соціального функціонування (PSP), а також з використанням нейропсихологічних методик відповідно до консенсусної когнітивної батареї тестів ініціативи MATRICS для виявлення особливостей когнітивного функціонування з метою подальшого використання цих даних при розробці комплексу заходів нейрокогнітивного відновлення цієї групи хворих. На третьому етапі, після проведення аналізу отриманих

клінічних даних, була розроблена програма нейрокогнітивного відновлення хворих на параноїдну шизофренію з урахуванням профілю когнітивного функціонування. На останньому етапі дослідження проводилась динамічна оцінка стану пацієнтів за шкалами PANSS та PSP, а також за нейрокогнітивними тестами.

Усі пацієнти, які були включені у дослідження, випадковим методом були поділені на дві групи. Основну групу склали 40 пацієнтів, яким проводились запропоновані диференційовані відновні заходи, спрямовані на покращення нейрокогнітивного функціонування. Пацієнти групи порівняння (n=31) отримували лише медикаментозне лікування.

Результати. Встановлено, що у пацієнтів із параноїдною шизофренією найбільш виражений дефіцит спостерігається у таких доменах когнітивного функціонування як робоча пам'ять та виконавчі функції. Після проведення нейрокогнітивних тренувань оцінка рівня соціального функціонування за шкалою PSP підвищилась на 12,4 % ($p < 0,05$). У пацієнтів з тривалістю захворювання до 10 років оцінка за шкалою PSP становила $59,5 \pm 8,6$ балів, більше 10 років – $56,1 \pm 7,3$ бали.

Висновки. Виконання нейрокогнітивних тренувань асоціювалося з підвищенням рівня когнітивного та соціального функціонування.

Ключові слова: шизофренія, нейрокогнітивні порушення, нейрокогнітивні тренування.

O. O. Molchanova

NEUROCOGNITIVE DEFICIT AND SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

molchanovae17@ukr.net

Background. Cognitive impairment is observed in 98 % patients with schizophrenia regardless of positive and negative symptoms of disease and restricts their social functioning. Both currently available and perspective drugs have small positive effect on cognition. However, nonpharmacologic approaches to correction of cognitive deficit in schizophrenia are actively developing.

Objective – evaluate the effectiveness of neurocognitive trainings in patients with paranoid schizophrenia and diverse duration of disease.

Materials and methods. 71 outpatients were included in the study. They were estimated clinically, with PANSS, PSP and neurocognitive tests. Then they were randomly assigned to the treatment group (n=40) and control group (n=31). Patients of treatment group underwent neurocognitive trainings and standard medical treatment, patients of control group received standard medical treatment only. All patients were estimated clinically, with PANSS, PSP and neurocognitive tests 1 and 6 month after.

Results. The most pronounced deficit was observed in working memory and executive functions. After neurocognitive trainings the value of social functioning estimated by PSP increased by 12.4% ($p < 0.05$). The estimation by PSP comprised 59.5 ± 8.6 and 56.1 ± 7.3 in patients with duration of disease less than 10 years and more than 10 years respectively.

Conclusions. Neurocognitive trainings were associated with increasing of cognitive and social functioning.

Keywords: schizophrenia, neurocognitive impairment, neurocognitive trainings.

УДК 616.89-008.45/.47-053.9-02+616.895.4-053.9-06

О. В. Прохорова

КОГНІТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ПРИ ДЕПРЕСИВНОМУ РОЗЛАДІ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ
prokhorova3773@gmail.com

Актуальність. Близько третини розладів психіки і поведінки припадає на афективну патологію і перше місце належить органічним, у тому числі симптоматичним, когнітивним та депресивним розладам. Ризик розвитку судинної деменції значно збільшується при наявності депресивних розладів у преморбідному періоді. Пізня депресія може бути як передвісником, так і фактором ризику розвитку деменції. Одними із провідних механізмів у розвитку депресії пізнього віку є імунний та судинний компоненти. Цереброваскулярні хвороби в своїй більшості є наслідком гіпертонічної хвороби та атеросклерозу. Залежно від етіологічного фактора виділяють мікро- або макроангіопатію. При артеріальній гіпертензії характерна мікроангіопатія головного мозку і спочатку уражаються судини базальних гангліїв та субкортикальної білої речовини. Для атеросклеротичного ураження характерна макроангіопатія, внаслідок якої частіше розвиваються гострі інсульти.

Метою нашого дослідження є виявлення особливостей когнітивної дисфункції при депресивному розладі у пацієнтів похилого віку залежно від етіопатогенезу.

Матеріали та методи. Після підписання інформованої згоди 156 пацієнтів з цереброваскулярними хворобами (ЦВХ) (коди стану за МКХ-10 I63.5, I63.8, I67.2, I67.4, G46) пройшли скринінгове обстеження. За критеріями включення / виключення було відібрано 138 осіб віком від 50 до 78 років (середній вік 63,6 року), репрезентативні за статтю, які були поділені на основну (ОГ) та контрольну групи (КГ). За результатами обстеження пацієнтів ОГ було умовно поділено на дві групи: ОГ1 – (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ (СГВ) в ГМ за даними МРТ дослідження + F06.3) кількістю 38 осіб; ОГ2 – (ЦВХ з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) у відновному періоді + F06.3) кількістю 32 особи. До КГ увійшли особи з клінічно вираженою депресією без суттєвих змін на МРТ ГМ, її кількість становила 68 особи. Для виключення деменції ми використовували тест МОСА, тест на семантичну та фонетичну пам'ять, в подальшому, для виявлення когнітивної дисфункції, – ТМТ-В, ТМТ-А, тест Струпа.

Результати. За даними МОСА, серед досліджуваних пацієнтів зниження когнітивної функції не виявлено. У 89,5 % (34 пацієнти) ОГ1 спостерігали порушення при виконанні тестів ТМТ-В, 94,8 % (36 осіб) робили помилки при виконанні тесту Струпа не конгруентного, тоді як у обстежуваних ОГ2 ці порушення виявлялись у 12,5 % (4 особи). Але у пацієнтів ОГ2 в 94,1 % (32 особи) страждало виконання тестів Струпа (конгруентний) та в 97 % (33 особи) – ТМТ-А.

Висновки. У пацієнтів ОГ1 виявлялась когнітивна дисфункція у вигляді порушення виконавчої функції та когнітивної гнучкості (зорово-просторовий праксис та моторна координація), тоді як у пацієнтів ОГ2 більше страждали розподілення уваги та швидкість виконання. З огляду на вищенаведене можна стверджувати, що різноманітність когнітивної дисфункції при органічному депресивному розладі залежно від етіопатогенетичних факторів передбачає розробку диференційованих методів відновлення для подальшої реабілітації пацієнтів та покращення якості їх життя.

Ключові слова: депресія пізнього віку, когнітивна дисфункція, синдром виконавчої дисфункції.

O. V. Prokhorova

COGNITIVE DYSFUNCTION IN DEPRESSIVE DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS

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

prokhorova3773@gmail.com

Background. About a third of mental and affective behavior accounts for pathology and first place belong to organic, including symptomatic cognitive and depressive disorders. Late depression can be a precursor and a risk factor for developing dementia. The major mechanisms of depression later age are immune and vascular component.

Objective – to identify the characteristics of cognitive dysfunction in depressive disorders, depending on the pathogenesis of elderly patients.

Materials and methods. We surveyed 138 people (average age 63.6 years) diagnosed with organic affective disorder and divided them into 2 groups (study (SG) and control (CG)). Patients SG in turn were divided by 2 groups: SG1 – presence of subcortical ischemic lesions and SG2 with acute cerebrovascular accident. To exclude dementia we used MOCA test, the test of phonetic and semantic memory in the future to identify cognitive dysfunction – TMT-B, A-TMT, Stroop test.

Results. According MOCA we didn't find cognitive decline among the studied. In 89.5 % (34 patients) SG1 observed irregularities in the performance tests TMT-B, 94.8% (36 people) made mistakes in the performance test Stroop not congruent, while both subjects SG2 these violations detected in 12.5 % (4 people). 94.1 % (32 people) of SG2 patients had a change in the performance (congruent) Stroop test and 97 % (33 people) in TMT-A.

Conclusions. Cognitive dysfunction of SG1 patients manifested as a violation of the executive function and cognitive flexibility (visual-spatial praxis and motor coordination), whereas SG2 patients had violation of attention and speed of tasks execution. Thus the diversity of cognitive dysfunction in organic depressive disorder according to etiopathogenetical factors involves the development of differentiated recovery methods for further rehabilitation of patients and improves their quality of life.

Keywords: depression later age, cognitive dysfunction syndrome executive dysfunction.

УДК 616.89:343.953:343.971

О. В. Радзевілова

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖІНОК, ЯКІ ВЧИНИЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ОСОБИ

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

allexic@ukr.net

Актуальність. В Україні спостерігається зростання показника жіночої злочинності, особливо в частині вчинення насильницьких дій, спрямованих проти життя та здоров'я особи. Історично не притаманний для жінок агресивний характер злочинів потребує перегляду кримінологічних характеристик такого контингенту та відокремлення злочинів, що вчиняються в особливому емоційному стані.

Мета – розробити алгоритм експертної оцінки психологічної складової здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними у жінок, які вчинили суспільно-небезпечні діяння проти особистості.

Матеріали та методи. Проаналізовано 169 випадків проведення комплексних судових психолого-психіатричних та судово-психіатричних експертиз стосовно жінок, які притягались за злочини, що мають об'єктом посягання недоторканність життя та здоров'я особи. Для аналізу та обробки даних застосовували анамнестичний, соціально-демографічний, статистичний, експертний методи та метод якісного аналізу даних.

Результати. Жінки, які вчинили злочини проти особистості, зазвичай мали незакінчену середню та середню спеціальну освіту. В більшості випадків вони були педагогічно занедбаними, мали низьку пізнавальну активність та обмежені інтереси. Жінки, які вчиняли злочини проти життя та здоров'я особи, мали в анамнезі віктимність (30 %) та виявляли асоціальну поведінку (55 %). Жінки, які притягались за злочини, що мають додатковим об'єктом посягання життя та здоров'я особи, у більшості випадків виявляли асоціальну поведінку (73 %) та в анамнезі мали неблагополучні умови виховання (78 %), раніше притягувались до кримінальної відповідальності (29 %). Вони в переважній більшості випадків не мали постійного місця роботи або не працювали. Жінки, що вчиняли злочини проти життя та здоров'я, в переважній більшості випадків мали постійне місце роботи та формально позитивно характеризувались за місцем проживання. Вони вчиняли правопорушення під час конфлікту з потерпілим та в стані сп'яніння, із імпульсивністю у виборі знаряддя злочину.

Висновки. Соціально-психологічні характеристики жінок-злочинниць відображаються як у повсякденній діяльності, так і в обставинах правопорушення. Жінки, які вчиняли злочини безпосередньо проти життя та здоров'я особи, мали віктимність поведінки, що у поєднанні із станом сп'яніння на період злочину відображалось в імпульсивності вибору знаряддя.

Ключові слова: злочини проти особистості, психосоціальні характеристики жінок-злочинниць, психологічна експертна оцінка.

O. V. Radzevilova

PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO HAVE COMMITTED CRIMES AGAINST AN INDIVIDUAL

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
allexic@ukr.net

Background. Nowadays there is increasing in the rate of female crime in Ukraine, especially in terms of committing violent actions against the life and health of a person. Historically the aggressive nature of offenses doesn't characteristically for women. It is required reassessment of the criminological characteristics of such a cohort of criminals and separation of crimes committed in a particular emotional state.

Objective – to develop an algorithm of expert assessment of the psychological component of the ability to realize the significance of their actions and to manage them in women who committed socially dangerous acts against the individual.

Materials and methods. The study is based on analyze of 169 cases of comprehensive forensic psychology-psychiatric and forensic psychiatric examinations women who have committed offenses against the individual. The crimes have an object of encroachment - the integrity of life and health of a person. For analysis and data were used methods anamnestic, socio-demographic, statistical, expert and method of qualitative data analysis.

Results. Researcher had a greater degree of incomplete secondary and secondary education. In the majority of cases women showed pedagogical neglect, low cognitive activity and limited interest. Women who have committed crimes with the direct object of the attack – life and health of the person, had a history of victim behavior (30 %) and showed an antisocial behavior (55 %). Women who have committed crimes with an additional object of encroachment on life and health of a person, showed an antisocial behavior (73 %) and had disadvantaged conditions of upbringing (78 %), had previously bringing to justice (29 %). They didn't have a permanent place of employment or were not working. Women who committed crimes against the life and health of a person had a permanent place of work and were formally and positively characterized by their place of residence. They have committed offenses during a conflict with the victim and in a state of alcohol intoxication, with thoughtlessness in the choice of instruments of the offense.

Conclusions. The general social-psychological properties of criminals were reflected both in everyday activities and in the circumstances of the offense. Women who have committed crimes against the life and health of a person have had a behavior of victim and had intoxication for the period of the crime what were reflected in the thoughtlessness of the choice of instrument of crime.

Keywords: crimes against the person, psychosocial characteristics of women-criminals, psychological expert evaluation.

КЛУБ ЛІКАРІВ

НЕКРОЛОГ / OBITUARY



КУТЬКО ІГОР ІВАНОВИЧ
KUT'KO IGOR IVANOVYCH
 10.04.1937 – 18.04.2017

Доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України, професор, академік Академії наук вищої освіти України та Міжнародної академії освіти і науки, лікар-психіатр вищої кваліфікаційної категорії, віце-президент ГО «Всеукраїнська професійна психіатрична ліга», член Національної спілки журналістів України, лауреат конкурсу імені академіка АН України В. П. Протопопова, дійсний член Нью-Йоркської академії наук, завідувач наукового відділу, головний науковий співробітник Державної установи «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Ігор Іванович Кутько народився 10 квітня 1937 року у м. Харкові в родині службовців. У 1955 році закінчив середню школу № 19 м. Харкова. З дитинства мріяв стати лікарем, тому після закінчення середньої школи вступив на лікувальний факультет Харківського медичного інституту, який успішно закінчив у 1962 році. Впродовж трьох років працював у практичній охороні здоров'я лікарем-психіатром: спочатку начальником медичної служби виправно-трудової колонії в Полтавській області, потім – лікарем-психіатром 2-го чоловічого психіатричного відділення для дорослих Харківської міської клінічної психіатричної лікарні № 36 (нині – Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3).

15 жовтня 1965 року Ігор Іванович був зарахований до штату Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, до відділу психіатрії, де під керівництвом відомого

Doctor of Medical Sciences, Honored Leader of Science and Technology of Ukraine, Professor, the Academician of the Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine and the International Academy of Education and Science, Psychiatrist with the highest category of qualification, Vice-President of the «All-Ukrainian Professional Psychiatric League», the member of the National Union of Journalists of Ukraine, Winner of the competition named after V. P. Protopopov, the Academician of the Academy of Sciences of Ukraine, Full Member of the New York Academy of Sciences, Head of the Department of Science, Chief Scientist of State institution «Scientific and practical medical rehabilitation and diagnostic center of the Ministry of Health of Ukraine»

He was born on the 10th of April, 1937, in Kharkiv in the family of employees. In 1955 he was graduated from high school № 19 in Kharkiv. Since childhood he'd had a dream to become a doctor, and after graduating from high school he entered the medical faculty of the Kharkiv Medical Institute. Igor Kut'ko was successfully graduated from this institute in 1962. For three years he had been working as a psychiatrist in the practical health care: initially the chief of the medical service of the correctional labor colony in the Poltava region, and then a psychiatrist of the 2nd male psychiatric department for adults of Kharkiv Clinical Psychiatric Hospital № 36 (now it's Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3).

On the 15th of October, 1965, Igor Ivanovych was enrolled into the staff of the Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of

вітчизняного психіатра професора А. І. Плотічера став активно займатися науковою діяльністю, вдосконалюючи та відшліфовуючи свою лікарську майстерність, підготував і незабаром успішно захистив дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук і отримав вчене звання старшого наукового співробітника. Після захисту кандидатської дисертації І. І. Кутько почав інтенсивно й цілеспрямовано набирати матеріал для дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук, в якій розкрив принципово нові цінні дані, що мають першочергове значення для теорії і практики охорони здоров'я.

Усі роки, працюючи в Інституті, Ігор Іванович активно займався науковою роботою, будучи керівником і виконавцем планових наукових тем з актуальних питань клінічної психіатрії, які успішно впроваджені в теорію і практику вітчизняної охорони здоров'я та здобули високу оцінку психіатричної медичної громадськості. За роки роботи в Інституті активно займався лікувально-діагностичною роботою, викликав захоплення колег, лікарів-психіатрів практичної охорони здоров'я, своєю лікарською майстерністю і високою ерудицією, любов'ю і відданістю лікарським ідеалам, та вдячність численних пацієнтів, яких позбавили від тяжких душевних хвороб, давши їм можливість знову відчутти смак до життя.

Багато років І. І. Кутько був головою проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ та АМН України, експертом-психіатром в експертній раді ВАК України, а також членом спеціалізованої Ради з захисту докторських і кандидатських дисертацій. Під його керівництвом було захищено багато докторських та кандидатських дисертацій.

Ігор Іванович Кутько – всесвітньовідомий учений-психіатр, представник України у Всесвітній психіатричній організації. Він є автором понад 700 наукових робіт, у тому числі 8 патентів на винаходи, 22 раціоналізаторських пропозицій, написав у співавторстві 10 монографій. Ці публікації високо оцінені як вітчизняними, так і зарубіжними вченими й лікарями практичної охорони здоров'я.

Багаторічна плідна діяльність професора І. І. Кутька відзначена такими нагородами: орденом Михайла Ломоносова, двома медалями, значком «Відмінник охорони здоров'я», Почесними грамотами Міністра охорони здоров'я України. Розпорядженням Президента України Ігорю Івановичу Кутьку встановлена державна стипендія як видатному діячеві науки.

Професор І. І. Кутько був і залишиться гордістю української держави, яскравим і гідним представником провідної інтелігенції, учителем і наставником багатьох визнаних українських учених. Гідні продовжувачі справи свого вчителя, його численні учні – його продовження. Він був щасливий, що зміг реалізувати себе в своїх учнях.

Пам'ять про Ігора Івановича Кутька завжди житиме в наших серцях.

*Директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності «Психіатрія. Наркологія» МОЗ України,
д. мед. н., с. н. с. І. Пінчук*

Ukraine, to the Department of Psychiatry, where, under the guidance of a well-known Ukrainian psychiatrist, Professor A. I. Plotycher, began to engage in scientific activities, researchers, refining his medical skill. Also he wrote and soon successfully defended his dissertation for Candidate degree of Medical sciences and received the academic title of a senior researcher. After the defense of the candidate's thesis I. I. Kut'ko intensively and purposefully began collecting material for the dissertation for Doctor degree in Medical sciences. In this dissertation he revealed fundamentally new, valuable data of primary importance for the theory and practice of health care.

For many years, having been worked at the Institute, Igor Ivanovych was engaged in scientific researches, being the leader and the executor of planned scientific topics on topical issues of clinical psychiatry, which were actively involved into the theory and practice of Ukrainian health care and which subsequently received a high praise from the whole psychiatric medical community. For many years of work at the Institute he actively engaged in medical diagnostic work, caused the admiration of his colleagues, psychiatrists of practicing health care with his medical skills and high erudition, love and devotion to medical ideals. With the help of Igor Ivanovych numerous patients were deprived of severe mental illnesses, he gave them the opportunity to find a taste for life again.

For many years I. I. Kut'ko was the chairman of the problem committee «Psychiatry» of the Ministry of Health and Medical Sciences of Ukraine, a psychiatrist expert in the expert council of the Higher Attestation Commission of Ukraine, as well as a member of the specialized Council for the protection of dissertations for Candidate and Doctor degrees. Under his leadership, many dissertations for Candidate and Doctor degrees were defended.

Igor Ivanovych Kut'ko is a world-renowned psychiatric scientist, a representative of Ukraine at the World Psychiatric Organization. He is the author of more than 700 scientific works, including 8 patents for inventions, 22 innovative proposals, and co-authored 10 monographs. These publications are highly praised both by Ukrainian and foreign scientists, and practitioners of health care.

Many years of the activity of professor I. I. Kut'ko is awarded with such awards: the Order of Mikhail Lomonosov, 2 medals, the badge «Excellent in Health Care», Honorary Diplomas of the Minister of Health of Ukraine. By the decree of the President of Ukraine, Igor Ivanovych Kut'ko had a state scholarship as an outstanding figure in science.

Professor I. I. Kut'ko has been proud of the Ukrainian national idea; he's been a bright and worthy representative of the leading intelligentsia, the teacher and the mentor of many recognized Ukrainian scholars. Worthy followers of his teacher's deal, many of his students are his continuation. He was happy to be able to realize himself in his students.

The memory about him will forever remain in our hearts.

*Director of the Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine,
Chief Freelance Specialist in the specialty «Psychiatry. Narcology» of the Ministry of Health of Ukraine,
Doctor of Medical Sciences, Senior Researcher I. Pinchuk*

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



PHUAJXEP1015/0002

Коротка інструкція для медичного застосування препарату КСЕПЛІОН® (XERLION®)

Склад: діюча речовина: paliperidone palmitate; 1 мл суспензії містить паліперидону пальмітату у кількості, що відповідає 100 мг паліперидону. **Лікарська форма.** Суспензія для ін'єкцій, продовженої дії. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичний засіб (нейролептик). Код АТХ N05A X13. **Показання.** Підтримуюча терапія симптомів шизофренії у дорослих, стан яких стабілізовано паліперидоном або рисперидоном. У окремих випадках дорослим пацієнтам з шизофренією, які раніше ефективно лікувалися паліперидоном або рисперидоном, КСЕПЛІОН® можна застосовувати без попередньої стабілізації пероральними препаратами даної групи, якщо психотичні симптоми хворого варіюють від легкого до помірного ступеня і якщо показано лікування ін'єкційними лікарськими формами продовженої дії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, або до рисперидону. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована початкова доза КСЕПЛІОНУ® становить 150 мг у 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 однієї з двох плечових м'язів. 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, акатизія, агітація, седативність/сонливість, нудота, запор, запаморочення, м'язово-скелетний біль, тахікардія, тремор, біль у животі, блювання, діарея, слабкість та дистонія. З них акатизія та седативність/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 COMPANY
of Janssen-Cilag