

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 23, № 3 (90) '2017

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

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



Редакційна колегія

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

Редакційна рада

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

Засновник

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

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

Журнал представлений у міжнародній базі даних Google Scholar.

Адреса редакції

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

Видавець

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

Адреса видавця

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

Дизайн і верстка: ТОВ «Медікс груп»

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 6 від 14.09.2017 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. № 661.

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. 3 (90) '2017

Founded in November, 1995
The journal is published four times a year

Chief editor I. Ya. Pinchuk
Deputy chief editor O. O. Khaustova
Executive secretary I. F. Zdoryk



Editorial staff

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

Editorial board

K. V. Aimerov (Ukraine), Kh. Berher (Germany), V. S. 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. Pustovoyt (Ukraine), N. G. Pshuk (Ukraine), P. Rynkov (Belarus), R. van Voren (Netherlands), N. Skokauskas (Norway), O. Yu. Tabachnikov (Ukraine), D. Tomas (USA), L. M. Yurieva (Ukraine), O. O. Filts (Ukraine), V. V. Chaikovska (Ukraine), D. Uhrin (UK), V. Fridmont (USA).

Founder

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

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

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

The Journal is presented in international database Google Scholar.

Address of editorial office

Ukraine, 04080, Kyiv, Frunze str., 103

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

tel. (044) 503-87-80

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

e-mail: jap.ukraine@gmail.com

Publisher

Ltd. «Medix Group»

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

Address of publisher

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

tel. (044) 246-09-60

e-mail: info@health-medix.com

Design and layout: Ltd. «Medix Group»

Approved for publication by the Academic Council of Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine (protocol № 6 dated 14 September 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 responsible for the content of advertising material.

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

КОНФЕРЕНЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ РАДИ
З ПИТАНЬ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (ECED),
7-9 ВЕРЕСНЯ 2017, ВІЛЬНІУС (ЛИТВА)..... 164

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

Т. Ю. Ільницька
КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИМПТОМІВ
ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ У ВЕТЕРАНІВ
ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ ПІД ВПЛИВОМ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ 166

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

В. В. В'юн
ВИЗНАЧЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ
В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ 171

С. В. Ісаєнко
ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ
У ХВОРИХ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ 174

О. О. Кришталь
ВИРАЗНІСТЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ
СИНДРОМІВ ТА РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО
ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК ОСНОВА АРТ-ТЕРАПІЇ
ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ 177

О. О. Молчанова
НЕЙРОКОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ
І СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ
ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ 180

І. Г. Мудренко
НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ
У ХВОРИХ З ДЕМЕНЦІЯМИ АЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО
ТА НЕАЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО ТИПІВ 185

К. О. Стаханов
ЧИННИКИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ ЗАХВОРЮВАННЯ
У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ 191

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

К. В. Дубовик
ПОЛІМОРФІЗМ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ
ПРИ РОЗАЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ 195

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

Т. М. Радченко
ДИНАМІКА ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ
У ХВОРИХ НА ОПОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ЖІНОК
НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ФОРМУВАННЯ РЕМІСІЇ
ВІДПОВІДНО ДО ВІКУ ТА НАЯВНОЇ КОМОРБІДНОЇ
ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ..... 198

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

О. П. Олійник
СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ
СКОЄННЯ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ
ОСОБАМИ ІЗ СТАНАМИ ЗАЛЕЖНОСТІ
ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН 203

КЛУБ ЛІКАРІВ

ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ КУЗНЕЦОВ (некролог)..... 207

CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS

CONFERENCE OF THE EUROPEAN COUNCIL
ON EATING DISORDERS (ECED)
7-9 SEPTEMBER 2017, VILNIUS (LITHUANIA)..... 164

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

T. Yu. Ilnytska
CLINICAL POLYMORPHISM OF SYMPTOMS
OF ADHD AMONG WAR VETERANS IN THE EAST
OF UKRAINE UNDER THE INFLUENCE
OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. 166

CLINICAL PSYCHIATRY

V. V. Vjun
ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION
IN THE STRUCTURE ADJUSTMENT DISORDER IN INTERNS ... 171

S. V. Isaienko
PHENOMENOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOR
IN DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS
WITH ONCOLOGICAL PATHOLOGY..... 174

O. O. Kryshstal
THE EXPRESSION OF PSYCHOPATHOLOGICAL
SYNDROME AND THE LEVEL OF SOCIAL
FUNCTIONING AS A BASIS OF ART-THERAPY
OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA 177

O. O. Molchanova
NEUROCOGNITIVE IMPAIRMENT
AND SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS
WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA 180

Mudrenko I. H.
NEUROPROTECTION OF COGNITIVE DEFICIT
IN PATIENTS WITH DEMENTIA OF THE ALZHEIMER'S
AND NON-ALZHEIMER'S TYPE 185

K. O. Stakhanov
RISK FACTORS FOR RECURRENCE IN PATIENTS
WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION 191

CHILD'S PSYCHIATRY

K. V. Dubovyk
GREAT VARIETY OF MOTOR DISORDERS
IN THE AUTISM SPECTRUM DISORDERS. 195

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

T. M. Radchenko
DYNAMICS OF PATHOPSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS
IN WOMEN WITH OPIOID DEPENDENCE AT DIFFERENT
STAGES OF FORMING REMISSION IN ACCORDANCE
WITH AGE AND THE COMORBID PATHOLOGY
OF THYROID GLAND 198

FORENSIC PSYCHIATRY

O. P. Oliynyk
STRUCTURE AND FEATURES
OF COMMITTING SOCIALLY DANGEROUS
ACTIONS BY PERSONS WITH DEPENDENCE
ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES. 203

DOCTORS' CLUB

VALERII MYKOLAIOVYCH KUZNETSOV (obituary) 207

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

КОНФЕРЕНЦІЯ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ РАДИ З ПИТАНЬ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ (ECED)

7-9 вересня 2017, Вільнюс (Литва)

EATING DISORDERS IN MULTICULTURAL SETTINGS



7-9 вересня 2017 року у Вільнюсі (Литва) відбулася конференція Європейської ради з питань розладів харчової поведінки (ECED, 2017), в якій взяли участь учасники із 20 країн світу.

Тема цього року – «Розлади харчової поведінки в мультикультуральних умовах». Учасниками заходу були і співробітники Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології.



Дружнє фото молодих науковців УНДІ ССПН з організаторами та учасниками конференції (зліва направо): Марина Фатєєва, Юлія Ячнік, Джерард Батчер, Бригіта Бакс, Тетяна Ільницька, Роберт ван Ворен, Ірина Здорик

Програма конференції була насиченою, а формат зустрічі – комфортним. Майже після кожної доповіді відбувалася досить тривала і активна дискусія.

У перший день конференції після вітальних слів міністра охорони здоров'я Литви Ауреліуса Верігі та організаторів Бригіти Бакс та Роберта Ван Ворена свою доповідь представив Пол Робінсон, присвятивши її Mentalization-based therapy (MBT) розладів харчової поведінки. Це достатньо новий метод лікування і на сьогоднішні інформації про нього в україномовних/російськомовних джерелах майже немає. Вказана техніка допомагає зрозуміти думки, переконання, побажання і почуття, а також зв'язати їх із нашими діями та поведінкою. На лекції обговорювались можливості застосування MBT у тяжких випадках харчових розладів, коли інші методи не діють. Основними недоліками вказаного методу є його велика тривалість.

У дискусії після доповіді була окреслена основна проблема лікування людей з розладами харчової поведінки (РХП) – низька прихильність до терапії та високий відсоток виходу із процесу лікування.

Другий день конференції розпочався із сумісного перегляду фільму «Emma wants to live», в якому розповідається про історію життя та хвороби пацієнтки з анорексією. Після закінчення відбулася гаряча дискусія, яка була зосереджена на питаннях етичності примусового лікування. Був зроблений висновок, що вказаний вид допомоги не варто розглядати як рутинну практику, однак у деяких випадках це може бути єдиним способом врятувати життя пацієнта.

Далі представники із ПАР, Саудівської Аравії, Ізраїлю, Фінляндії та ін. ділились своїм досвідом та розпо-

відали про організацію надання допомоги пацієнтам з РХП у своїх країнах.

Одним із найяскравіших був майстер-клас на тему «Тіло – друг чи ворог», який провели Мішель Пробст (Бельгія) та Джерард Батчер (Ірландія). Джерард зосередив увагу присутніх на теоретичних аспектах роботи з образом тіла, а Мішель представив декілька практичних вправ, залучивши до них бажаючих із залу. Підводячи підсумки після жвавих обговорень, лектори зауважили, що всі представлені методики є досить ефективними, однак їх слід розглядати лише як спосіб досягнення терапевтичного альянсу.

Другий день конференції закінчився гала-вечерею під виступ української групи Dakh Daughters.

На третій день конференції представники із різних клінік поділились досвідом роботи та розповіли про інтервенції, які вони застосовують для лікування пацієнтів з РХП, були представлені стендові доповіді та звітні презентації.

Яскравою подією цього дня були дебати на тему «Фокус на образі тіла як важливому компоненті лі-

кування розладів харчової поведінки та відновлення пацієнта». Спікерами були Фернандо Фернандез-Аранда (Іспанія) і Синтія Бьюлік (США). Синтія переконувала, що не обов'язково фокусуватися на образі тіла при роботі з РХП, оскільки є випадки, обумовлені культурним контекстом, а Фернандо наполягав, що це обов'язково. Після жвавої дискусії присутні проголосували за ту чи іншу думку.

Наступна конференція Європейської ради з питань розладів харчової поведінки відбудеться в 2019 році в Парижі.

Підготувала Тетяна Ільницька



Учасники конференції – співробітники Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України: к.мед.н. старший науковий співробітник Здорик І. Ф., науковий співробітник Ячнік Ю. В., аспірант Ільницька Т. Ю.

Шановні колеги!

Пропонуємо Вам взяти участь в опитуванні щодо розладів харчової поведінки, ініційованому Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Розлади харчової поведінки, за даними міжнародних літературних джерел, є досить поширеною проблемою, яка часто має незворотні наслідки. Достовірної інформації щодо поширеності вказаного розладу в українській популяції немає, а лікуванням таких пацієнтів часто займаються непрофільні спеціалісти. Опитування має на меті проаналізувати інформацію про те, які фахівці надають допомогу вказаній категорії пацієнтів, виявити їх обізнаність щодо симптомів вказаного розладу, методів діагностики, лікування та реабілітації осіб з розладами харчової поведінки (РХП). До участі запрошуються фахівці всіх медичних/психологічних спеціалізацій.

ОПИТУВАННЯ ЩОДО РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Інструкція: варіантів відповідей може бути декілька.

Важливо! Анкета має цінність, навіть якщо на запитання № 10 Ваша відповідь «Ні».

* Обов'язково

1. Вкажіть місто свого проживання *

2. Ваша спеціалізація *

3. Зазначте свій стаж роботи *

4. Вкажіть тип лікувально-профілактичного закладу, в якому Ви працюєте: *

Стационарне відділення

Амбулаторне відділення

Державний ЛПЗ

Приватна практика

Інше _____

5. Чи є у Вашому лікувально-профілактичному закладі спеціалізоване відділення для лікування пацієнтів з розладами харчової поведінки? *

Так

Ні

6. Чи обізнані Ви щодо клінічних симптомів, особливостей перебігу, діагностики та лікування РХП? *

Так

Ні

7. Чи володієте Ви навичками ведення пацієнтів з РХП? *

Так

Ні

8. Чи проходили Ви спеціалізоване навчання щодо ведення пацієнтів з РХП? *

Так

Ні

9. Чи є у Вас бажання/необхідність пройти навчальний курс щодо РХП? *

Так

Ні

10. Чи звертались до Вас за допомогою пацієнти з РХП? *

Так

Ні

11. Як часто до Вас за допомогою звертаються пацієнти з РХП?

Декілька разів на тиждень

Декілька разів на місяць

Декілька разів на рік

Це основна категорія пацієнтів, з якою я працюю

12. З яким видом РХП до Вас зверталися за допомогою?

Анорексія

Булімія

Компульсивне переїдання

Інше _____

13. Пацієнти якої статі зверталися до Вас за допомогою з приводу РХП?

Жінки

Чоловіки

14. Зазначте вік пацієнтів, які зверталися до Вас за допомогою з приводу РХП:

12 – 14 років

14 – 16 років

16 – 20 років

20 – 24 роки

24 – 30 років

30 – 35 років

Інше _____

15. Яку допомогу пацієнтам з РХП Ви надавали?

Медикаментозну

Психотерапевтичну

Невідкладну

Інше _____

16. Які медикаментозні засоби Ви призначали пацієнтам з РХП?

17. Як довго у Вас на лікуванні перебували пацієнти з РХП?

18. Яких спеціалістів Ви залучали до надання допомоги пацієнтам з РХП?

Дієтолог

Ендокринолог

Гінеколог

Хірург

Психіатр

Психотерапевт

Інше _____

19. Які рекомендації пацієнтам з РХП Ви давали після закінчення лікування?

20. Вкажіть свою електронну адресу (за бажанням).

Заповнену анкету можна надіслати поштою за адресою: Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, вул. Кирилівська, 103, м. Київ 04080 або скан-копію анкети на поштову скриньку jap.ukraine@gmail.com

Електронну версію анкети Ви можете знайти на сайті www.undisppn.org.ua

Дякуємо за співпрацю!

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-008.47/.48:[612.8.04+612.453]:57.017.3]:355.422-057.36(477.6)

Т. Ю. Ільницька

КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СИМПТОМІВ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ
У ВЕТЕРАНІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ
ПІД ВПЛИВОМ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУУкраїнський науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
ilnitska@id-zu.com

Актуальність. Психічні порушення, які виникають під час збройних конфліктів, є поширеними формами реакції організму на стресові фактори як у безпосередніх учасників бойових дій, полонених та їх родичів, так і у тимчасово переміщених осіб. Клінічні прояви розладів психіки у даного контингенту осіб представлені широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології.

Мета – вивчити клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу (ГКР) у ветеранів військових дій на Сході України під впливом посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Матеріали та методи. Нами було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій, які звернулись за допомогою з приводу психічних розладів. Для скринінгу було застосовано напівструктуроване інтерв'ю з використанням шкали повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1), шкали симптомів ПТСР – громадянська версія (PTSD CheckList – Civilian Version – PCL-C) та клініко-анамнестичне дослідження.

Для подальшого обстеження було рандомізовано 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 та DSM-IV для гіперкінетичного розладу та мали симптоми ПТСР, які свідчили про психічну травматизацію. Включені в дослідження ветерани були поділені на дві групи: 1) ветерани військових дій з ГКР та окремими симптомами ПТСР (n=85); 2) ветерани військових дій з ГКР та ПТСР (n=70).

Результати. Рівень тяжкості симптомів ПТСР був вищим у пацієнтів з подвійним діагнозом. Це може свідчити про вплив психологічної травматизації на посилення симптоматики зі спектра гіперкінетичного розладу (гіперактивність, імпульсивність, неуважність) та сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак ГКР у преморбіді дозволяє встановити правильний діагноз.

Висновки. Отримані дані можуть свідчити про негативний вплив ПТСР на перебіг ГКР, що потрібно враховувати при розробці терапевтичної стратегії.

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

Актуальність. Психічні порушення, які виникають під час збройних конфліктів, є поширеними формами реакції організму на стресові фактори як у безпосередніх учасників бойових дій, полонених та їх родичів, так і у тимчасово переміщених осіб. Клінічні прояви розладів психіки у даного контингенту осіб представлені широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів – від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології [1].

У DSM-IV виділяють наступні типи перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР): гострий (менше 3 місяців) і хронічний (більше 3 місяців), а також ПТСР з відстроченим початком захворювання (щонайменше через 6 місяців після впливу стресового чинника). Відповідно до DSM-IV всі обумовлені стресом розлади поділяють на три етапи: гострий стресовий розлад (ГСР), гострий ПТСР і хронічний ПТСР. Крім того, ГСР включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

З виділенням діагнозу ГКР в DSM-IV був введений критерій А. Таким чином, окрім наявності етіологічного фактора (психотравмуюча подія), для встановлення діагнозу необхідною умовою є наявність реакції індивіда на цю подію у вигляді переживання жаху і безпорадності (у дітей – дезорганізованої ажитованої поведінки). Критерій суб'єктивного сприйняття події як значимої для особи загрози є необхідним для діагностики ПТСР. Це, своєю чергою, обмежує групу постраждалих у результаті якої-небудь стресової події тими індивідами, у яких ця подія викликала душевне потрясіння.

Згідно з діагностичними критеріями МКХ-10, гостра реакція на стрес (F43.0) – це тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів; посттравматичний стресовий розлад (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

У 88 % хворих на ПТСР впродовж життя виявляється коморбідний психічний розлад [2]. Найчастіше він поєднується із афективними розладами (депресія), зловживанням психоактивними речовинами, тривожними розладами та гіперкінетичним розладом (ГКР). При обстеженні 95 військовослужбовців Adams Z. et al. (2015 р.) виявили, що в осіб із ПТСР відмічався вищий рівень гіперактивності, невгамовності, неуважності та проблем із пам'яттю; імпульсивність, емоційна лабільність були достовірно доведеними предикторами розвитку ПТСР, проте лише неуважність та порушення пам'яті були виявлені при поєднанні із ГКР, тоді як усі інші симптоми спостерігалися при поєднанні обох розладів [3]. Результати дослідження Adler L. A. et al. (2004 р.) свідчать про те, що 36 % чоловіків із ПТСР відповідали критеріям ГКР в дитинстві та 28 % відповідають в даний момент життя [4]. Крім цього, за даними Antshel K. M. (2016 р.), поширеність ПТСР серед хворих із ГКР у 6 разів вища, ніж у загальній популяції [5]. Ймовірно, висока поширеність пов'язаних із стресом розладів спричинена тим, що пацієнти із ГКР є більш вразливими до стресових факторів [6]. Іншим взаємопов'язаним чинником вказаних розладів може бути нейрокогнітивний дефіцит, який лежить в основі розвитку і ПТСР, і ГКР.

Антитерористична операція (АТО) на Сході України пов'язана із значною психологічною травматизацією учасників бойових дій, рівень якої значно вищий, ніж у звичайній популяції. За даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, кількість військовослужбовців (учасників АТО) з вперше встановленим діагнозом «Реакція на важкий стрес і порушення адаптації» (F43) у I півріччі 2016 року склала 285 осіб, що становить 20,8 % від усієї захворюваності на вказаний розлад. Крім цього, учасники АТО з уперше в житті встановленим діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад» (F43.1) становили 57,6 % (208 осіб) від кількості усього населення з уперше в житті встановленим діагнозом F43.1, та 73,0 % від кількості учасників АТО з реакцією на тяжкий стрес і порушення адаптації.

За вказаний період у психіатричних стаціонарах була пролікована 1 851 особа.

Мета – вивчити клінічний поліморфізм симптомів гіперкінетичного розладу у ветеранів військових дій на Сході України під впливом посттравматичного стресового розладу.

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій, які звернулись по допомогу з приводу психічних розладів. Для скринінгу було застосовано напівструктуроване інтерв'ю з використанням шкали повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1), шкали симптомів ПТСР – громадянська версія (PTSD CheckList – Civilian Version – PCL-C) та клініко-анамнестичне дослідження.

Для подальшого обстеження було рандомізовано 155 осіб, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 та DSM-IV для гіперкінетичного розладу і мали симптоми ПТСР, які свідчили про психічну травматизацію. Включені в дослідження ветерани були поділені на дві групи:

- 1) ветерани військових дій з ГКР та окремими симптомами ПТСР (n=85);
- 2) ветерани військових дій з ГКР та ПТСР (n=70).

Варто зазначити, що у осіб з ГКР (перша група), відмічались окремі симптоми ПТСР, проте не виконувалися вимоги критерію А, тому діагноз ПТСР їм не виставлявся.

З дослідження були виключені особи, у яких виконувалися діагностичні критерії згідно з МКХ-10 для діагностики афективних розладів (епізоди депресії, епізоди змішаних та маніакальних станів, циклотимії, дистимії; n=44), тривожних розладів (n=66), розладів особистості (n=44), розладів, зумовлених вживанням алкоголю та психоактивних речовин (n=51).

Усі включені в дослідження особи були чоловічої статі (100 %).

Рандомізовані пацієнти були обстежені з використанням інструментарію для оцінювання показників проявів симптомів ГКР та ПТСР. Застосовували наступні методи дослідження – напівструктуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичний метод, клініко-психопатологічний метод: діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу; шкалу повідомлень про ГКР у дорослому віці (ASRS-v1.1); шкалу симптомів ПТСР – громадянська версія (PCL-C); шкалу оцінки рівня якості життя; опитувальник стану здоров'я (PHQ); опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL); психодіагностичний метод, методи математичної статистики.

При обробці результатів оцінювання за шкалою PCL-C клінічні ознаки були згруповані в наступні групи: симптоми інтрузії, симптоми уникання, негативні думки та емоції, пов'язані з травматичною подією, підвищена реактивність. Кожне із 17 запитань оцінювали за 5-бальною шкалою, де 1 бал означав відсутність симптому, 5 балів – його сильне вираження. Мінімально та максимально можлива кількість балів складає 17 та 85 відповідно.

При заповненні шкали ASRS-v1.1 підраховували кількість балів у розділі А (запитання 1–6; мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 24) та розділі Б (запитання

7–18; мінімальна кількість балів – 0, максимальна – 48). Кожне із питань у відповідному блоці оцінювали за 4-бальною шкалою, де 0 балів – симптоми не відмічались ніколи, 4 бали – відмічались дуже часто. Про симптоми ГКР свідчать 4 і більше відмітки у затемнених віконцях шкали розділу А; мінімальна кількість балів, що свідчить про наявність симптомів ГКР – 9). Відповіді із розділу Б є допоміжними у оцінці симптомів.

Усі включені в дослідження особи підписали інформовану згоду пацієнта на участь у дослідженні та були проінструктовані щодо методології та дизайну дослідження.

Дизайн дослідження наведено на рисунку 1.

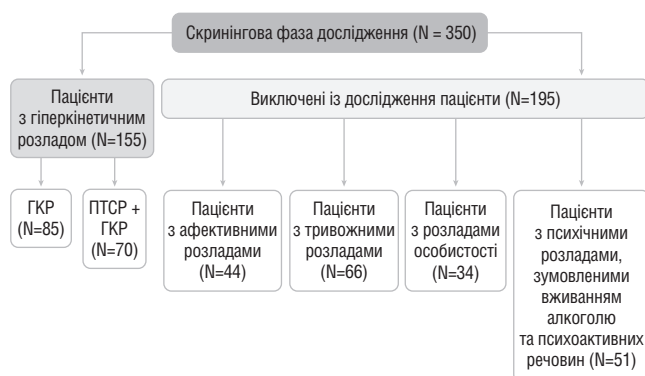


Рис. 1. Формування груп дослідження

Результати та їх обговорення

В усіх включених у дослідження пацієнтів було виявлено не менше 5 симптомів ГКР. Зокрема 100 % обстежуваних повідомили про труднощі при завершенні розпочатої роботи, труднощі у виконанні завдань, що потребують зосередження уваги та організованості, наявність проблем із запам'ятовуванням, неухильності, відчуття підвищеної активності. Вказані симптоми відмічались упродовж понад 6 місяців.

Проаналізувавши демографічні дані осіб ми встановили, що середній вік у групі осіб з ГКР складав 28,24 року, в групі ГКР і ПТСР – 32,8 року. За рівнем освіти обстежувані були розподілені наступним чином. У першій групі превальювали особи із середньою спеціальною освітою – 39 (45,88 %) чоловік, 36 (42,35 %) осіб мали середню освіту, 10 (11,76 %) – вищу. В другій групі більшість обстежених мали середню освіту – 47 (67,14 %), 16 (22,86 %) – середню спеціальну, 7 (10 %) – вищу. Серед респондентів військової освіти мали 10 (11,76 %) чоловіків із групи ГКР та 6 (8,57 %) осіб із групи з подвійним діагнозом. Серед досліджуваного контингенту були як ті, що служили в АТО за призовом, так і ті, що пішли на службу добровільно. Так, у першій дослідній групі 44 (51,76 %) особи були добровольцями, в другій дослідній групі їх кількість складала 58 (82,86 %) осіб. Про порушення дисципліни повідомили 75 (88,24 %) ветеранів із групи ГКР та 61 (87,14 %) – із групи з подвійним діагнозом. Під час проходження служби в АТО 123 військовослужбовці зазнали травматичних подій, в тому числі 61 випадок був зареєстрований у осіб, у яких виконувались критерії діагнозу ГКР, та 62 випадки – у ветеранів із подвійним діагнозом.

Серед учасників першої групи на момент опитування у шлюбі перебували 39 (45,88 %) респондентів,

25 (29,71 %) не були одружені взагалі, 20 (23,53 %) були розлучені, 1 (1,18 %) був вдівцем. У групі осіб, які відповідали критеріям ГКР і ПТСР, 12 (17,14 %) обстежених на момент опитування перебували у шлюбі, 33 (47,14 %) ніколи не були одруженими, 23 (32,86 %) були розлученими, 2 (2,86 %) були вдівцями. Про часті конфлікти в сім'ї повідомили 75 рандомізованих осіб.

Шкідливі звички на момент обстеження мали 80 осіб із групи ГКР та 67 – із групи ГКР у поєднанні з ПТСР. Окрім куріння, 7 (8,24 %) чоловіків із першої групи та 9 (12,86 %) чоловіків із другої групи зловживали алкоголем. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі рандомізовані пацієнти заперечували, однак 47 (55,3 %) осіб з ГКР та 39 (55,71 %) осіб із подвійним діагнозом повідомили про вживання «легких наркотиків» у підлітковому віці. При цьому 86 із них були із групи ГКР, що становить 87,7 % від усіх, хто заявив про вживання «легких наркотичних речовин» в минулому, і 24,6 % від загальної вибірки. Взагалі не вживали наркотичних речовин на будь-якому етапі свого життя 252 (72 %) особи.

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що 10 (11,76 %) осіб із першої піддослідної групи та 21 (30 %) особа із другої піддослідної групи в той чи інший період життя здійснювали антисоціальні дії. Переважно це було дрібне хуліганство, тому більшості вдалось уникнути серйозного покарання.

Про обтяжений психіатричний анамнез повідомили 2 (2,35 %) обстежених з ГКР та 4 (5,71 %) із групи ГКР та ПТСР. 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 наведені у таблиці 1.

Для аналізу тяжкості симптомів у 155 пацієнтів з ГКР була застосована шкала ASRS-v1.1, заповнюючи яку респонденти надали вичерпну інформацію (табл. 2). Згідно із результатами обстеження, загальний бал тяжкості симптомів за вказаною шкалою становив 12 ($\pm 1,3$) у осіб із групи ГКР і 18 ($\pm 1,6$) у осіб із групи з подвійним діагнозом (ГКР та ПТСР). При цьому у другій піддослідній групі симптоми гіперактивності, імпульсивності та неухильності були більш вираженими. Отримані дані були статистично значущими ($p \leq 0,05$).

Для аналізу тяжкості симптомів ПТСР ветерани із двох піддослідних груп дали вичерпні відповіді на запитання за шкалою PCL-C (табл. 3). Учасники із першої піддослідної групи у середньому набрали 43 бали ($\pm 1,6$), що свідчить про відсутність у них ПТСР. При цьому тяжкість симптомів у пацієнтів із другої піддослідної групи у середньому була на рівні 65 балів ($\pm 1,2$), що свідчить про наявність у них ПТСР.

Висновки

Під час дослідження встановлено, що особи з гіперкінетичним розладом частіше потрапляли на військову службу у якості добровольців. Рівень поширеності порушення дисципліни також був вищий у вказаній популяції. Серед ветеранів із гіперкінетичним розладом було статистично значуще більше тих, хто вчиняли антисоціальні дії в минулому. Вказаний розлад рідко діаг-

ностують в дитячому віці, у нашому дослідженні серед рандомізованих ветеранів із гіперкінетичним розладом він був встановлений лише двом особам.

Рівень тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу був вищим у пацієнтів з подвійним діагнозом. Це може свідчити про вплив психологічної травми на посилення симптоматики зі спектра

Таблиця 1. Соціодемографічні та клінічні характеристики осіб, включених у дослідження

Змінна величина	Загальна кількість пацієнтів, n=155 (%)	Пацієнти з ГКР, n=85 (%)	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70 (%)
Вік (роки)	30,3	28,24	32,8
Освіта			
середня	83 (53,55 %)	36 (42,35 %)*	47 (67,14 %)*
сер. спеціальна	55 (35,48 %)	39 (45,88 %)*	16 (22,86 %)*
вища	17 (11 %)	10 (11,76 %)	7 (10 %)
Наявність військової освіти:			
так	16 (10,32 %)	10 (11,76 %)	6 (8,57 %)
ні	139 (89,7 %)	75 (88,24 %)	64 (91,43 %)
Вид служби:			
за призовом	53 (34,2 %)	41 (48,24 %)	12 (17,14 %)
доброволець	102 (65,8 %)	44 (51,76 %)	58 (82,86 %)*
Порушення дисципліни:			
так	136 (87,74 %)	75 (88,24 %)	61 (87,14 %)
ні	19 (12,26 %)	10 (11,76 %)	9 (12,86 %)
Травматичні події під час служби:			
так	123 (79,35 %)	61 (71,76 %)	62 (88,57 %)
ні	32 (20,65 %)	24 (28,24 %)	8 (11,43 %)
Сімейний стан:			
одружений	51 (32,9 %)	39 (45,88 %)	12 (17,14 %)
неодружений	58 (37,42 %)	25 (29,41 %)	33 (47,14 %)
розлучений	43 (27,74 %)	20 (23,53 %)	23 (32,86 %)
вдівець	3 (1,94 %)	1 (1,18 %)	2 (2,86 %)
Наявність шкідливих звичок:			
так	147 (94,84 %)	80 (94,12 %)	67 (95,71 %)
ні	8 (5,16 %)	5 (5,88 %)	3 (4,3 %)
зловживання алкоголем	16 (10,32 %)	7 (8,24 %)	9 (12,86 %)
куріння	147 (94,84%)	81 (95,3 %)	66 (94,3 %)
Наркотичний анамнез:			
так	86 (55,48 %)	47 (55,35%)	39 (55,71%)
ні	69 (24,52 %)	38 (44,71%)	31 (44,3%)
Вчинення антисоціальних дій:			
так	31 (20 %)	10 (11,76 %)*	21 (30 %)*
ні	124 (80 %)	75 (88,24 %)*	49 (70 %)*
Звернення до психіатра (в анамнезі):			
так	6 (3,84 %)	2 (2,35 %)	4 (5,71 %)
ні	149 (96,13 %)	83 (97,65 %)	66 (94,3 %)

Примітка. * – $p \leq 0,05$.

гіперкінетичного розладу (гіперактивність, імпульсивність, неуважність) та сприйматися клініцистами як вторинна психопатизація. Виявлення ознак гіперкінетичного розладу в преморбіді дозволяє встановити правильний діагноз.

Отримані дані можуть свідчити про негативний вплив посттравматичного стресового розладу на перебіг гіперкінетичного розладу, що має враховуватися при розробці терапевтичної стратегії.

Список використаної літератури

- Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації / уклад. : Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. – Харків, 2014. – 67 с.
- Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1995. – Vol. 52, issue 12. – P. 1048–1060. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.
- The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? / Z. Adams, T. Adams, K. Stauffacher [et al.] // Journal of Attention Disorders. – 2015. DOI: 10.1177/1087054715580846.
- Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? / L. A. Adler, M. Kunz, H. C. Chua [et al.] // Journal of Attention Disorders. – 2004. – Vol. 8, issue 1. – P. 11–16. DOI: 10.1177/108705470400800102.
- The Neuropsychological Profile of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder in Adult ADHD / K. M. Antshel, J. Biederman, T. J. Spencer, S. V. Faraone // Journal of Attention Disorders. – 2016. – Vol. 20, issue 12. – P. 1047–1055. DOI: 10.1177/1087054714522512.
- Lee S. S. Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) / S. S. Lee, A. E. Falk, V. P. Aguirre // Psychiatry Research. – 2012. – Vol. 197, issue 1–2. – P. 90–96. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.01.018.

References

- Voloshyn, P. V., Maruta, N. O., Shestopalova, L. F., Linskyi, I. V., Pidkorytov, V. S., Lipatov, I. I., ... Zavorotnyi, V. I. (2014). *Diahnostyka, terapiia ta profilaktyka medyko-psykholohichnykh naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh: metodychni rekomendatsii* [Diagnostics, therapy and prevention of medical and psychological consequences of combat operations in modern conditions: methodical recommendations]. Kharkiv, 67 p. (in Ukrainian).
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, issue 12, pp. 1048–1060. DOI: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

Таблиця 2. Тяжкість симптомів за ASRS-v1.1

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n=85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70	p
	Кількість балів, $\pm \sigma$	Кількість балів, $\pm \sigma$	
Гіперактивність	4 $\pm$ 1,2	6 $\pm$ 1,3	$\leq 0,05$
Імпульсивність	6 $\pm$ 1,3	8 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Неуважність	2 $\pm$ 0,5	4 $\pm$ 0,8	$\leq 0,05$
Загальний бал	12$\pm$1,3	18$\pm$1,6	$\leq 0,05$

Таблиця 3. Тяжкість симптомів за PCL-C

Симптоми	Пацієнти з ГКР, n=85	Пацієнти з ГКР та ПТСР, n=70	p
	Кількість балів, $\pm \sigma$	Кількість балів, $\pm \sigma$	
Інтрузії	12 $\pm$ 2,3	19 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Уникання	8 $\pm$ 1,2	9 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Негативні думки та емоції	9 $\pm$ 1,3	17 $\pm$ 0,9	$\leq 0,05$
Підвищена реактивність	14 $\pm$ 0,5	20 $\pm$ 0,8	$\leq 0,05$
Загальний бал	43 $\pm$ 1,6	65$\pm$1,2	$\leq 0,05$

3. Adams, Z., Adams, T., Stauffacher, K., Mandel, H., & Wang, Z. (2015). The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? *Journal of Attention Disorders*. DOI: 10.1177/1087054715580846.
4. Adler, L. A., Kunz, M., Chua, H. C., Rotrosen, J., & Resnick, S. G. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): Is ADHD a vulnerability factor? *Journal of Attention Disorders*, vol. 8, issue 1, pp. 11–16. DOI: 10.1177/108705470400800102.
5. Antshel, K. M., Biederman, J., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (2016). The Neuropsychological Profile of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder in Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, vol. 20, issue 12, pp. 1047–1055. DOI: 10.1177/1087054714522512.
6. Lee, S. S., Falk, A. E., & Aguirre, V. P. (2012). Association of comorbid anxiety with social functioning in school-age children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, vol. 197, issue 1–2, pp. 90–96. DOI: 10.1016/j.psychres.2012.01.018.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИМПТОМОВ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ВЕТЕРАНОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Т. Ю. Ильницькая

Актуальность. Психические нарушения, возникающие во время вооруженных конфликтов, являются распространенными формами реакции организма на стрессовые факторы как у непосредственных участников боевых действий, пленных и их родственников, так и у временно перемещенных лиц. Клинические проявления расстройств психики у данного контингента лиц представлены широким спектром различных по структуре и выраженности расстройств – от психологически понятных реакций и предболезненных состояний до клинически очерченных форм патологии.

Цель – изучить клинический полиморфизм симптомов гиперкинетического расстройства (ГКР) у ветеранов военных действий на Востоке Украины под влиянием посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Материалы и методы. Нами было рандомизировано 155 человек, отвечающих диагностическим критериям МКБ-10 и DSM-IV для ГКР и имеющих симптомы ПТСР, которые свидетельствовали о психической травматизации. Включенные в исследование ветераны были разделены на две группы: 1) ветераны военных действий с ГКР и отдельными симптомами ПТСР (n=85); 2) ветераны военных действий с ГКР и ПТСР (n=70).

Результаты. Степень тяжести симптомов ПТСР был выше у пациентов с двойным диагнозом. Это может свидетельствовать о влиянии психологической травматизации на усиление симптоматики из спектра ГКР (гиперактивность, импульсивность, невнимательность) и восприниматься клиницистами как вторичная психопатизация. Установление признаков ГКР в преморбиде позволяет установить правильный диагноз.

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о негативном влиянии ПТСР на ход ГКР, что должно учитываться при разработке терапевтической стратегии.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, участники боевых действий.

CLINICAL POLYMORPHISM OF SYMPTOMS OF ADHD AMONG WAR VETERANS IN THE EAST OF UKRAINE UNDER THE INFLUENCE OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Т. Ю. Ільницька

Background. Mental disturbances that arise during armed conflicts are common forms of the body's reaction to stress factors, both from immediate participants in hostilities, prisoners and their relatives, and temporarily displaced persons. Clinical manifestations of mental disorders in this contingent of persons are represented by a wide range of disorders of different structure and severity - from psychologically understandable reactions and pre-illnesses to clinically outlined forms of pathology.

Objective. The goal is to describe the clinical polymorphism of the symptoms of ADHD among veterans of military operations in the East of Ukraine under the influence of post-traumatic stress disorder.

Materials and methods. We randomized 155 people who met the diagnostic criteria of ICD-10 and DSM-IV for ADHD and had PTSD symptoms that indicated a psychological trauma. Included in the study, veterans were divided into two groups: 1) war veterans with HCM and individual PTSD symptoms (n = 85); 2) war veterans with GCM and PTSD (n = 70).

Results. The severity of PTSD symptoms was higher in patients with dual diagnosis. This may indicate the impact of psychological trauma on the increase in symptoms from the spectrum of ADHD (hyperactivity, impulsivity, inattention), and perceived by clinicians as secondary psychopathy. The establishment of signs of GCM in premorbidum allows to put the correct diagnosis.

Conclusions. The data obtained may indicate a negative effect of PTSD on the course of GCM, which should be taken into account when developing a therapeutic strategy.

Keywords: hyperkinetic disorder, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorders, posttraumatic stress disorder, participants in hostilities.

Стаття надійшла до редакції 18.08.2017 р.

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

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

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

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 613.865/.867.6+616.003.96-057.875

В. В. В'юн

**ВИЗНАЧЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ
В СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ**
Харківський національний медичний університет, м. Харків
vjun_v_v@mail.ru

Актуальність. Професії, пов'язані з наданням допомоги та напруженими стосунками у системі «людина–людина», асоціюються з нервовим виснаженням. Окремою категорією в переліку високостресогенних професій є медичні працівники.

Мета – вивчити специфіку проявів тривоги та депресії у структурі розладів адаптації лікаря-інтерна в період професійної підготовки фахівця.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено 213 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету, з них 116 жінок та 97 чоловіків у віці 22–25 років. Використано наступні методи: клініко-анамнестичний, медико-психологічний, психодіагностичний з використанням клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона, Торонтської шкали алекситимії, шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної, шкали професійного стресу та статистичний метод.

Результати. У 55,7 % лікарів-інтернів чоловічої статі та у 68,6 % жіночої статі виявлено стани дезадаптації. Виділено астеничний, гіперстенічний, тривожно-депресивний, психосоматичний, астено-апатичний та аддиктивний варіанти дезадаптивних реакцій, у клінічній картині яких відмічалися депресивні та тривожні прояви різного ступеня вираженості.

Висновки. Результати вивчення і систематизації варіантів дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів, які виникають під впливом професійного дистресу, повинні слугувати підґрунтям для розробки системи психокорекції та психопрофілактики.

Ключові слова:
дезадаптація,
розлади адаптації,
лікарі-інтерни,
тривога, депресія.

Актуальність. У всіх сферах життя нервові виснаження вражає людей, але особливо сприйнятливі до нього фахівці, чиї професії пов'язані з наданням допомоги та напруженими стосунками у системі «людина–людина». Окремою категорією в переліку високостресогенних професій є медичні працівники [1, 2].

Міжнародна організація праці оцінює втрати внаслідок стресу в двісті мільярдів доларів щорічно. Тривалий професійний стрес призводить до соматичних захворювань, психологічних проблем або до розвитку професійного вигорання [3, 4].

На поточному етапі реформування системи охорони здоров'я стає актуальним своєчасне виявлення і нівелювання у медичного персоналу негативних змін емоційних реакцій у професійній діяльності, що зменшить вірогідність відтоку кваліфікованих фахівців з медицини [5].

У сучасних умовах основними завданнями післядипломної освіти лікарів є як покращання фахової підготовки лікарів-інтернів, так і забезпечення медико-психологічної підтримки лікаря у період його адаптації до професійної діяльності. Одним із найважливіших педагогічних завдань інститутів післядипломної освіти є робота з лікарями-інтернами, спрямована на якомога

швидшу й успішнішу їх адаптацію до професійної діяльності, нової системи соціальних відносин [6–9].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета роботи – вивчити специфіку проявів тривоги та депресії у структурі розладів адаптації лікаря-інтерна в період професійної підготовки фахівця.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено комплексне обстеження 213 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету, 116 жінок та 97 чоловіків у віці 22–25 років.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний, медико-психологічний, психодіагностичний з використанням клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967 р.), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988 р.); Торонтської шкали алекситимії (TAS, Taylor G. J. і співавт., 1985 р.), шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003 р.), шкали професійного стресу (Д. Фонтана, 1995 р.) та статистичний

метод; результати представлені у вигляді середнього значення.

Результати та їх обговорення

Відповідно до даних медико-психологічного та психодіагностичного досліджень лікарів-інтернів, у 55,7 % чоловіків та у 68,6 % жінок виявлено стани дезадаптації. Базуючись на отриманих у ході роботи даних ми виділили астеничний (25,8 % чоловіків та 22,5 % жінок), гіперстенічний (20,6 % чоловіків та 23,2 % жінок), тривожно-депресивний (11,3 % чоловіків та 20,6 % жінок), психосоматичний (14,5 % чоловіків та 18,1 % жінок), астено-апатичний (12,3 % чоловіків та 11,2 % жінок) та аддиктивний (15,5 % чоловіків та 4,4 % жінок) варіанти дезадаптивних реакцій, у клінічній картині яких відмічалися депресивні та тривожні прояви різного ступеня вираженості.

Обстежені скаржилися на знижений фон настрою (76,2 %) з почуттям туги й безнадійності (46,3 %), зниження загальної активності й підвищену втомлюваність (67,2 %), зниження здатності до зосередження (30,2 %), відчуття напруженості, скутості, порушення сну (42,2 %), вегетативний дисбаланс (38,5 %), який проявлявся коливаннями артеріального тиску, неприємними відчуттями в очах; головним болем; більшими відчуттями у ділянках спини та шиї; відчуттям важкості в голові; відчуттями шуму або дзвону у вухах; відчуттям появи «мушок» перед очима; тахікардією.

Психологічні прояви порушень адаптації характеризувалися скаргами на постійні стреси, незадоволеністю рівнем досягнення життєвих цілей, відсутністю прагнення до спілкування з оточуючими, труднощами при встановленні комунікативного контакту з незнайомими людьми, конфліктністю у робочому колективі та в сім'ї, зниженням мотивації до професійної діяльності.

Для депресивних порушень були характерними знижений фон настрою, почуття туги та очікування нещастя, ідеї самозвинувачення, елементи психомоторної загальмованості, фіксація на негативних подіях, депресивна оцінка як себе, так і оточення, зниження рівня спонукань.

Для тривожних порушень було характерним домінування загального тривожного фону настрою, пригніченість, дратівливість, гіперестезії, внутрішнє напруження, занепокоєння із неможливістю розслабитися, порушення циклу сон-неспання, істеричні прояви.

Астеничний варіант порушень адаптації характеризувався домінуванням слабкості, млявості, швидкої виснаженості, дратівливості, підвищеної сприйнятливості до раніше нейтральних подразників, апатії, адинамії, легкою вираженістю тривоги і депресії за шкалою Гамільтона, рівнем алекситимії 71,84±1,40.

Гіперестезійний варіант проявлявся дратівливістю, нестриманістю, нетерплячістю, які підсилювалися при стомленні та напрузі, схильністю до короткочасних або затяжних афективних реакцій, підвищеною чутливістю до раніше нейтральних подразників, важкою або помірно вираженою тривогою та легко вираженою депресією за шкалою Гамільтона, рівнем алекситимії 71,11±1,40.

Тривожно-депресивний варіант визначався домінуванням загального тривожно-депресивного фону

настрою, пригніченістю, дратівливістю, гіперестезіями, почуттями туги, тривоги, очікування нещастя, внутрішнім напруженням, занепокоєнням із неможливістю розслабитися, порушеннями сну, відзначалася важка або помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, рівнем алекситимії 72,09±0,82.

Психосоматичний варіант проявлявся розвитком психосоматичних захворювань, концентрацією уваги на стані соматичного неблагополуччя, чому сприяли вегетативні пароксизми, частіше кардіоваскулярного типу, депресивні і тривожні розлади в рамках легкого епізоду за шкалою Гамільтона, рівнем алекситимії 72,62±1,42.

Астено-апатичний варіант характеризувався проявами астенії у поєднанні з бездіяльністю, байдужістю, відсутністю інтересу до спілкування на тлі зниженого настрою, апатією, помірно вираженою тривогою і депресією за шкалою Гамільтона, рівнем алекситимії 70,1±1,3.

Аддиктивний варіант був достовірно більш характерним для чоловіків та проявлявся надмірним вживанням алкоголю, прийомом наркотичних і токсичних речовин, формуванням нехімічних видів залежності, депресивними і тривожними розладами в ланках легкого або помірного епізоду за шкалою Гамільтона, рівнем алекситимії 59,3±1,3.

Висновки

Проведений у ході роботи комплексний аналіз феномена розладів адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності дозволив нам виділити основні типи дезадаптивних реакцій: астеничний, гіперстенічний, тривожно-депресивний, психосоматичний, астено-апатичний та аддиктивний, у клінічній картині яких домінують тривожна та депресивна симптоматика і високий рівень алекситимії.

Результати вивчення і систематизації варіантів дезадаптивних реакцій у лікарів-інтернів, які виникають під впливом професійного дистресу, повинні слугували підґрунтям для розробки системи психокорекції та психопрофілактики, що визначає напрямок подальших наукових досліджень.

Список використаної літератури

1. Пшук Н. Г. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 151–155.
2. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності: монографія / І. С. Вітенко. – Вінниця: Нова книга, 2013. – 132 с.
3. Вітенко І. С. Профилактика и коррекция расстройств адаптации врачей в условиях работы по принципам семейной медицины / И. С. Витенко, В. В. Вьюн // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 169–170.
4. Кокун О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти / О. М. Кокун // Актуальні проблеми психології. – 2005. – Т. 5, вип. 4. – С. 77–85.
5. Пшук Н. Г. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 1 (78). – С. 84–87.
6. Кожина Г. М. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредино-модульної системи освіти / Г. М. Кожина, М. В. Маркова, Є. Г. Гриневич // Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України. – 2013. – № 3 (86). – С. 87–93.
7. Соколова І. М. Психофизиологические механизмы адаптации студентов: монография / И. М. Соколова. – Харьков: ХГМУ, 2007. – 412 с.
8. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): монографія / ред. П. В. Волошин, Н. О. Марута. – Харків: Видавець Строков Д. В., 2016. – 335 с.

9. Волосовець О. П. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України / О. П. Волосовець // Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 1. – С. 5–12.

References

1. Pshuk, N. G., & Kaminska, A. O. (2013). Problema profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurgichnoho ta terapevtychnoho profilu [The problem of professional disadaptation surgery and therapeutic profile doctors]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 19, no. 2 (73), pp. 151–155. (In Ukrainian).
2. Vitenko, I. S. (2013). *Psykholohichna adaptatsiia simeinoho likaria do profesiinoi diialnosti* [Psychological adaptation of the family doctor for professional activity]. Vinnytsia: Nova knyha, 132 p. (In Ukrainian).
3. Vitenko, I. S., & Vjun, V. V. (2012). Profilaktika i korrekciia rasstrojstv adaptacii vrachej v uslovijah raboty po principam semejnoi medicyny [Prevention and correction of adaptation disorders doctors in terms of work on principles of family medicine]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 3 (72), pp. 169–170. (In Russian).
4. Kokun, O. M. (2005). Adaptatsiia ta adaptatsiini mozhyvosti liudyny: prykladni aspekty [Adaptation and adaptive possibilities of the person: applied aspects]. In S. D. Maksymenko (Ed.), *Aktualni problemy psykholohii*, vol. 5, no. 4: *Psykhofiziologia. Medychna psykholohiia. Henetychna psykholohiia – Actual problems of psychology*, vol. 5, issue. 4: *Psychophysiology. Medical psychology. Genetic Psychology* (pp. 77–85). Kyiv: Milenium. (In Ukrainian).
5. Pshuk, N. G., & Kaminska, A. O. (2014). Deiaki indyvidualno-psykholohichni predyktory formuvannia profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurgichnoho ta terapevtychnoho profilu [Some individual psychological predictors of professional disadaptation forming in surgery and therapeutic profile doctors]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 1 (78), pp. 84–87. (In Ukrainian).
6. Kozhyna, G. M., Markova, M. V., & Grynevych, Ye. G. (2013). Problemy adaptatsii studentiv do navchalnoi diialnosti u VUZi v umovakh kredyno-modulnoi systemy osvity [Problems of adaptation of students to educational activity in higher educational institutions in conditions of credit-modular system of education]. *Naukovo-informatsiinyi visnyk Akademii nauk vyshchoi osvity Ukrainy – Scientific information journal of Higher Education Academy of Sciences of Ukraine*, no. 3 (86), pp. 87–93. (In Ukrainian).
7. Sokolova, I. M. (2007). *Psihofiziologicheskie mehanizmy adaptacii studentov* [Psychophysiological mechanisms of student adaptation]. Kharkiv: KhHMU, 412 p. (In Russian).
8. Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (Eds.). (2016). *Sotsialno-stresovi rozlady (klinika, diahnostyka, profilaktyka)* [Socio-stress disorder (clinic, diagnostics, prevention)]. Kharkiv: Vydavets Strokov D. V., 335 p. (In Ukrainian).
9. Volosovets, O. P. (2006). Stratehiia yevrointehratsiinoho reformuvannia vyshchoi medychnoi osvity Ukrainy [The Strategy of European Integration Reform of Higher Medical Education of Ukraine]. *Problemy medychnoi nauky ta osvity – Problems of modern medical science and training*, no. 1, pp. 5–12. (In Ukrainian).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В СТРУКТУРЕ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ

В.В. Вьюн

Актуальность. Профессии, связанные с оказанием помощи и напряженными отношениями в системе «человек–человек», ассоциируются с нервным истощением. Отдельной категорией в списке высокострессовых профессий являются медицинские работники.

Цель – изучить специфику проявлений тревоги и депрессии в структуре расстройств адаптации врача-интерна в период профессиональной подготовки специалиста.

Материалы и методы. Комплексно обследовано 213 врачей-интернов Харьковского национального медицинского университета, из них 116 женщин и 97 мужчин в возрасте 22–25 лет. Используются следующие методы: клинико-anamnestический, медико-психологический, психодиагностический с использованием клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона, Торонтской шкалы алекситимии, шкалы оценки профессиональной дезадаптации А. Н. Родиной, шкалы профессионального стресса и статистический метод.

Результаты. У 55,7 % врачей-интернов мужского пола и у 68,6 % женского пола обнаружено состояние дезадаптации. Выделено астенический, гиперстенический, тревожно-депрессивный, психосоматический, астено-апатичный и аддитивный варианты дезадаптивных реакций, в клинической картине которых отмечались депрессивные и тревожные проявления различной степени выраженности.

Выводы. Результаты исследования и систематизации вариантов дезадаптивных реакций у врачей-интернов, которые возникают под влиянием профессионального дистресса, должны служить основой для разработки системы психокоррекции и психопрофилактики.

Ключевые слова: дезадаптация, расстройства адаптации, врачи-интерны, тревога, депрессия.

ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSION IN THE STRUCTURE ADJUSTMENT DISORDER IN INTERNS

V. V. Vjun

Background. Professions related to the provision of assistance and tensions in the «person-person» system are associated with nervous exhaustion. Medical staff is a separate category in the list of high-stress occupations.

Objective – to study the specific features of anxiety and depression in the structure of the adjustment disorders of an intern at the time of professional training of a specialist.

Materials and methods. 213 interned doctors of the Kharkov National Medical University were complexly examined (116 of them – women and 97 – men aged 22–25). We were used the following methods: clinical-anamnestic, medical-psychological, psychodiagnostic with using the clinical scales of anxiety and depression of Hamilton, the Toronto scale of alexithymia, the scale of assessment of professional disadaptation by A. N. Rodina, the scale of occupational stress and the statistical method.

Results. 55.7 % of male interns and 68.6 % of females have a state of disadaptation. We distinguished asthenic, hypersthenic, anxious-depressive, psychosomatic, asthenic-apathetic and addictive variants of disadaptive reactions, in the clinical picture of which depressive and anxiety manifestations of varying severity were noted.

Conclusions. the results of research and systematization of variants of disadaptive reactions among interns which arise under the influence of professional distress should serve as the basis for the development of a system of psycho-correction and psycho-prophylaxis.

Keywords: disadaptation, adjustment disorders, interns, anxiety, depression.

Стаття надійшла до редакції 22.08.2017 р.

В'ЮН Валерій Васильович, к.мед.н., доцент, директор Інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, м.Харків, Україна; e-mail: vjun_v_v@mail.ru

ВЬЮН Валерий Васильевич, к.мед.н., доцент, директор Института последипломного образования Харьковского национального медицинского университета, Харьков, Украина; e-mail: vjun_v_v@mail.ru

VJUN Valery Vasilovich, MD, PhD, docent, Director of Faculty of Postgraduate Training of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: vjun_v_v@mail.ru

С. В. Ісаєнко

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ
У ХВОРИХ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

isaenko217@gmail.com

Ключові слова:
депресивні розлади,
суїцидальна поведінка,
онкологія, ризик.

Актуальність. Психічна патологія чинить значний несприятливий вплив на клінічний і соціальний прогноз онкологічних захворювань. Тому актуальність проблеми депресій в онкологічній практиці, де їх поширеність коливається від 40 до 60 %, беззаперечна.

Мета – вивчення феноменології суїцидальної поведінки (СП) при депресивних розладах у онкологічних хворих.

Матеріали та методи. Обстежено 154 пацієнти обох статей з онкологічною патологією I та II ступенів, у яких було діагностовано депресивні розлади (F43.21, F43.22, F32.1, F32.2, або F06.32). Основну групи склали 103 пацієнти з ознаками СП, контрольну – 51 пацієнт без ознак СП. Використано наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (HADS, HDRS, MADRS, «Спосіб оцінки самосвідомості смерті»), статистичний.

Результати. Виділено наступні варіанти депресивних розладів: тривожний, астенічний, апато-адинамічний, меланхолійний та дисфоричний. Встановлена частота здійснення суїцидальних спроб, суїцидальних рішень та намірів, пасивних та активних суїцидальних думок, фантазування та переживання залежно від нозології. Суїцидальні думки та фантазування частіше притаманні жінкам; рішення, наміри та спроби – чоловікам.

Висновки. У формуванні СП пацієнтів з онкологічною патологією провідну роль відіграють тривожний та астенічний варіанти депресивних розладів, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Актуальність. Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидонебезпечність є однією з найгостріших медико-соціальних проблем [1, 2].

Останнім часом істотно зросла актуальність проблеми депресій в онкологічній практиці, де їх поширеність коливається, за даними різних авторів, від 40 до 60 % [3, 4].

Психічна патологія чинить значний несприятливий вплив на клінічний і соціальний прогноз онкологічних захворювань, включаючи скорочення термінів виживання, редукцію рівня адаптації та зниження рівня якості життя, а також прихильності до патогенетичного лікування. Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один із важливих факторів погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25 %. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів із злоякісними новоутвореннями при наявності симптомів депресії різко скорочується. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії [5–9].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження – вивчення феноменології суїцидальної поведінки при депресивних розладах у онкологічно хворих.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення визначеної мети ми провели комплексне обстеження 154 пацієнтів обох статей з онкологічною патологією I та II ступенів, у яких було діагностовано депресивні розлади: розлади адаптації у вигляді депресивної реакції (F43.21, F43.22) (48,4 %); помірний та тяжкий депресивні епізоди (F32.1, F32.2) (38,2 %), органічний депресивний розлад (F06.32) (13,4 %).

Основну групи склали 103 пацієнти з ознаками суїцидальної поведінки, контрольну – 51 пацієнт без ознак суїцидальної поведінки.

У роботі було використано наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювали із застосуванням критеріїв МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав використання госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988) (HDRS); шкали Монтгомері–Асберг (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi G. D., 1993) (MADRS); методик «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001).

Результати та їх обговорення

У клінічній картині депресивних розладів у обстежених хворих найчастіше спостерігали пригніченість настрою та афект туги, астеничні симптоми, а також різні тривожні прояви. На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти депресивних розладів: тривожний (45,8 % хворих основної та 25,4 % контрольної груп), астеничний (36,4 % хворих основної і 33,5 % контрольної груп), апато-адинамічний (5,6 % хворих основної і 17,5 % контрольної груп), меланхолійний (4,1 % хворих основної і 13,2 % контрольної груп) та дисфоричний (8,1 % хворих основної і 10,4 % контрольної груп).

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів І групи показало, що 31,1 % хворих з депресивною реакцією, 32,1 % хворих з депресивним епізодом, 28,9 % з органічним депресивним розладом здійснювали суїцидальні спроби; у 42,3 %, 48,5 % та 44,2 % хворих відповідно реєструвалися суїцидальні рішення та наміри; у 26,6 % хворих з депресивною реакцією, 19,4 % хворих з депресивним епізодом, 26,9 % з органічним депресивним розладом відмічалися пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання. Гендерний аналіз суїцидальної поведінки показав, що суїцидальні думки та фантазування частіше відзначалися у жінок, рішення, наміри та спроби – у чоловіків, при скоєнні суїцидальної спроби чоловіки використовували більш травматичні засоби, а жінки – більш щадні, що створюють можливості збереження життя.

При дослідженні варіантів суїцидальної поведінки визначено, що у всіх пацієнтів виявлено домінування істинного варіанта: 53,2 % хворих з депресивною реакцією, 56,5 % хворих з депресивним епізодом, 51,2 % з органічним депресивним розладом, афективний спостерігався у 38,1 %, 40,1 % та 44,1 % відповідно; демонстративно-шантажний у 8,7 % хворих з депресивною реакцією, у 3,4 % хворих з депресивним епізодом, у 4,7 % з органічним депресивним розладом.

Як показали результати клініко-анамнестичного дослідження, у 23,8% обстежених основної групи відмічалася суїцидальна поведінка в минулому, у 20,1 % родичі здійснювали суїцид, 25,97 % родичів хворих страждали на депресивні розлади.

Як показали результати дослідження, для хворих основної групи характерні клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, тяжка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері–Асберг, хворим контрольної групи притаманні клінічні прояви тривоги і субклінічні депресії за госпітальною шкалою, помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері – Асберг.

При дослідженні вираженості суїцидального ризику встановлено, що у хворих основної групи цей показник вірогідно перевищував такий в контролі (42,7±2,7 бали та 20,4±3,4 бали). Водночас показник рівня самосвідомості смерті в основній групі складав 17,6±3,2 бали, а в контрольній – 28,4±1,3 бали. Таким чином, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті у хворих основної групи є передумовою формування суїцидальної поведінки.

Згідно з отриманими даними, для хворих основної групи характерні низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, підвищена чутливість, вразливість, охоплення переживаннями гострого горя у зв'язку із діагнозом онкологічної хвороби, зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості, оцінка ситуації, що склалася, як безвихідної, відчуття ізоляції, відсутності соціальної підтримки.

Висновки

У формуванні суїцидальної поведінки хворих з онкологічною патологією провідну роль відіграють тривожний та астеничний варіанти депресивних розладів, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез. На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у онкологічних хворих з депресивними розладами.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Украинский вестник психоневрологии. – 2013. – Т. 21, вып. 4 (77). – С. 90–93.
2. Кожина Г. М. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади : монографія / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. Харків : ХНМУ, 2014. – 64 с.
3. Мухаровська І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування / І. Р. Мухаровська // Український вестник психоневрологии. – 2016. – Т. 24, вып. 4 (89). – С. 69–71.
4. Psycho-Oncology / eds. J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et al.]. – Oxford University press, 2015. – 784 p.
5. Маркова М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології / М. В. Маркова, О. В. Пюнтковська, І. Р. Кужель // Український вестник психоневрологии. – 2012. – Т. 20, вып. 4 (73). – С. 86–91.
6. Рак в Україні 2013–2014 [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://www.ncsu.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm (дата звернення: 17.06.2017).
7. Савин А. И. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) / А. И. Савин, Б. Ю. Володин // Наука молодых – Eruditio Juvenum. – 2015. – № 3. – С. 82–86.
8. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers / K. Z. Bambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2006. – Vol. 41, issue 10. – P. 819–824. DOI: 10.1007/s00127-006-0103-x.
9. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis / F. Walter, A. Webster, S. Scott, J. Emery // Journal of Health Services Research & Policy. – 2012. – Vol. 17, issue 2. – P. 110–118. DOI: 10.1258/jhsr.2011.010113.

References

1. Kozhyna, G. M., & Zelenskaya, K. O. (2013). Sovremennyye podhody k terapii depressivnykh rasstroystv [Up-to-date approaches to the treatment of depressive disorders]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 21, issue 4 (77), pp. 90–93. (In Russian).
2. Kozhyna, G. M., Korostii, V. I., & Zelenska, K. O. (2014). *Mekhanizmy formuvannya ta shliakhy profilaktyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh na depresyivni rozlady* [Mechanisms of formation and ways of prevention of suicidal behavior in patients with depressive disorders]. Kharkiv: KhNMU, 64 p. (In Ukrainian).
3. Mukharovska, I. R. (2016). Osoblyvosti psykhoemotsiynnoho stanu onkologichnykh khvorykh na etapi pervynnoho likuvannya [Features of emotional condition

- cancer patients at the stage of primary treatment]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 4 (89), pp. 69–71. (In Ukrainian).
4. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Eds). (2015). *Psycho-Oncology* (3rd ed.). Oxford University press, 784 p.
 5. Markova, M. V., Piontkovska, O. V., & Kuzhel, I. R. (2012). Stan ta perspektyvy rozvytku suchasnoi psykhoonkologhii [Status and prospects of contemporary psychooncology]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 4 (73), pp. 86–91. (In Ukrainian).
 6. *Rak v Ukraini 2013–2014* [Cancer in Ukraine 2013–2014]. Available from: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm (Accessed 17.06.2017).
 7. Savin, A. I., & Volodin, B. Ju. (2015). Osobennosti psihogenno obuslovlennyh psichicheskikh rasstroystv i psichologicheskikh harakteristiki onkologicheskikh bol'nykh pri raznykh opuholevykh lokalizatsiyah (podhod k probleme) [Peculiarities of psychogenic conditioned mental disorders and psychological characteristics of patients with different tumor localizations (approaches to the problem)]. *Nauka molodyh – Eruditio Juvenium*, no. 3, pp. 82–86 (In Russian).
 8. Bambauer, K. Z., Zhang, B., Maciejewski, P. K., Sahay, N., Pirl, W. F., Block, S.D., & Prigerson, H. G. (2006). Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, issue 10, pp. 819–824. DOI: 10.1007/s00127-006-0103-x.
 9. Walter, F., Webster, A., Scott, S., & Emery, J. (2012). The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 17, issue 2, pp. 110–118. DOI: 10.1258/jhsrp.2011.010113.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАСТРОЙСТВАХ У БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

С. В. Исаенко

Актуальность. Психическая патология оказывает значительное неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний. Поэтому актуальность проблемы депрессий в онкологической практике, где их распространенность колеблется от 40 до 60 %, бесспорна.

Цель – изучение феноменологии суицидального поведения (СП) при депрессивных расстройствах у онкологических больных.

Материалы и методы. Обследовано 154 пациента обоих полов с онкологической патологией I и II степеней, у которых было диагностировано депрессивное расстройство (F43.21, F43.22, F32.1, F32.2, или F06.32). Основную группу составили 103 пациента с признаками СП, контрольную – 51 пациент без признаков СП. Использованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический, психодиагностический (HADS, HDRS, MADRS, «Способ оценки самосознания смерти»), статистический.

Результаты. Выделены следующие варианты депрессивных расстройств: тревожное, астеническое, апато-адинамическое, меланхолическое и дисфорическое. Установлена частота осуществления суицидальных попыток, суицидальных решений и намерений, пассивных и активных суицидальных мыслей, фантазирования и переживания в зависимости от нозологии. Суицидальные мысли и фантазирование чаще присущи женщинам; решения, намерения и попытки – мужчинам.

Выводы. В формировании СП пациентов с онкологической патологией ведущую роль играют тревожный и астенический варианты депрессивных расстройств, высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, высокий уровень суицидального риска в сочетании с низким уровнем самосознания смерти, отягощенный суицидологический анамнез.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, суицидальное поведение, онкология, риск.

PHENOMENOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOR IN DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ONCOLOGICAL PATHOLOGY

S. V. Isaenko

Background. Mental pathology has a significant adverse effect on the clinical and social prognosis of cancer. Therefore, the relevance of the problem of depression in cancer practice, where their prevalence ranges from 40 to 60 %, is undeniable.

Objective – to study the phenomenology of suicidal behavior (SB) in depressive disorders in patients with oncological pathology.

Materials and methods. We examined 154 patients of both sexes with oncological pathologies of I and II stage who were diagnosed with depressive disorder (F43.21, F43.22, F32.1, F32.2, or F06.32). The main group consisted of 103 patients with signs of suicidal behavior, control – 51 patients without signs of suicidal behavior. The following survey methods were used: clinical-psychopathological, psychodiagnostic (HADS, HDRS, MADRS, «Method for assessing the self-awareness of death»), statistical.

Results. We distinguished the following variants of depressive disorders: anxious, asthenic, apato-adyamic, melancholic and dysphoric. The frequency of suicidal attempts, suicidal decisions and intentions, passive and active suicidal thoughts, fantasies and experiences depending on nosology has been established. Suicidal thoughts and fantasies are more common in women; decisions, intentions and attempts – for men.

Conclusions. In the formation of suicidal behavior of patients with oncological pathology, the following factors play a leading role: anxious and asthenic variants of depressive disorders, high scores on clinical anxiety and depression scales, high level of suicidal risk combined with low level of self-awareness of death, weighed down by suicidal history.

Keywords: depressive disorders, suicidal behavior, oncology, risk.

Стаття надійшла до редакції 02.08.2017 р.

ИСАЕНКО Світлана Володимирівна, психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, м. Харків, Україна; e-mail: isaenko217@gmail.com

ИСАЕНКО Светлана Владимировна, психиатр, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3, г. Харьков, Украина;

e-mail: isaenko217@gmail.com

ISAIENKO Svitlana Volodymyrivna, psychiatrist, Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3, Kharkiv, Ukraine; e-mail: isaenko217@gmail.com

О. О. Кришталь

ВИРАЗНІСТЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СИНДРОМІВ ТА РІВЕНЬ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК ОСНОВА АРТ-ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, м. Харків

krishtalmail@ukr.net

Актуальність. Біопсихосоціальний підхід до терапії психічного захворювання передбачає, окрім біологічної терапії, використання спеціальних методів, спрямованих на збереження та відновлення соціального функціонування пацієнта, нівелювання негативних емоційних проблем у родині, удосконалення навичок адекватної поведінки, поліпшення якості життя хворого на шизофренію.

Мета – оцінити ефективність арт-терапії в системі лікування та реабілітації хворих на шизофренію.

Матеріали та методи. Комплексно обстежено 125 пацієнтів обох статей (70 жінок та 55 чоловіків) у віці 20–45 років (середній вік $35,0 \pm 2,0$ років) з шизофренією у період стабілізації стану за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного, статистичного методів. Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію. Додатково пацієнти основної групи ($N=95$) брали участь у арт-терапії.

Результати. Залежно від психопатологічного синдрому пацієнти були поділені на 4 клінічні групи: з апато-абулічним синдромом (20,6 %), галюциаторно-параноїдним (25,2 %), депресивно-параноїдним (28,4 %) і параноїдним (25,8 %). Запропонована двоетапна система арт-терапії в комплексному лікуванні хворих на шизофренію та доведена її ефективність. Встановлена виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування хворих та позитивна динаміка позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів за шкалою PANSS. Арт-терапія сприяє швидкій соціальній реінтеграції хворих на шизофренію, покращенню якості їх життя.

Висновки. Використання арт-терапії, поряд з фармакотерапією, у пацієнтів з шизофренією позитивно впливає на відчуття психологічного благополуччя, посилення почуття причетності і особистісної реалізованості, поліпшення міжособистісних стосунків, відчуття підтримки від близьких і соціуму.

Ключові слова:
арт-терапія, хворі
на шизофренію,
соціальне
функціонування.

Актуальність. Шизофренія є одним із найпоширеніших психічних захворювань, хворі на шизофренію займають до 50 % ліжок психіатричних стаціонарів; за статистикою, на цих хворих припадає найбільший відсоток непрацездатності. Захворювання характеризується прогресуючим перебігом, має значні медичні та соціальні наслідки, нерідко призводить до зниження або втрати працездатності, порушень соціальних зв'язків пацієнтів. Тому проблема пошуку сучасних методів лікування та реабілітації хворих на шизофренію залишається актуальною [1–3].

Сучасна стратегія розвитку вітчизняної психіатрії наголошує на необхідності розвитку форм допомоги, основу яких складають психотерапевтичні та психосоціальні втручання. Змістовно це означає розвиток та удосконалення форм і методів психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію. В загальному сенсі метою психосоціального підходу є забезпечення рівноваги між психічним життям пацієнта та соціальними стосунками, які впливають на його життєдіяльність. Такий підхід віддзеркалює біопсихосоціальну модель психічного захворювання, яка, окрім біологічної терапії, передбачає використання спеціальних

методів, спрямованих на збереження та відновлення соціального функціонування пацієнта, нівелювання негативних емоційних проблем у родині, удосконалення навичок адекватної поведінки, і, зрештою, поліпшення якості життя хворого на шизофренію [4–7].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження – оцінити ефективність арт-терапії в системі лікування та реабілітації хворих на шизофренію.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети за умови інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики й деонтології на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 125 хворих обох статей (70 жінок та 55 чоловіків) у віці 20–45 років (середній вік $35,0 \pm 2,0$ років) з шизофренією у період стабілізації стану.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно зі стандартами МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу, пацієнти

якої брали участь у арт-терапії, склали 95 осіб (54 жінки та 41 чоловік), у контрольну групу увійшли 30 хворих (16 жінок та 14 чоловіків), які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У дослідженні були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опикування проводили із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10 та «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS).

Психодіагностичний метод включав дослідження соціального функціонування хворих за допомогою Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale) (WHO, 1988).

Результати та їх обговорення

Залежно від провідного психопатологічного синдрому хворі були поділені на 4 клінічні групи: з апато-абулчним (20,6 % обстежених), галюцинаторно-параноїдним (25,2 %), депресивно-параноїдним (28,4 %) і параноїдним синдромами (25,8 %).

Як показали результати дослідження, у пацієнтів з галюцинаторно-параноїдним, депресивно-параноїдним і параноїдним синдромами провідними в клінічній картині були порушення стрункості мислення, зниження і неадекватність емоцій, маячні ідеї, псевдогалюцинації; при апато-абулчному синдромокомплексі домінувала негативна симптоматика, хворі були байдужими до подій, що відбуваються навколо них, емоційно холодними.

До початку терапевтичного втручання середній сумарний бал за позитивними шкалами PANSS в основній групі складав $26,1 \pm 4,1$, у контрольній – $26,4 \pm 4,1$ бали; середній сумарний бал за негативними шкалами PANSS в основній групі складав $25,3 \pm 3,9$, у контрольній – $25,4 \pm 4,2$ бали; середній сумарний показник за шкалами загально-психопатологічних порушень до початку лікування в основній групі складав $52,1 \pm 9,1$, в контрольній – $52,3 \pm 9,0$ балів.

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

Для хворих основної групи був розроблений курс арт-терапії, основними цілями якої були: зайнятість пацієнтів за рахунок їх залучення в змістовну діяльність; розвиток і підтримка їх творчих навичок; сенсорна стимуляція; відреагування почуттів і переживання позитивних емоцій, пов'язаних з творчою активністю і її результатами; під-

тримка і розвиток комунікативних навичок, самостійності та самоорганізації; психологічна інтеграція пацієнтів.

Арт-терапевтична інтервенція мала довгостроковий характер і складалася із двох послідовних блоків: основного (інтенсивного) – на стаціонарному етапі лікування, і підтримуючого – на амбулаторному (позалікарняному) етапі. Основний блок, проведений на стаціонарному етапі, включав 12 занять тривалістю 45–60 хвилин з періодичністю 2 рази на тиждень. Амбулаторний етап включав 6 занять тривалістю 1–1,5 години з періодичністю 1–2 рази на тиждень.

Найефективнішим виявився груповий варіант арт-терапії; у рамках основного блоку арт-терапія здійснювалася в закритих групах, підтримувальна – в частково відкритих групах під керівництвом лікаря-психіатра / психотерапевта і медичного психолога.

Основними факторами психотерапевтичного впливу в арт-терапії були фактор художньої експресії, фактор внутрішньогрупових комунікативних процесів і стосунків, фактор інтерпретації і вербального зворотного зв'язку.

Після завершення терапії середній сумарний бал за позитивними шкалами PANSS в основній групі склав $6,7 \pm 1,5$ балів, в контрольній – $13,1 \pm 1,3$ балів; середній сумарний бал за негативними шкалами PANSS складав $7,6 \pm 1,1$ та $14,2 \pm 1,6$ балів відповідно; середній сумарний показник за шкалами загальнопсихопатологічних порушень складав $17,7 \pm 2,9$ та $30,1 \pm 6,8$ балів відповідно.

На тлі проведення терапії рівень виразності позитивних симптомів в основній групі знизився на 69,3 %, в контрольній – на 41,1 %; рівень вираженості негативних симптомів в основній групі знизився на 61,1 %, в контрольній – на 49,8 %; загальнопсихопатологічних симптомів – на 60,8 % та 39,7 % відповідно.

Рівень вираженості загального бала за шкалою PANSS в основній групі знизився на 65,1 %, в контрольній – на 42,9 %.

У ході роботи встановлено, що на тлі комплексного лікування з використанням арт-терапії суттєво покращився рівень соціального функціонування хворих, а саме загальної поведінкової дисфункції – в основній групі на 75,3 %; у контрольній – на 52,1 %; дисфункції при виконанні соціальних ролей – на 61,5 % в основній і на 31,9 % у контрольній відповідно; порушення функціонування пацієнтів у лікарні – в основній групі на 86,4 %; у контрольній – на 69,4 %; дисфункція модифікуючих чинників у хворих – на 91,1 % в основній та на 59,8 % у контрольній групах.

Як показали результати дослідження, в процесі арт-терапії відзначалася наступна динаміка художньої експресії: створювані на початкових етапах образи характеризувалися аморфністю, розпливчастістю меж, «стіканням форм», орнаментарністю, змішанням різних стилів, а на пізніших стадіях арт-терапії вони набували символічного, архетипного характеру, мали структурність і завершеність.

У ході дослідження встановлено, що на тлі комплексного лікування з використанням арт-терапії суттєво покращився рівень соціального функціонування хворих.

Результати катamnестичного спостереження свідчать, що в основній групі на тлі проведеного комплексного лікування з використанням арт-терапії у 77,5 % хворих вдалося досягти стійкого терапевтичного ефекту, який зберігався впродовж 2 років, у 15,1 % стан залишався без динаміки, і у 7,4 % відмічався рецидив захворювання. У групі контролю поліпшення стану відмічено у 40,4 % пацієнтів,

у 31,2 % – не було позитивної динаміки психічного стану, у 28,4 % реєструвалась госпіталізація у зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були стійкість ремісії, частота госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

Висновки

Використання арт-терапії, поряд з фармакотерапією, у пацієнтів з шизофренією позитивно впливає на відчуття психологічного благополуччя, посилення почуття причетності і особистісної реалізованості, поліпшення міжособистісних стосунків, відчуття підтримки від близьких і соціуму, що, в свою чергу, приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих та свідчить про необхідність подальшої розробки та впровадження арт-терапевтичних заходів у систему психосоціальної реабілітації психічно хворих.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М. Опыт применения препарата Солерон в терапии шизофрении / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 4 (65). – С. 116–117.
2. Марута Н. О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Архів психіатрії. – 2011. – Т. 17, № 3 (66). – С. 5–9.
3. Діхтяр В. О. Рівень соціального функціонування та якості життя як основа психотерапії хворих на параноїдну шизофренію / В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17, вип. 3 (60). – С. 35–44.
4. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. № 1 (82). – С. 5–11.
5. Гуменик Л. Н. Арт-терапия в системе комплексной психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях принудительного лечения / Л. Н. Гуменик, Е. А. Михайлова // Тавр. мед.-биол. вестник. – 2010. – Т. 13, № 4 (52). – С. 37–40.

6. Пшук Н. Г. Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих / Н. Г. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 145.
7. Колядко С. П. Особливості використання арт-терапії в лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / С. П. Колядко, Г. Ю. Каленська // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С. 51–55.

References

1. Kozhyna, G. M., & Gaychuk, L. M. (2010). Opyt primeneniya preparata Soleron v terapii shizofrenii [The experience of the drug in the treatment of schizophrenia Soleron]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi* – *Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 4 (65), pp. 116–117. (In Russian).
2. Maruta, N. O. (2011). Stan nadannia ta perspektyvy rozvytku psykhiatrychnoi dopomohy v Ukraini [Condition of rendering and the perspectives development of psychiatric help in Ukraine]. *Arkhiv psykhiatrii* – *Archives of psychiatry*, vol. 17, no. 3 (66), pp. 5–9. (In Ukrainian).
3. Dihtyar, V. A. (2009). Riven sotsialnoho funktsionuvannia ta yakosti zhyttia yak osnova psykhoterapii khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu [The level of social functioning and quality of life as a basis of psychotherapy of patients with paranoid schizophrenia]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi* – *Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 17, issue 3 (60), pp. 35–44. (In Ukrainian).
4. Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2015). Stratehiia okhrony psykhychnoho zdorov'ia naselennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody [The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi* – *Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 23, issue 1 (82), pp. 5–11. (In Ukrainian).
5. Gumenjuk, L. N., & Mihajlova, E. A. (2010). Art-terapija v sisteme kompleksnoj psihosotsial'noj reabilitacii bol'nyh shizofreniej v uslovijah prinuditel'nogo lechenija [Art-therapy in the system of psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients under the compulsory treatment] *Tavricheskij Mediko-Biologicheskij Vestnik – Taurian Medical and Biological Journal*, vol. 13, no. 4 (52), pp. 37–40. (In Russian).
6. Pshuk, N. G. (2010). Predyktory formuvannia protsesu psykhosotsialnoi reabilitatsii psykhychnokhvorykh [Predictors of the formation of the process of psychosocial rehabilitation of patients with mental diseases]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi* – *Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 3 (64), pp. 145. (In Ukrainian).
7. Kolyadko, S. P., & Kalenska, G. Y. (2017). Osoblyvosti vykorystannia art-terapii v likuvanni khvorykh na paranoidnu shyzofreniiu [Peculiarities of the use of art therapy in treatment of patients with paranoid schizophrenia]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohi* – *Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 25, issue 1 (90), pp. 51–55. (In Ukrainian).

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ И УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КАК ОСНОВА АРТ-ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. А. Кришталь

Актуальность. Биопсихосоциальный подход к лечению психического заболевания предусматривает, кроме биологической терапии, использование специальных методов, направленных на сохранение и восстановление социального функционирования пациента, нивелирование негативных эмоциональных проблем в семье, совершенствование навыков адекватного поведения, улучшение качества жизни больного шизофренией.

Цель – оценить эффективность арт-терапии в системе лечения и реабилитации больных шизофренией.

Материалы и методы. Комплексно обследовано 125 пациентов обоих полов (70 женщин и 55 мужчин) в возрасте 20–45 лет (средний возраст 35,0±2,0 лет) с шизофренией в период стабилизации состояния с помощью клинико-психопатологического, психодиагностического, статистического методов. Все пациенты получали регламентированную психофармакотерапию. Дополнительно пациенты основной группы (N=95) принимали участие в арт-терапии.

Результаты. В зависимости от психопатологического синдрома пациенты были разделены на 4 клинические группы: с апато-абулическим синдромом (20,6 %), галлюцинаторно-параноидным (25,2 %), депрессивно-параноидным (28,4 %) и параноидным (25,8 %). Предложена двухэтапная система арт-терапии в комплексном лечении больных шизофренией и доказана ее эффективность. Установлена выраженная положительная динамика уровня социального функционирования больных и положительная динамика положительных, отрицательных и общих психопатологических синдромов по шкале PANSS. Арт-терапия способствует быстрой социальной реинтеграции больных шизофренией, улучшению качества их жизни.

Выводы. Использование арт-терапии, наряду с фармакотерапией, у пациентов с шизофренией положительно влияет на ощущение психологического благополучия, усиление чувства сопричастности и личной реализуемости, улучшение межличностных отношений, ощущение поддержки от близких и социума.

Ключевые слова: арт-терапия, больные шизофренией, социальное функционирование.

THE EXPRESSION OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROME AND THE LEVEL OF SOCIAL FUNCTIONING AS A BASIS OF ART-THERAPY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

О. О. Kryshstal

Background. Biopsychosocial approach to the treatment of mental diseases, provides for in addition to biological therapy, the use of special methods aimed at preserving and restoring the patient's social functioning, leveling negative emotional problems in the family, improving the skills of adequate behavior, improving the quality of life of a patient with schizophrenia.

Objective – to evaluate the effectiveness of art therapy in the system of treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia.

Materials and methods. We comprehensively examined 125 patients with schizophrenia during the period of stabilization of the condition of both sexes (70 women and 55 men) aged 20–45 years (mean age 35.0 ± 2.0 years) by clinico-psychopathological, psychodiagnostic, statistical methods. All patients received regulated psychopharmacotherapy. Additionally, patients of the main group (N = 95) took part in art therapy.

Results. 4 clinical groups of patients were issued depending on the psychopathological syndrome: with apathy and abulia (20.6%), hallucinatory-paranoid (25.2%), depressive-paranoid (28.4%) and paranoid (25.8%) syndromes. A two-stage system of art therapy in complex therapy of patients with schizophrenia is proposed and its effectiveness is proved. The expressed positive dynamics of the level of social functioning of patients and the positive dynamics of positive, negative and general psychopathological syndromes according to the scale of the PANSS are established. Art therapy promotes rapid social reintegration of patients with schizophrenia, improving their quality of life.

Conclusions. Art-therapy in combination with pharmacotherapy positively influences the feeling of psychological well-being, increased sense of belonging and personal realizability, improvement of interpersonal relations, a sense of support from relatives and society in patients with schizophrenia.

Keywords: art-therapy, patients with schizophrenia, social functioning.

Стаття надійшла до редакції 11.08.2017 р.

КРИШТАЛЬ Олександр Олексійович, психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, м. Харків, Україна; e-mail: krishtalmail@ukr.net
КРИШТАЛЬ Олександр Алексеевич, психіатр, Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3, г. Харьков, Украина; e-mail: krishtalmail@ukr.net
KRYSH TAL Oleksandr Oleksiiovich, psychiatrist, Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3, Kharkiv, Ukraine; e-mail: krishtalmail@ukr.net

О. О. Молчанова

НЕЙРОКОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ І СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ
ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

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

molchanovae17@ukr.net

Актуальність. Шизофренія є одним із найпоширеніших психічних розладів, який призводить до несприятливих соціальних та економічних наслідків. На сучасному етапі розвитку експериментальної та клінічної психіатрії фокус уваги науковців та лікарів зміщується від усунення психотичних симптомів шизофренії до мети «одужання» (recovery). Важливим кроком для зниження інвалідності є визначення детермінант низького рівня функціонального результату, які перешкоджають успішній соціальній адаптації. На сьогодні нейрокогнітивний дефіцит вважають фундаментальною ознакою шизофренії (core feature). Дане твердження обґрунтовують стабільністю дефіциту когнітивних функцій, персистуванням когнітивного дефіциту незалежно від фази захворювання та інших симптомів шизофренії.

Мета дослідження – вивчення клініко-психопатологічної структури соціального та когнітивного функціонування хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріали та методи. Пацієнти, що відповідали критеріям включення, були оцінені за шкалою оцінки позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкалою персонального та соціального функціонування (PSP), а також за нейропсихологічними методиками відповідно до консенсусної когнітивної батареї тестів ініціативи MATRICS. Також за нейропсихологічними методиками ми оцінили включених у дослідження здорових осіб з метою оцінки нейрокогнітивного профілю пацієнтів із шизофренією.

Результати. Порушення за ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко, були більш вираженими, ніж за іншими ознаками шкали. Загальний середній бал за шкалою PSP склав $49,50 \pm 7,82$ балів. Найбільш виражені порушення спостерігали у сферах соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання ($4,09 \pm 0,61$), стосунки з близькими та інші соціальні відносини ($3,26 \pm 0,71$). Найбільш виражені статистично достовірні ($p < 0,05$) порушення були виявлені при виконанні тесту послідовних з'єднань частин А та В. Також спостерігали статистично значимо більшу кількість персеверативних помилок, помилок утримання рахунку та меншу кількість пройдених категорій при виконанні Вісконсинського тесту розкладки карток. Пацієнти із параноїдною шизофренією частіше, ніж здорові особи, не завершували виконання нейрокогнітивних тестів, що було обумовлено нездатністю продовжувати далі тест.

Висновки. Отримані нами результати вказують на актуальність пошуку методів корекції когнітивних порушень у пацієнтів із параноїдною шизофренією. Виявлення домінуючих нейрокогнітивних порушень дозволить більш спрямовано розробляти програми нейрокогнітивного відновлення, що сприятиме підвищенню рівня повсякденного функціонування цієї групи пацієнтів.

Ключові слова:
параноїдна шизофренія,
нейрокогнітивний
дефіцит, соціальне
функціонування.

Актуальність. На сучасному етапі розвитку експериментальної та клінічної психіатрії фокус уваги науковців та лікарів зміщується від усунення психотичних симптомів шизофренії до мети «одужання» (recovery). Під одужанням слід розуміти досягнення незалежного проживання, навчальної та трудової адаптації, задоволення міжперсональними стосунками [1]. Важливим кроком для зниження інвалідності є визначення детермінант низького рівня функціонального результату, які перешкоджають успішній

соціальній адаптації. Однією із найвагоміших детермінант функціонального результату пацієнтів із шизофренією є нейрокогніція, що включає в себе такі домени як швидкість обробки інформації, увага, робоча пам'ять, зорова та слухова пам'ять, судження та вирішення проблем [2].

Е. Крепелін одним із перших вважав ключовим проявом захворювання, яке він називав «dementia praecox», порушення когнітивних процесів. Разом з тим, на той час існували деякі обмеження у дослідженні когніцій.

Оцінка когнітивного профілю здійснювалась лише на основі клінічного досвіду та спостережень. Цим мабуть було обумовлено твердження Є. Блейлера про те, що пацієнти із шизофренією мають навіть кращу пам'ять на події, а «забудкуватість», що спостерігається час від часу, обумовлена дезорганізацією. Цей висновок ґрунтувався на даних, отриманих під час клінічного інтерв'ю. Не існувало стандартизованого стимульного матеріалу для дослідження когніцій, об'єктивного оцінювання, порівняння даних із показниками здорових осіб. Ці інтерв'ю та самооцінки призводили до низької валідності оцінки когнітивного функціонування [3].

Застосування психометричних та експериментальних методів дозволило достовірно виявляти порушення когнітивного функціонування і стало важливою передумовою більш повного та точного розуміння когніцій при шизофренії. Особливим аспектом дослідження уваги хворих на шизофренію стало вивчення такого параметра як селективність. У багатьох клінічних описах зазначались труднощі у ігноруванні не релевантних поточній діяльності стимулів, тобто йшлося про порушення селективності уваги чи дефект «фільтра». Використовували також термін «підвищене відволікання» («distractibility»). W. E. Broenta & L. H. Storms висловили гіпотезу, що наслідком вищезазначених порушень уваги є особливості мислення хворих на шизофренію, обумовлені труднощами організації інформації і, як наслідок, порушенням вибіркової її відтворення [4].

Також у 70-ті роки ХХ сторіччя дещо змінилися погляди дослідників на пам'ять у хворих на шизофренію. Тривалий час відсутність мнестичних труднощів вважали однією із диференційно-діагностичних ознак шизофренії. Однак з'явилися роботи, у яких дослідники описували дефект здатності до утримання інформації, тобто дефект короткотривалої пам'яті. Труднощі у плануванні дій, нездатність вибірково опрацювати інформацію пояснювали уже з погляду порушення короткотривалої робочої пам'яті [4].

Надалі застосування нейропсихологічних тестових батарей, розроблених для клінічної оцінки хворих на шизофренію та порівняння із здоровими, дозволило отримати велику кількість даних, що демонструють наявність когнітивних порушень у цієї групи пацієнтів. За даними одних авторів, когнітивні порушення спостерігаються у 75 % хворих на параноїдну шизофренію [5], за даними інших – у 95 % [6]. Слід зазначити, що частина хворих на шизофренію має оцінку загального інтелекту, зіставну із здоровими людьми, однак виявляє порушення при виконанні специфічних завдань нейрокогнітивного тестування.

На сьогодні нейрокогнітивний дефіцит вважають фундаментальною ознакою шизофренії (core feature). Дане твердження обґрунтовують стабільністю дефіциту когнітивних функцій, персистуванням когнітивного дефіциту незалежно від фази захворювання та інших симптомів шизофренії. Однак дослідники зазначають, що невирішеними залишаються питання можливості персоналізації заходів, спрямованих на когнітивне відновлення, та дослідження впливу тривалості захворювання на ефективність нейрокогнітивних тренувань.

Мета – обґрунтування напрямків диференційованого нейрокогнітивного відновлення хворих на параноїдну

шизофренію шляхом вивчення їх клініко-психопатологічної структури, соціального та когнітивного функціонування.

Матеріали та методи дослідження

Методом суцільної вибірки за умови інформованої згоди здійснювали набір пацієнтів та їх оцінку відповідно до критеріїв включення та виключення з дослідження. На першому етапі ми проводили клінічне обстеження пацієнтів із шизофренією для виявлення психопатологічної структури захворювання та вивчення соціально-демографічних характеристик пацієнтів. Для цього ми використовували метод структурованого інтерв'ю із застосуванням спеціально розробленої карти обстеження пацієнта з параноїдною шизофренією.

На другому етапі виконання роботи усіх пацієнтів оцінювали за допомогою шкали оцінки позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали персонального та соціального функціонування (PSP), а також нейропсихологічних методик відповідно до консенсусної когнітивної батареї тестів ініціативи MATRICS для виявлення особливостей когнітивного функціонування з метою подальшого використання цих даних при обґрунтуванні та розробці диференційованого комплексу заходів нейрокогнітивного відновлення цієї групи хворих. Також за нейропсихологічними методиками ми оцінювали включених у дослідження здорових осіб з метою порівняння нейрокогнітивного профілю пацієнтів із шизофренією та здорових осіб. Для дослідження когнітивного функціонування ми використовували комп'ютеризовану батарею нейропсихологічних тестів «Нейродіагностикум» (Об'єдков В. Г., Гелда А. П., Білоруський державний медичний університет, № державної реєстрації 20071850). Ця батарея тестів дозволяє виявити порушення у таких доменах когнітивного функціонування як швидкість обробки інформації (speed of processing), увага/пильність (attention/vigilance), робоча пам'ять (working memory), зорова пам'ять та навчання (visual learning and memory) (рос. научение), слухова пам'ять та навчання (verbal learning and memory), здатність до міркування та вирішення проблем (reasoning and problem solving).

Результати та їх обговорення

Критеріям включення відповідав 71 пацієнт, в тому числі 34 жінки (47,9 %) та 37 (52,1 %) чоловіків. Середній вік становив $38,8 \pm 9,5$ років: середній вік чоловіків був $38,1 \pm 8,5$ років, жінок – $39,4 \pm 10,3$ років. Серед обстежених хворих на параноїдну шизофренію кількість осіб, які перебувають у шлюбі, становила 14 (19, %) чоловік, розлучених було 11 (15,5 %) осіб. Решта пацієнтів (46 осіб (64,8 %)) ніколи не були одруженими чи заміжними. Більшість пацієнтів мали середню та середню спеціальну освіту (23 (32,3 %) та 28 (39,4 %) відповідно). Лише 12 (16,9 %) обстежених мали вищу та 8 (11,3 %) – незавершену вищу освіту. На момент обстеження 64 (90,1 %) пацієнти не працювали. Більшість з них мали інвалідність за психічним захворюванням – 55 (77,5 %). Середня тривалість перебування на інвалідності становила $7,8 \pm 7,1$ років.

За тривалістю захворювання (час від встановлення діагнозу відповідно до дослідницьких діагностичних кри-

теріїв МКХ-10 рубрики F20.0 «параноїдна шизофренія») пацієнти були поділені наступним чином: 37 (52,1 %) мали стаж захворювання до 10 років, 34 (47,9 %) – 10 і більше років. Слід зазначити, що середня тривалість перебування під диспансерним наглядом становила $13,3 \pm 8,2$ роки, тоді як наявність у пацієнта психічного розладу, що відповідає дослідницьким діагностичним критеріям МКХ-10 рубрики F20.0 «параноїдна шизофренія», становила $11,7 \pm 8,4$ років. Обтяжена спадковість була виявлена у 17 (23,9 %) пацієнтів.

При обробці медичної документації було встановлено, що у більшості пацієнтів ($n=50$; 70,4 %) було менше 10 госпіталізацій з приводу загострення психотичної симптоматики. Підтримувальне лікування постійно приймали 40 (56,3 %) пацієнтів, 12 (16,9 %) приймали ліки епізодично, 19 (26,8 %) не виконували рекомендацій щодо підтримувального лікування. У більшості випадків препаратами для підтримувального лікування були типові антипсихотики – у 40 (56,3 %) обстежених. Із них пролонговані форми отримували 15 (37,5 %) пацієнтів, непродовговані форми – 2 (5,0 %), комбінацію пролонгованих і непродовгованих типових антипсихотиків – 6 (15,0 %), комбінацію типових антипсихотиків з атипівними – 17 (42,5 %). У якості монотерапії атипівні антипсихотики приймали лише 12 (16,9 %) пацієнтів. 4 (5,6 %) пацієнти використовували комбінацію нейролептиків з іншими психотропними препаратами (антидепресанти, анксиолітики, стабілізатори настрою).

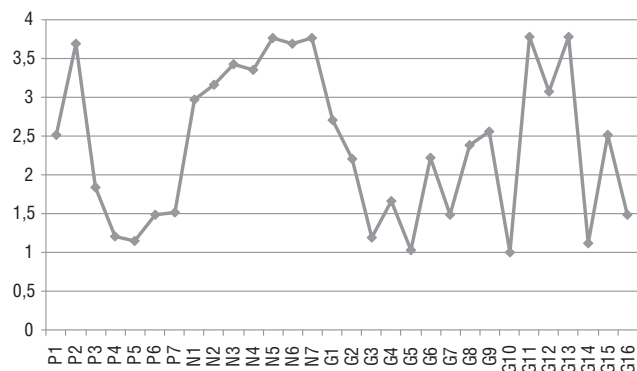


Рис. 1. Виразність продуктивних, негативних та загальних психопатологічних симптомів у пацієнтів за шкалою PANSS при включенні у дослідження ($n=71$)

Для оцінки ступеня вираженості психопатологічної симптоматики у обстежених хворих ми використовували шкалу PANSS (рис. 1).

Загальний бал за шкалою PANSS склав $72 \pm 8,7$ бали. Композитний індекс склав -10,7 балів, що свідчить про переважання у обстежених пацієнтів негативної симптоматики над позитивною. Найбільш виражені порушення (більше трьох балів) спостерігались у P2 (дезорганізація мислення), N2 (емоційна відгородженість), N3 (труднощі у спілкуванні), N4 (пасивно-апатична соціальна відгородженість), N5 (порушення абстрактного мислення), N6 (порушення спонтанності і плавності мислення), N7 (стереотипне мислення), G11 (порушення уваги), G12 (зниження критики до свого стану), G13 (розлади волі) (рис. 1). Для додаткової оцінки когнітивного профілю, а також можливості використання з метою диференціювання заходів, спрямованих на когнітивне відновлення, ми також окремо винесли деякі ознаки шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко [7]: P2 (концептуальна дезорганізація мислення), N5 (порушення абстрактного мислення), N7 (стереотипність мислення), G11 (труднощі концентрації уваги), G12 (порушення розсудливості та усвідомлення власної хвороби), G13 (вольові порушення), G15 (соціальна активність) (рис. 2). Порушення за всіма вищезазначеними ознаками шкали PANSS були більш вираженими, ніж за іншими ознаками шкали. Це підтверджує необхідність пошуку методів корекції когнітивних порушень у пацієнтів із параноїдною шизофренією.

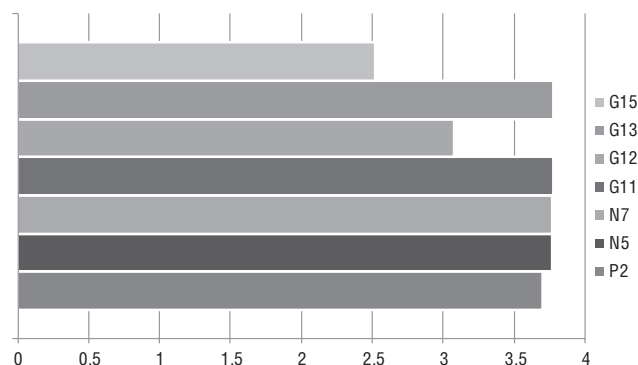


Рис. 2. Оцінка за ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко ($n=71$)

Таблиця 1. Результати кореляційного аналізу виразності психопатологічної симптоматики та рівня соціального функціонування

Показники	PSP область а	PSP область б	PSP область с	PSP область d	Загальний бал PSP
P2	0,423*	0,475*	0,331*	0,151	-0,591*
N5	0,156	0,314*	0,117	0,125	-0,309*
N7	0,327*	0,479*	0,253*	0,142	-0,528*
G11	0,314*	0,377*	0,411*	0,231	-0,516*
G12	0,286*	0,496*	0,297*	0,371*	-0,541*
G13	0,350*	0,290*	0,421*	0,229	-0,410*
G15	0,492*	0,569*	0,416*	0,307*	-0,725*
Позитивні	0,475*	0,499*	0,230	0,268*	-0,663*
Негативні	0,451*	0,506*	0,355*	0,295*	-0,610*
Загальні психопатологічні	0,534*	0,679*	0,385*	0,282*	-0,723*
Загальний бал PANSS	0,5897*	0,719*	0,421*	0,363*	-0,828*

Примітка. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

Загальний середній бал за шкалою PSP склав $49,50 \pm 7,82$ балів. Найбільш виражені порушення у хворих на параноїдну шизофренію спостерігали у сферах соціально корисної діяльності, включаючи роботу та навчання ($4,09 \pm 0,61$), стосунки з близькими та інші соціальні відносини ($3,26 \pm 0,71$).

Усі ознаки за шкалою PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко, мали прямі кореляційні зв'язки між областю b соціального функціонування – стосунки з близькими та інші соціальні відносини. Прямий кореляційний зв'язок також був виявлений між областями соціального функціонування a – соціально корисна діяльність, включаючи роботу та навчання, c – догляд за собою, та вищезазначеними ознаками шкали PANSS окрім N5 (порушення абстрактного мислення). Найбільш виражений обернено пропорційний кореляційний зв'язок було виявлено між загальним балом PSP та усіма ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко (табл. 1). З вищенаведеного можна зробити висновок, що покращення когнітивного статусу сприятиме підвищенню рівня соціального функціонування.

Найбільш виражені статистично достовірні ($p < 0,05$) порушення були виявлені при виконанні тесту послідовних з'єднань частин А та В (рис. 3), що свідчить про дефіцит

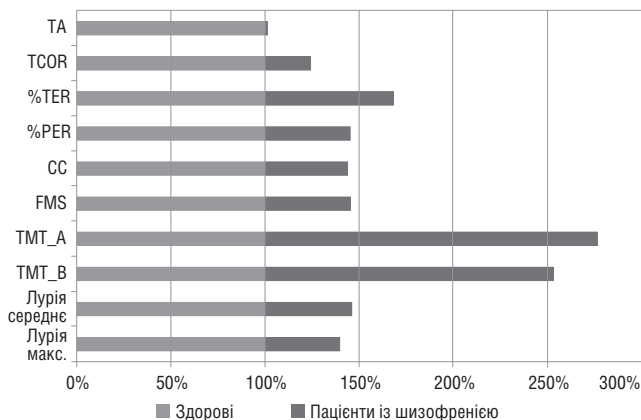


Рис. 3. Оцінка відхилень показників за нейрокогнітивними тестами пацієнтів із шизофренією відносно базового рівня здорових осіб, прийнятого за 100 %

робочої пам'яті, швидкості обробки інформації та уваги у пацієнтів із шизофренією. Слід зазначити, що 17 (23,95 %) обстежених із групи хворих на шизофренію не змогли завершити виконання частини В тесту послідовних з'єднань, тоді як серед здорових осіб цей тест не завершили 3 (7,2 %) особи. Також спостерігали статистично значимо більшу кількість персеверативних помилок, помилок утримання рахунку та меншу кількість пройдених категорій при виконанні Віконсинського тесту розкладки карток.

Пацієнти із параноїдною шизофренією частіше, ніж здорові особи, не завершували виконання нейрокогнітивних тестів, що було обумовлено нездатністю продовжувати тест далі (рис. 4). Так, при виконанні частини В тесту послідовних з'єднань пацієнти із параноїдною шизофренією значно частіше, порівняно із здоровими особами, мали труднощі у згадуванні попередньої цифри для того, щоб зробити наступний крок, що свідчить про дефіцит робочої пам'яті. Виконання Віконсинського тесту розкладки карток супроводжувалось труднощами в утриманні умови сортування та зниженням мотивації до виконання завдання при появі на екрані монітора повідомлення про помилку.

Висновки

У ході нашого дослідження виявлені порушення соціального функціонування у сферах соціально корисної

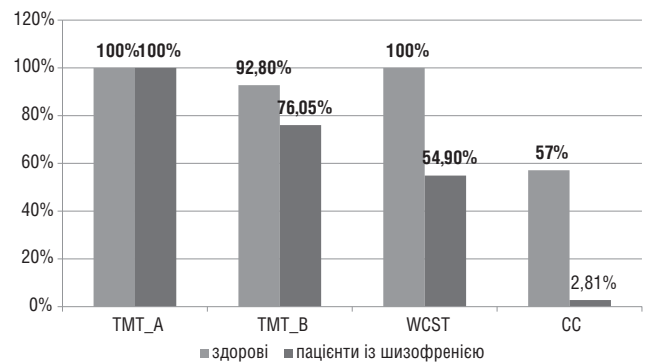


Рис. 4. Розподіл здорових осіб та пацієнтів із параноїдною шизофренією за завершенням виконання нейрокогнітивних тестів

Примітка. TMT_A – відсоток обстежених, які відмітили усі цифри частини А тесту послідовних з'єднань; TMT_B – відсоток обстежених, які відмітили усі цифри та літери частини В тесту послідовних з'єднань; WCST – відсоток обстежених, які пройшли 128 карток Віконсинського тесту розкладки карток або завершили 6 категорій; CC – відсоток обстежених, які завершили 6 категорій Віконсинського тесту розкладки карток.

Таблиця 2. Оцінка за нейрокогнітивними тестами пацієнтів із параноїдною шизофренією при включенні у дослідження та здорових осіб

Нейрокогнітивний тест		Пацієнти із шизофренією (n=71)		Здорові особи (n=42)		Різниця здорові-хворі (абс.)	Різниця здорові-хворі (у %)	p
		M	SD	M	SD			
WCST	TA	101,59	36,96	106,29	22,35	-1,61	-1,51	0,786
	TCOR	57,32	21,75	77,93	9,54	-19,01	-24,39	0,0001 *
	% TER	42,32	14,53	25,21	8	17,23	68,36	0,0001 *
	% PER	20,6	9,6	14,2	5,42	6,44	45,34	0,0001 *
	CC	2,83	1,80	5,21	1,37	-2,29	-44,00	0,0001 *
	FMS	0,73	0,83	1,29	1,33	-0,59	-45,56	0,004 *
TMT_A		153,6	84,06	55,86	17,27	98,69	176,69	0,0001 *
TMT_B		294,9	121,63	116,38	83,84	178,57	153,43	0,0001 *
Тест Лурія	середнє	3,76	0,98	7	0,68	-3,24	-46,29	0,0001 *
	максимальне	5,63	1,34	9,36	0,5	-3,73	-39,83	0,0001 *

Примітки. 1. WCST – Віконсинський тест розкладки карток. TA (Trialsadministered) – кількість пред'явлених карток; TCOR (Total correct) – загальна кількість правильних відповідей; % TER – загальна кількість помилок у відсотках; % PER – кількість персеверативних помилок у відсотках; CC (Categoriescompleted) – кількість пройдених категорій; FMS (failuratomaintainset) – помилки утримання рахунку; TMT_A (Trial Making Test Part A) – тест послідовних з'єднань частина А; TMT_B (Trial Making Test Part B) – тест послідовних з'єднань частина В. 2. * – статистично значима оцінка коефіцієнта кореляції ($p < 0,05$).

діяльності, включаючи роботу та навчання, стосунки з близькими та інші соціальні відносини. Встановлені кореляційні зв'язки між зазначеними сферами соціального функціонування та усіма ознаками шкали PANSS, які склали групу когнітивних порушень відповідно до авторської класифікації В. А. Вербенко. Також виявлені дефіцит робочої пам'яті, зниження швидкості обробки інформації та недостатність уваги у пацієнтів із шизофренією. Отже, профіль когнітивного функціонування є прогностично важливим чинником соціальної адаптації хворих на параноїдну шизофренію, а також орієнтиром при визначенні напрямків диференційованого нейрокогнітивного відновлення таких пацієнтів. Виявлення домінуючих нейрокогнітивних порушень дозволить більш спрямовано розробляти програми нейрокогнітивного відновлення, що сприятиме підвищенню рівня повсякденного функціонування цієї групи пацієнтів. Отримані дані узгоджуються із сучасними уявленнями про модель формування функціонального результату, зокрема з твердженням про те, що нейропсихологічний профіль розглядається як фундаментальний рівень функціонального результату.

Список використаної літератури

1. Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia / A. Kopelowicz, R. P. Liberman, J. Ventura [et al.] // *Psychol Med.* – 2005. – Vol. 35, issue 8. – P. 1165–1173.

2. Kar S. K. Current understandings about cognition and the neurobiological correlates in schizophrenia / S. K. Kar, M. J. Jain // *Neurosci Rural Pract.* – 2016. – Vol. 7, issue 3. – P. 412–418. DOI: 10.4103/0976-3147.176185.
3. Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment and treatment / editor P. D. Harvey. – Cambridge : Cambridge University Press, 2013. – 328 p.
4. Гуревич Г. Л. Нейропсихологическая коррекция когнитивных нарушений как часть психотерапии при шизофрении / Г. Л. Гуревич, О. В. Рычкова // *Неврологический вестник.* – 2012. – Т. XLIV, вып. 1. – С. 68–75.
5. Keefe R. S. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia / R. S. Keefe, C. E. Eesley, M. P. Poe // *Biol Psychiatry.* – 2005. – Vol. 57, issue 6. – P. 688–691. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.01.003.
6. Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении: монография / В. А. Вербенко. – Симферополь: ООО ДИАПИ, 2007. – 132 с.

References

1. Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Ventura, J., Zarate, R., & Mintz, J. (2005). Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychol Med*, vol. 35, issue 8, pp. 1165–1173.
2. Kar, S. K., & Jain, M. (2016). Current understandings about cognition and the neurobiological correlates in schizophrenia. *J Neurosci Rural Pract*, vol. 7, issue 3, pp. 412–418. DOI: 10.4103/0976-3147.176185.
3. Harvey, P. D. (Ed.). (2013). *Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press, 328 p.
4. Gurevich, G. L., & Rychkova, O. V. (2012). Neyropsikhologicheskaya korrektsiya kognitivnykh narusheniy kak chast psikhoterapii pri shyzofrenii [Neuropsychology correction of cognitive disorders as part of the psychotherapy in schizophrenia]. *Nevrologicheskij vestnik – Neurological Journal*, vol. XLIV, issue 1, pp. 68–75. (In Russian).
5. Keefe, R. S., Eesley, C. E., & Poe, M. P. (2005). Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, vol. 57, issue 6, pp. 688–691. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.01.003.
6. Verbenko, V. A. (2007). *Neurocognitivnye rasstroystva pri shyzofrenii* [Neurocognitive impairment in schizophrenia]. Simferopol : DIAPI, 132 p. (In Russian).

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОЙДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О. О. Молчанова

Актуальность. Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических расстройств, которое приводит к неблагоприятным социальным и экономическим последствиям. На современном этапе развития экспериментальной и клинической психиатрии фокус внимания ученых и врачей смещается от устранения психотических симптомов шизофрении к цели «выздоровление» (recovery). Важным шагом для снижения инвалидности является определение детерминант низкого уровня функционального результата, которые препятствуют успешной социальной адаптации. На сегодня нейрокогнитивный дефицит считают фундаментальным признаком шизофрении (core feature). Данное утверждение обосновывают стабильностью дефицита когнитивных функций, персистированием когнитивного дефицита независимо от фазы заболевания и других симптомов шизофрении.

Цель исследования – изучение клинко-психопатологической структуры, социального и когнитивного функционирования больных с параноидной шизофренией.

Материалы и методы. Пациенты, которые соответствовали критериям включения, были оценены по шкале оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкале персонального и социального функционирования (PSP), а также с использованием нейропсихологических методик в соответствии с консенсусной когнитивной батареей тестов инициативы MATRICS. Также с использованием нейропсихологических методик были оценены включенные в исследование здоровые лица с целью оценки нейрокогнитивного профиля пациентов с шизофренией.

Результаты. Нарушения по признакам шкалы PANSS, которые составили группу когнитивных нарушений соответственно авторской классификации В. А. Вербенко, были более выражены, чем по другим признакам шкалы. Общий средний бал по шкале PSP составил $49,50 \pm 7,82$ баллов. Наиболее выраженные нарушения наблюдались в сферах социально полезной деятельности, включая работу и обучение ($4,09 \pm 0,61$), отношения с близкими и другие социальные отношения ($3,26 \pm 0,71$). Наиболее выраженные статистически достоверные нарушения ($p < 0,05$) были выявлены при выполнении теста последовательных соединений частей А и В. Также наблюдалось статистически значимо большее количество perseverативных ошибок, ошибок удержания счета и меньшее количество пройденных категорий при выполнении Висконсинского теста раскладки карточек. Пациенты с параноидной шизофренией чаще, чем здоровые лица, не завершали выполнение нейрокогнитивных тестов, что было обусловлено неспособностью продолжать далее тест.

Выводы. Полученные нами результаты указывают на актуальность поиска методов коррекции когнитивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией. Определение доминирующих когнитивных нарушений позволит более целенаправленно разрабатывать программы нейрокогнитивного восстановления, что будет способствовать повышению уровня ежедневного функционирования этой группы пациентов.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, социальное функционирование.

NEUROCOGNITIVE IMPAIRMENT AND SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

О. О. Molchanova

Background. Schizophrenia is one of the most prevalent psychiatric disorder leading to unfavorable social and economic consequences. On the current state of xperimental and clinic psychiatry the focus of attention have displaced from psychotic symptoms reduction to recovery goal. It is important to detect determinants which are obstacle for successful social adaptation. At present neurocognitive impairment is considered a core feature of schizophrenia. This statement is grounded on cognitive impairment stability, persistence of cognitive impairment independently of the disease stage and other symptoms of schizophrenia.

Objective – to study clinical and psychopathological features, social and cognitive functioning of patients with paranoid schizophrenia.

Materials and methods. Patients matched inclusion criteria were assessed with Positive and Negative Syndrome scale (PANSS), Personal and Social Performance scale (PSP), neuropsychological tests in accordance with MATRICS initiative cognitive tests battery. Healthy persons were assessed with neuropsychological tests as well for the purpose of estimation cognitive profile patients with schizophrenia.

Results. Disturbance in PANSS signs which comprised the group of cognitive disorders consistent with the author classification by V. A. Verbenko were more prominent than in other PANSS signs. The total PSP comprised $49,50 \pm 7,82$. The most pronounced disturbances were observed in socially useful activities ($4,09 \pm 0,61$) and personal and social relationships ($3,26 \pm 0,71$). The statistically significant disturbances in Trial Making Test were revealed as well ($p < 0,05$). There were large quantity of perseverative errors, failure to maintain set and less quantity of categories completed in Wisconsin Card Sorting Test performance. Patients with paranoid schizophrenia more often did not finish neurocognitive tests what was due to inability to continue the test.

Conclusions. The results we have obtained indicate the relevance of the search for cognitive remediation therapy. Detection the most declined aspects of cognition enable more purposefully cognitive remediation programs development. This will favor for rising everyday functioning level of this group patients.

Keywords: paranoid schizophrenia, neurocognitive deficiency, social functioning.

Стаття надійшла до редакції 14.07.2017 р.

МОЛЧАНОВА Олена Олександрівна, психіатр психоневрологічного відділення Ніжинської центральної міської лікарні ім. М. Галицького, м. Ніжин, Україна;

e-mail: molchanovae17@ukr.net

МОЛЧАНОВА Елена Александровна, психиатр психоневрологического отделения Нежинской центральной городской больницы им. Н. Галицкого,

г. Нежин, Украина; e-mail: molchanovae17@ukr.net

MOLCHANOVA Olena Oleksandrivna, psychiatrist of M. Galytskyi Nizhyn Central Hospital, Nizhyn, Ukraine; e-mail: molchanovae17@ukr.net

І. Г. Мудренко

НЕЙРОПРОТЕКЦІЯ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ У ХВОРИХ З ДЕМЕНЦІЯМИ АЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО ТА НЕАЛЬЦГЕЙМЕРІВСЬКОГО ТИПІВ

Сумський державний університет, м. Суми

mudrenko.irina@gmail.com

Актуальність. Пошук ефективних засобів збереження та відновлення мнестичних функцій у осіб з когнітивними розладами є пріоритетним у галузі охорони психічного здоров'я.

Мета – порівняти вплив лікарського засобу Когніфен на динаміку когнітивних функцій та активності у повсякденному житті у хворих з різними видами деменцій.

Матеріали та методи. На базі лікувальних закладів м. Суми отримали лікування всього 107 хворих: з деменціями при хворобі Альцгеймера – 32 (29,9 %) пацієнти, з судинними деменціями – 42 (39,2 %) пацієнти, зі змішаними деменціями – 33 пацієнти (30,8 %). Використовували наступні методики: шкала MMSE, клінічна рейтингова шкала деменції (CDR), тест Бартела, метод статистичної обробки результатів.

Результати. На підставі порівняльного аналізу доведена ефективність застосування Когніфену при деменціях судинного генезу ($p \leq 0,026$, ДК=-2,34, МІ=0,28) та при хворобі Альцгеймера ($p \leq 0,01$, ДК=6,67, МІ=0,76), що полягає у позитивній зміні рівня вираженості когнітивних порушень. Специфіка впливу Когніфену при судинних деменціях полягає у покращенні праксису ($t=2,770$, $p \leq 0,007$) і процесу орієнтування у часі ($t=2,261$, $p \leq 0,027$) та у місці ($t=2,257$, $p \leq 0,027$), а при деменціях, обумовлених хворобою Альцгеймера, – орієнтування у місці ($t=2,768$, $p \leq 0,008$). Результати аналізу за тестом Бартела продемонстрували позитивний вплив Когніфену на соціальне функціонування і здатність до самообслуговування в повсякденному житті при судинних деменціях.

Висновки. Результати дослідження свідчать про покращення вищих кіркових функцій, здатності до орієнтування в часі та місці, незалежності в побуті у хворих з судинною та деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера.

Ключові слова:

судинна деменція, деменція внаслідок хвороби Альцгеймера, когнітивний дефіцит, інгібітори ацетилхолінестерази, лікування, Когніфен, здатність до самообслуговування.

Актуальність. Деменція є провідною психічною патологією серед осіб похилого віку. Недементні когнітивні порушення реєструються у 11–17 %, а деменція у 5–8 % населення віком понад 60 років. Деменція – набуте зниження пам'яті та інтелекту внаслідок органічного ураження головного мозку, яке призводить до втрати професійних навичок та здатності до самообслуговування. Найпоширенішою є деменція внаслідок хвороби Альцгеймера, друге місце посідає судинна деменція, деменція з тільцями Леві та фронето-темпоральна деменція зустрічаються рідше [1, 2].

Прийнято вважати, що дементний процес є незворотним, тому метою лікування є стабілізація когнітивних функцій та відстрочення їх зниження; підвищення якості життя пацієнта та осіб, які доглядають за ним; збереження здатності хворого до самообслуговування.

Вартість психіатричної допомоги хворим з деменціями зростає по мірі прогресування когнітивного дефіциту та у зв'язку з приєднанням супутніх психічних симптомів (агресія, психози, депресія, ажитація, сексуальна роз-

гальмованість, апатія, конфабуляторна сплутаність свідомості, галюцинаторно-параноїдні симптоми тощо) [3].

Результати фармакоепідеміологічних досліджень свідчать, що близько 50 % хворих приймають церебропротектори та коректори мікроциркуляції, 10 % – ноотропні засоби, і лише 1/3 пацієнтів отримують лікування атидементними препаратами. Проте доведену терапевтичну ефективність в лікуванні деменцій мають лише інгібітори ацетилхолінестерази та блокатори глутаматних NMDA рецепторів [1, 3]. Терапія хворих з когнітивними розладами повинна бути максимально ранньою, тривалою та адекватною. Деякі автори наголошують на необхідності позитивного прийому антидементних препаратів. Лікування деменцій є справжнім викликом професійній компетентності фахівців з охорони психічного здоров'я, піднімає ряд діагностичних і терапевтичних питань.

Нещодавно в Україні з'явився принципово новий, інноваційний комбінований препарат (Когніфен), який містить у своєму складі два абсолютно різних за хімічною структурою та фармакологічними властивостями

компоненти, які оптимально доповнюють один одного з точки зору клініко-фармакологічних ефектів, – фенібут (300 мг) та іпідакрин (5 мг). Препарат одночасно впливає на фундаментальні нейромедіаторні механізми розвитку дементного синдрому – холін-, ГАМК- та дофамінергічні [4–6, 7].

Матеріали та методи дослідження

Всього у дослідженні взяли участь 107 пацієнтів, які отримували лікування на базі Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру ім. Співака, Сумського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни, Геріатричного пансіонату, Четвертої міської лікарні м. Суми. Усі хворі отримали курс лікування Когніфеном впродовж 30 днів. Запропонована зручна схема прийому препарату: I тиждень – по 1 капсулі 2 рази на день, II тиждень – по 1 капсулі 3 рази на день, III – IV тижні – по 2 капсули 2 рази на день. Повторне обстеження пройшли 93 особи, які лікувалися Когніфеном. Решта хворих з різних причин вибули з дослідження. Діагностику розладів психіки та поведінки проводили відповідно до МКХ-10. Від хворих та їх піклувальників отримували згоду на проведення діагностики і лікування. Лікування проводили препаратом АТ «Олайнфарм» Когніфен (Латвія), який виробляється згідно з євростандартами.

Для досягнення поставленої мети ми використовували наступні методи дослідження: клінічний, психодіагностичний (шкала MMSE, клінічна рейтингова шкала деменції (CDR), тест Бартела для оцінки активності у повсякденному житті (Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index)) та метод статистичної обробки даних.

Результати та їх обговорення

Для розуміння впливу Когніфену при різних формах деменції була проаналізована терапевтична динаміка в залежності від форми деменції. Згідно з метою дослідження були виділені три групи деменції: деменції при хворобі Альцгеймера, судинні деменції та змішані деменції. До групи хворих з деменціями при хворобі Альцгеймера увійшли 32, до групи хворих з судинними деменціями – 42, до групи хворих зі змішаними деменціями – 33 пацієнти.

Результати вираженості загального показника когнітивного дефіциту у хворих трьох груп представлені на рисунку 1.

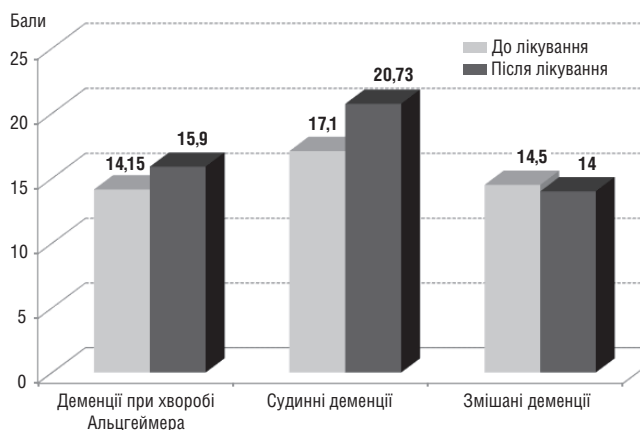


Рис. 1. Вплив Когніфену на динаміку загального показника когнітивного дефіциту при різних типах деменції (за результатами тесту MMSE)

При деменціях, що обумовлені хворобою Альцгеймера, середній загальний показник когнітивного дефіциту до лікування становив 14,5 бала, що відповідає деменції помірного рівня. Після лікування Когніфеном середній загальний показник когнітивного дефіциту збільшився та становив 15,9 балів, що також відповідало помірному рівню деменції. При наявності позитивної динаміки в процесі застосування Когніфену вірогідних розбіжностей, які б доводили ефективність застосування цього препарату для лікування деменцій при хворобі Альцгеймера, виявлено не було.

При судинних деменціях загальний показник когнітивного дефіциту до лікування становив 17,1 бала, що відповідає деменції помірного рівня. Після застосування Когніфену цей показник збільшився до 20,73 бала, що відповідає деменції легкого рівня. Отримані дані вірогідно відрізнялись на рівні $p \leq 0,01$ при $t = 2,589$, що доводить ефективність застосування Когніфену для зниження когнітивного дефіциту у пацієнтів з судинними деменціями.

При деменціях змішаного типу середні показники когнітивного дефіциту до та після лікування були практично однаковими ((14,50±5,95 балів) та (14,00±6,59 балів) відповідно) та характеризувалися помірним рівнем вираженості деменції.

Для визначення діагностичного коефіцієнта впливу Когніфену на зниження вираженості деменції був проведений аналіз динаміки рівнів деменції у пацієнтів трьох груп, представлений у таблиці 1.

Визначено, що до лікування у більшості хворих з деменцією при хворобі Альцгеймера був помірний рівень деменції (59,38±12,2) %, тоді як у 28,13 % – тяжкий рівень та у 6,25 % – легкий рівень деменції. Після лікування Когніфеном кількість пацієнтів з тяжким та помірним рівнями деменції знизилась ((16,13±4,92) % та (48,39±11,6) % відповідно), а кількість пацієнтів з легким рівнем деменції значно збільшилась – (29,03±8,15) %, ($p \leq 0,01$, ДК=6,67, МІ=0,76).

При судинних деменціях до лікування у 57,14 % пацієнтів був помірний рівень деменції (11–19 балів за MMSE), у 19,05 % спостерігали окремі ознаки деменції (24–27 балів), у 14,29 % – легкий рівень деменції (20–23 бали) та лише у 9,52 % виявлено тяжкий рівень деменції (0–10 балів). Після курсу лікування Когніфеном відмічена позитивна динаміка, яка проявлялась збільшенням кількості хворих з легким рівнем деменції та окремими її ознаками ((20,00±6,17) % та (33,33±9,39) % відповідно), у деяких пацієнтів зникли когнітивні порушення ((6,67±2,22) %) та значно зменшилась кількість пацієнтів з помірним ((33,33±9,39) %) ($p \leq 0,026$, ДК=–2,34, МІ=0,28) та тяжким ((6,67 ± 2,226) %) рівнями деменції.

При деменціях змішаного типу до лікування у 48,48 % пацієнтів спостерігали помірний, у 27,27 % – тяжкий, у 18,18 % – легкий рівень вираженості деменції; у 6,06 % визначались окремі ознаки деменції.

Після лікування Когніфеном збільшилась кількість пацієнтів з наявністю окремих ознак деменції і легким рівнем деменції ((9,38±2,88) % та (21,88±6,249) % відповідно) та зменшилась кількість хворих з помірним і тяжким рівнями деменції ((43,75±10,60) % та (25,00±6,98) %

Таблиця 1. Вплив Когніфену на вираженість когнітивних порушень при різних типах деменцій (за результатами тесту MMSE)

Показник	Р (ТМФ)	До лікування (% пацієнтів)	Після лікування (% пацієнтів)	ДК	МІ
Деменції при хворобі Альцгеймера					
Відсутність порушень	1,000	0	0		
Окремі ознаки деменції	0,387	6,25	6,45	0,14	0
Легкий рівень деменції	0,016	6,25	29,03	6,67	0,76
Помірний рівень деменції	0,137	59,38	48,39	-0,89	0,05
Тяжкий рівень деменції	0,127	28,13	16,13	-2,41	0,14
Судинні деменції					
Відсутність порушень	0,170	0	6,67		
Окремі ознаки деменції	0,085	19,05	33,33	2,43	0,17
Легкий рівень деменції	0,202	14,29	20,00	1,46	0,04
Помірний рівень деменції	0,026	57,14	33,33	-2,34	0,28
Тяжкий рівень деменції	0,311	9,52	6,67	-1,55	0,02
Змішані деменції					
Відсутність порушень	1,000	0	0		
Окремі ознаки деменції	0,317	6,06	9,38	1,89	0,03
Легкий рівень деменції	0,227	18,18	21,88	0,80	0,01
Помірний рівень деменції	0,182	48,48	43,75	-0,45	0,01
Тяжкий рівень деменції	0,217	27,27	25,00	-0,38	0

відповідно), однак ця позитивна динаміка не набувала вірогідних значень.

Отже, отримані результати доводять ефективність застосування Когніфену при деменціях судинного генезу та при хворобі Альцгеймера, що полягає у тому, що Когніфен позитивно впливає на зміну вираженості когнітивних порушень.

Для оцінки специфіки когнітивного статусу та його динаміки у процесі лікування Когніфеном при різних типах деменцій був проведений детальніший аналіз показників когнітивних функцій за тестом MMSE (табл. 2). Так, при хворобі Альцгеймера до лікування найбільш ураженими були такі когнітивні функції як пам'ять ((10,00±0,62) %), праксис ((15,00±0,37) %), концентрація уваги ((26,00±1,76) %) та орієнтування у часі та місці ((20,00±1,39) % та (52,2±1,10) % відповідно). Найменш ураженими виявилися функції сприйняття ((84,33±0,86) %), виконання команд ((84,33±1,10) %), мова та читання ((69,00±1,02) % та (61,50±0,91) % відповідно).

Після лікування Когніфеном у пацієнтів з деменцією при хворобі Альцгеймера спостерігали позитивну динаміку здібності до називання предметів й побудови речень

((75,33±1,01) %), читання ((75,00±0,83) %) та графічного зображення предметів ((20,00±0,41) %). Покращилось орієнтування у часі ((36,00±1,64) %), а також значно поліпшилось орієнтування у місці ((72,00 ± 1,31) %) (t=2,768, p≤ 0,008).

У хворих з судинними деменціями до лікування відмічалось значне порушення таких когнітивних функцій як пам'ять ((19,00±0,91) %), здібність до графічного зображення ((28,00±0,46) %) та читання ((50,00±0,83) %), орієнтування у часі та місці ((41,80±2,09) % та (68,4±1,55) % відповідно), концентрація уваги та здібність до рахування ((43,80±1,89) %). Найбільш збереженими виявилися такі функції як сприйняття (100 %), здібність до виконання команд, називання предметів та побудови речень ((73,00±1,19) % та (71,33 ± 0,84) % відповідно).

Після застосування Когніфену для лікування хворих на судинні деменції відмічали значне поліпшення процесу орієнтування у часі ((64,00±1,97) %) (t=2,261, p≤0,027) та у місці ((84,00±1,24) %) (t=2,257, p≤0,027), здібності до зображення графічних малюнків ((60,00±0,50) %) (t=2,770, p≤0,007).

Також спостерігали тенденцію до покращення таких функцій як пам'ять ((28,66±1,17) %), мова ((75,33±0,78) %), концентрація уваги ((58,60±2,18) %), виконання команди ((80,00±1,22) %) та читання ((66,50±0,80) %).

У пацієнтів зі змішаними деменціями до лікування спостерігався когнітивний дефіцит у таких функціях як пам'ять ((22,00±0,87) %), праксис ((41,00±0,65) %), сприйняття ((72,00±0,92) %), концентрація уваги й здібність до рахування ((30,00±1,47) %) і читання ((41,50±0,56) %), орієнтування у часі та місці ((41,60±1,74) % та (60,00±1,38) % відповідно), здібності виконувати команди та називати предмети ((55,33±1,13) % та (63,66±0,78) % відповідно).

Після лікування Когніфеном у пацієнтів зі змішаними деменціями спостерігали тенденцію до покращення орієнтування у часі та місці ((42,40±1,41) % та (62,40±1,59) % відповідно), процесів побудови мови ((66,66±1,15) %), читання ((56,00±0,62) %), праксису ((50,00±0,52) %) та виконання команд ((70,66±1,09) %), але ці зміни не досягали вірогідних розбіжностей.

Отримані дані доводять, що Когніфен позитивно впливає на відновлення когнітивних функцій, насамперед при судинних деменціях, а також при деменціях, що спричинені хворобою Альцгеймера. Специфіка впливу Когніфену полягає в покращенні процесу орієнтування у місці та часі, а також здібності до графічного зображення.

Для оцінки ефективності застосування Когніфену при лікуванні різних типів деменцій був проведений аналіз впливу цього препарату на динаміку соціального функціонування за тестом Бартела (рис. 2). Оцінювали ступінь самостійності у прийомі їжі, одяганні, прийомі ванни, туалеті, пересуванні. При деменціях, обумовлених хворобою Альцгеймера, до лікування сумарний бал дорівнював 78,75, що відповідало помірному рівню залежності від оточуючих у повсякденному житті. Після лікування Когніфеном цей показник істотно не змінився – (76,11±29,48) балів.

У пацієнтів з судиною деменцією індекс повсякденної активності складав 61,25 балів, що також відповідало помірному рівню залежності від оточуючих у повсякденному житті. Після застосування Когніфену у цих

пацієнтів індекс повсякденного функціонування значно збільшився – (78,93±20,74) балів, ($t=2,930$, $p\leq 0,01$), що свідчить про покращення самостійності пацієнтів із судиною деменцією в самообслуговуванні у повсякденному житті.

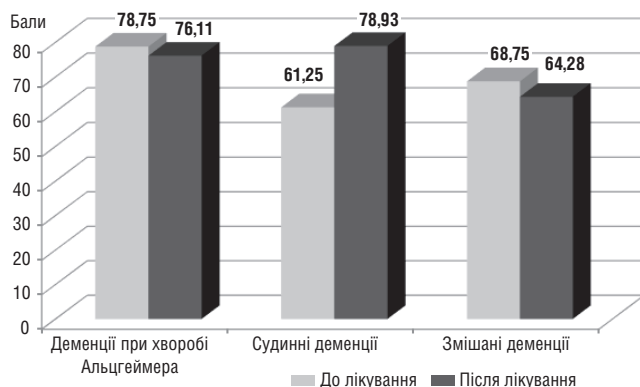


Рис. 2. Вплив Когніфену на динаміку повсякденної активності при різних типах деменцій (за результатами тесту Бартеля)

У пацієнтів зі змішаним типом деменції індекс повсякденної активності дорівнював 68,75 бала, що, як і при інших типах деменції, відповідає помірному рівню залежності від оточуючих. Після курсу лікування Когніфеном рівень соціального функціонування пацієнтів даної групи істотно не змінився – 64,28 балів.

Отримані дані доводять, що Когніфен позитивно впливає на соціальне функціонування і здатність до самообслуговування в повсякденному житті при судинних деменціях.

Для оцінки ефективності Когніфену була використана клінічна рейтингова шкала деменції (CDR), що дозволила оцінити вплив Когніфену на динаміку ступеня та специфіки когнітивних порушень у хворих на різні типи деменції. Встановлено, що до лікування пацієнти з деменцією при хворобі Альцгеймера мали помірні порушення пам'яті ($2,25\pm 0,73$), мислення ($2,25\pm 0,84$) і самообслуговування ($1,75\pm 0,73$), відмічались помірна дезорієнтація у місці та часі ($2,29\pm 0,84$), втрата самостійності перебування поза домом ($2,20\pm 0,91$), звуження кола інтересів ($1,91\pm 0,77$) (рис. 3).

Після лікування Когніфеном в групі хворих на деменції при хворобі Альцгеймера спостерігалось знач-

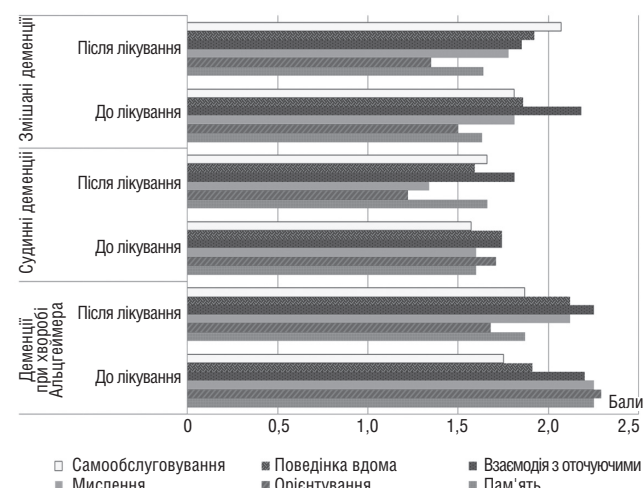


Рис. 3. Вплив Когніфену на динаміку соціального функціонування при різних типах деменцій (за клінічною рейтинговою шкалою деменції (CDR))

не покращення процесу орієнтування ($1,68\pm 0,77$) ($t=2,289$, $p\leq 0,025$), а також тенденція до покращення запам'ятовування поточних подій ($1,87\pm 0,61$) та зменшення труднощів при розв'язанні задач ($2,12\pm 0,61$). Когніфен не впливав на зміну поведінки вдома, процес самообслуговування та взаємодію з оточуючими ($2,12\pm 0,80$), ($1,87\pm 0,61$) та ($2,25\pm 0,85$) відповідно).

При судинних деменціях до лікування відмічався середній рівень порушення процесу самообслуговуван-

Таблиця 2. Вплив Когніфену на динаміку когнітивних функцій при різних типах деменцій (за результатами тесту MMSE)

Показник	До лікування	Після лікування	t-value	p
	%±σ			
Деменції при хворобі Альцгеймера				
Орієнтування у часі	20,00 ± 1,39	36,00 ± 1,64	-1,791	0,080
Орієнтування у місці	52,20 ± 1,10	72,00 ± 1,31	-2,768	0,008
Сприйняття	84,33 ± 0,86	83,33 ± 0,83	0,153	0,879
Концентрація уваги	26,00 ± 1,76	24,00 ± 1,44	0,222	0,825
Пам'ять	10,00 ± 0,62	10,00 ± 0,66	0,041	0,968
Мова	69,00 ± 1,02	73,33 ± 1,01	-0,409	0,685
Виконання команди	84,33 ± 1,10	83,33 ± 0,95	0,125	0,901
Читання	61,50 ± 0,91	75,00 ± 0,83	-1,036	0,306
Праксис	15,00 ± 0,37	20,00 ± 0,41	-0,401	0,690
Судинні деменції				
Орієнтування у часі	41,80 ± 2,09	64,00 ± 1,97	-2,261	0,027
Орієнтування у місці	68,40 ± 1,55	84,00 ± 1,24	-2,257	0,027
Сприйняття	100,0 ± 0,83	97,60 ± 0,69	0,361	0,719
Концентрація уваги	43,80 ± 1,89	58,60 ± 2,18	-1,542	0,128
Пам'ять	19,00 ± 0,91	28,66 ± 1,17	-1,203	0,233
Мова	71,33 ± 0,84	75,33 ± 0,78	-0,632	0,529
Виконання команди	73,00 ± 1,19	80,00 ± 1,22	-0,727	0,469
Читання	50,00 ± 0,83	66,50 ± 0,80	-1,708	0,092
Праксис	28,00 ± 0,46	60,00 ± 0,50	-2,770	0,007
Змішані деменції				
Орієнтування у часі	41,60 ± 1,74	42,40 ± 1,41	-0,080	0,937
Орієнтування у місці	60,00 ± 1,38	62,40 ± 1,59	-0,264	0,793
Сприйняття	72,00 ± 0,92	70,66 ± 1,31	0,119	0,906
Концентрація уваги	30,00 ± 1,47	25,00 ± 1,61	0,506	0,616
Пам'ять	22,00 ± 0,87	20,66 ± 0,89	0,148	0,883
Мова	63,66 ± 0,78	66,66 ± 1,15	-0,274	0,786
Виконання команди	55,33 ± 1,13	70,66 ± 1,09	-1,276	0,210
Читання	41,50 ± 0,56	56,00 ± 0,62	-1,540	0,132
Праксис	41,00 ± 0,65	50,00 ± 0,52	-0,428	0,671

ня ($1,57 \pm 0,95$), запам'ятовування ($1,60 \pm 0,81$) і мислення ($1,60 \pm 0,92$), а також спостерігалися дезорієнтація у місці та часі ($1,71 \pm 1,11$), звуження інтересів ($1,74 \pm 0,89$) та труднощі у встановленні контактів з оточуючими ($1,74 \pm 0,89$).

Після застосування Когніфену при лікуванні судинної деменції відмічалось значне покращення орієнтування ($1,22 \pm 0,77$) ($t=1,929$, $p \leq 0,05$), а також тенденція до покращення процесу мислення ($1,34 \pm 0,64$) та розширення кола інтересів до різних видів діяльності ($1,59 \pm 0,95$). Не виявлений позитивний вплив Когніфену на зміну взаємодії з оточуючими, процесу пам'яті та якості самообслуговування ($1,81 \pm 0,95$), ($1,66 \pm 0,87$) та ($1,66 \pm 1,01$) відповідно).

Пацієнти зі змішаним типом деменції до лікування характеризувались втратою самостійності перебування поза домом ($2,18 \pm 0,85$), звуженням кола інтересів ($1,86 \pm 0,88$), труднощами в ухваленні рішень та аналізі ($1,81 \pm 0,85$), порушенням у сфері самообслуговування ($1,81 \pm 0,93$), а також наявністю мнестичних порушень та дезорієнтації ($1,63 \pm 0,88$) і ($1,50 \pm 0,85$) відповідно).

Після лікування Когніфеном у групі хворих зі змішаним типом деменції спостерігалась тенденція до позитивної динаміки в сферах орієнтування, мислення та взаємодії з оточуючими ($1,35 \pm 0,99$), ($1,78 \pm 0,78$) та ($1,85 \pm 0,86$) відповідно), однак ці позитивні зміни не набували вірогідних значень. Когніфен не впливав на зміну поведінки вдома, процес самообслуговування та мнестичні процеси ($1,92 \pm 1,05$), ($2,07 \pm 1,12$) та ($1,64 \pm 0,82$) відповідно).

Отже, аналіз впливу Когніфену на динаміку ступеня та специфіки когнітивних порушень у хворих на різні типи деменції довів, що цей препарат позитивно впливає, насамперед, на процес орієнтування при судинних деменціях та деменціях при хворобі Альцгеймера.

Висновки

Отримані результати доводять ефективність застосування Когніфену при деменціях судинного ґенезу легкого та помірного ступенів та при хворобі Альцгеймера, що виявляється у позитивному впливі на зміну вираженості когнітивних порушень.

Специфіка впливу Когніфену полягає в покращенні процесу орієнтування у місці та у часі, а також здібностей до графічного зображення та праксису.

Встановлено, що Когніфен позитивно впливає на соціальне функціонування і здатність до самообслуговування (прийом їжі, одягання, пересування, відвідування туалету) у повсякденному житті при судинних деменціях.

Список використаної літератури

1. Любов Е. Б. Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций / Е. Б. Любков, И. Р. Еналиев, Т. П. Крюченкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, вып. 2. – С. 33–38.
2. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О. С. Левин. – М.: Медпресс, 2010. – 256 с.
3. Дубенко А. Е. Патогенетическая терапия когнитивных расстройств и деменции с доказанной эффективностью / А. Е. Дубенко, В. И. Коростий // Международный неврологический журнал. – 2017. – № 1 (87). – С. 109–114. DOI: 10.22141/2224-0713.1.87.2017.96545.
4. Lee R. T. Cholinergic neurons as a target of pharmacotherapeutic strategy of Alzheimer's disease / R. T. Lee, I. O'Connor, H. P. Preston // Cholinergic Neurotransmission and Neurological Diseases. – Butterworth: Manders&Co, 2014. – P. 134–162.
5. Бурчинский С. Г. Инновации в стратегии фармакотерапии ранних когнитивных расстройств / С. Г. Бурчинский, Е. В. Демченко // Международный неврологический журнал. – 2016. – № 6 (84). – С. 85–89.
6. Evans T. L. Cognitive enhancers: new sight on the old problem / T. L. Evans // Ann. Rev. Pharmacol. Pharmacother. – 2012. – Vol. 5. – P. 34–50.
7. Мищенко Т. С. Когнифен в постинсультной реабилитации больных / Т. С. Мищенко, В. М. Мищенко, И. В. Здесенко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 3 (88). – С. 89–96.

References

1. Lyubov, E. B., Enaliev, I. R., & Kryuchenkova, T. P. (2010). Kliniko-epidemiologicheskie farmakoeidemiologicheskie i ekonomicheskie aspekty starcheskikh dementsii [Clinical-epidemiological, pharmacoeidemiological and economic aspects of senile dementia]. *Sotsialnaia i klinicheskaia psikiatriia – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 20, issue 2, pp. 33–38. (In Russian).
2. Levin, O. S. (2010). *Diagnostika i lechenie dementsii v klinicheskoi praktike* [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]. Moscow: Medpress, 256 p. (In Russian).
3. Dubenko, A. Ye., & Korostii, V. I. (2017). Patogeneticheskaia terapiia kognitivnykh rasstroistv i dementsii s dokazannoi effektivnostiu [Pathogenetic therapy of cognitive disorders and dementia with proven efficacy]. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal – International Neurological Journal*, no. 1 (87), pp. 109–114. (In Russian). DOI: 10.22141/2224-0713.1.87.2017.96545.
4. Lee, R. T., O'Connor, I., & Preston, H. P. (2014). Cholinergic neurons as a target of pharmacotherapeutic strategy of Alzheimer's disease. *Cholinergic Neurotransmission and Neurological Diseases* (pp. 134–162). Butterworth: Manders&Co.
5. Burchynskyi, S. H., & Demchenko, O. V. (2016). Innovatsii v strategii farmakoterapii rannikh kognitivnykh rasstroistv [Innovations in pharmacotherapy strategy on the early stages of cognitive impairment]. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal – International Neurological Journal*, no. 6 (84), pp. 85–89. (In Russian). DOI: 10.22141/2224-0713.6.84.2016.83124.
6. Evans, T. L. (2012). Cognitive enhancers: new sight on the old problem. *Ann. Rev. Pharmacol. Pharmacother*, vol. 5, pp. 34–50.
7. Mishchenko, T. S., Mishchenko, V. M., & Zdesenko, I. V. (2016). Kognifen v postinsultnoi reabilitatsii bolnykh [Cogniphen in post-stroke rehabilitation patients]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 3 (88), pp. 89–96. (In Russian).

НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЯМИ АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО И НЕАЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОГО ТИПОВ

И. Г. Мудренко

Актуальность. Поиск эффективных средств сохранения и восстановления мнестических функций у лиц с когнитивными расстройствами является приоритетным в области охраны психического здоровья.

Цель – сравнить влияние лекарственного средства Когнифен на динамику когнитивных функций и повседневную активность у больных различными видами деменции.

Материалы и методы. На базе лечебных учреждений г. Сумы получили лечение всего 107 больных: с деменциями при болезни Альцгеймера – 32 (29,9%) пациента, с сосудистыми деменциями – 42 (39,2 %) пациента, со смешанной формой деменции – 33 пациента (30,8 %). Использовались методики: шкала MMSE; клиническая рейтинговая шкала деменции (CDR), тест Бартела, метод статистической обработки результатов.

Результаты. На основании сравнительного анализа доказана эффективность применения Когнифена при сосудистых деменциях ($p \leq 0,026$, $DK = -2,34$, $MI = 0,28$) и при болезни Альцгеймера ($p \leq 0,01$, $DK = 6,67$, $MI = 0,76$), которая заключается в положительной динамике уровня выраженности когнитивных нарушений. Специфика влияния Когнифена при сосудистой деменции заключается в улучшении праксиса ($t = 2,770$, $p \leq 0,007$) и процесса ориентировки во времени ($t = 2,261$, $p \leq 0,027$) и в месте ($t = 2,257$, $p \leq 0,027$), а при деменциях, обусловленных болезнью Альцгеймера, – ориентировки в месте ($t = 2,768$, $p \leq 0,008$). Результаты анализа по тесту Бартела продемонстрировали положительное влияние Когнифена на социальное функционирование и способность к самообслуживанию в повседневной жизни при сосудистой деменции.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют об улучшении высших корковых функций, способности к ориентированию во времени и месте, независимости в быту у больных сосудистой и деменцией вследствие болезни Альцгеймера.

Ключевые слова: сосудистая деменция, деменция вследствие болезни Альцгеймера, когнитивный дефицит, ингибиторы ацетилхолинэстеразы, лечение, Когнифен, способность к самообслуживанию.

NEUROPROTECTION OF COGNITIVE DEFICIT IN PATIENTS WITH DEMENTIA OF THE ALZHEIMER'S AND NON-ALZHEIMER'S TYPE

Mudrenko I. H.

Background. Finding effective means of preserving and restoring mnestic functions in people with cognitive impairments is a priority in the field of mental health protection.

Objective: to compare the effect of Cognifen on the dynamics of cognitive functions and activity in everyday life in patients with various types of dementia.

Materials and methods. Totally 107 patients received treatment on the basis of medical institutions in Sumy: 32 patients (29.9 %) with dementia at Alzheimer's disease, 42 patients (39.2 %) – with vascular dementia and 33 patients (30.8%) with mixed dementia. The techniques which were used are as follows: MMSE scale; clinical dementia rating scale (CDR), the Bartel's test, method of statistical results processing.

Results. Basing on the comparative analysis, the efficiency of Cognifen at dementia of the vascular genesis ($p \leq 0.026$, $DK = -2.34$, $MI = 0.28$) and at Alzheimer's disease ($p \leq 0.01$, $DK = 6.67$, $MI = 0.76$), which consists in a positive change of the level of severity of cognitive impairments was proven. The specificity of the effect of Cognifen at vascular dementia lies in improving praxis ($t = 2.770$, $p \leq 0.007$), time orientation ($t = 2.261$, $p \leq 0.027$) and place orientation ($t = 2.257$, $p \leq 0.027$) and in case of dementia caused by Alzheimer's disease – place orientation ($t = 2.768$, $p \leq 0.008$). The results of the Bartel's test showed a positive effect of Cognifen on social functioning and self-service ability in everyday life at vascular dementia.

Conclusions. The results of the study may be indication of improvement of higher cortical functions, ability to orientate in time and place, independence at home for patients with vascular dementia and dementia due to Alzheimer's disease.

Keywords: vascular dementia, dementia due to Alzheimer's disease, cognitive deficit, acetylcholinesterase inhibitor, treatment, Cognifen, self-service ability.

Стаття надійшла до редакції 31.08.2017 р.

МУДРЕНКО Ірина Григорівна, к.мед.н., асистент кафедри нейрохірургії та неврології, Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми, Україна; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

МУДРЕНКО Ирина Григорьевна, к.мед.н., асистент кафедры нейрохирургии и неврологии, Сумской государственной университет, медицинский институт, г. Сумы, Украина; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

MUDRENKO Iryna Hryhorivna, MD, PhD, Assistant of the Neurosurgery and Neurology Department, Sumy State University, Medical Institute, Sumy, Ukraine; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

К. О. Стаханов

**ЧИННИКИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ ЗАХВОРЮВАННЯ
У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ**

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

dgylia.as@gmail.com

Актуальність. Впровадження системи допомоги пацієнтам з постшизофренічною депресією (ПШД) є одним з актуальних завдань сучасної медицини, проте дотепер відсутні як загальноприйнятий підхід до діагностики цих станів, так і практичні рекомендації щодо оптимізації підходів терапії.

Мета – визначення основних мішеней психокорекційного впливу, а також чинників ризику рецидиву захворювання у пацієнтів з ПШД.

Матеріали та методи. Дослідження проходило впродовж 2011–2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». У дослідження був включений 141 хворий на ПШД. Психодіагностичне дослідження включало: шкалу позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS), опитувальник Басса–Дарки; опитувальник вольового самоконтролю – ВСК (Зверков А. Г., Эйдеман Е. В.); опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої); методика «10 слів» за А. Р. Лурія (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.); методика Mezzich, Coher, Rupezer, Liu & Yoon, 1999.

Результати. За результатами проведеного дослідження визначено дезадаптивні особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер у 100,00 % хворих на ПШД, які було позначено як мішені психокорекційного впливу, та з їх урахуванням визначено основні заходи комплексного медико-психологічного супроводу.

Висновки. Визначено та структуровано основні чинники ризику рецидиву захворювання: біологічні (генетична обтяженість, органічні порушення, пренатальні фактори, інтоксикації); психологічні (порушення уваги, порушення пам'яті, порушення мислення, підвищення рівня тривоги, депресивні тенденції, агресивність); мікросоціальні (відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти, відсутність власного житла, самотнє проживання, відсутність розуміння на роботі, відсутність друзів та близьких, відсутність або втрата місця роботи); макросоціальні (відсутність толерантного відношення в суспільстві, низький рівень поінформованості в громаді, відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі).

Ключові слова:
постшизофренічна
депресія, чинники
ризiku рецидиву,
медико-психологічний
супровід, індивідуально-
психологічні
особливості.

Актуальність. Надання допомоги пацієнтам з постшизофренічною депресією залишається нагальним завданням сучасної медицини, проте дотепер відсутній загальноприйнятий підхід як до діагностики цих станів, так і до терапевтичних підходів [1, 2]. Серед вказаної категорії пацієнтів спостерігають підвищений ризик самогубства, зниження тривалості життя на 10–12 років, порівняно з середньостатистичним показником, ймовірність рецидиву гострого психозу, зниження адаптивних можливостей, рівня соціального функціонування [2, 3]. Серед соціальних проблем, з якими стикаються хворі на ПШД, – тривале безробіття, відсутність житла, незадоволеність своїми життєвими обставинами при зниженому рівні функціонування, низька оцінка власного матеріального добробуту, житлових умов, забезпеченості одягом,

денної активності, стосунків, а також статусу в сім'ї [4, 5]. В Україні на сьогодні зростає потреба в розробці програм психосоціальної реабілітації хворих на ПШД, яка б дозволила підвищити якість життя пацієнтів [1]. У межах даного дослідження визначені основні мішені психокорекційного впливу, а також чинники ризику рецидиву захворювання у вказаної когорти пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проходило впродовж 2011–2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До участі був включений 141 хворий на ПШД. На початку дослідження всі обстежені були поділені на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків склали першу групу, а 73 жінки – другу групу. Перед проведенням

корекційних інтервенцій групи досліджених, що були набрані раніше, поділили на дві основні групи (ОГ1 – чоловічу (37 осіб) та ОГ2 – жіночу (39 осіб)) та дві групи порівняння (ГП1 – чоловічу (31 особа) та ГП2 – жіночу (34 особи)).

У дослідженні використовували наступні методи: теоретичний (аналіз сучасних літературних джерел), соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний.

Клініко-психопатологічний метод було реалізовано шляхом збору анамнестичних даних пацієнта під час усного опитування родичів, а також при аналізі медичної документації.

Психодіагностичне дослідження хворих включало опитувальник Басса–Дарки для діагностики агресивних та ворожих реакцій. Для вивчення соціально-психологічних особливостей використовували опитувальник вольового самоконтролю – ВСК (Зверков А. Г., Эйдеман Е. В.), опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої). Когнітивну сферу оцінювали за допомогою методик: «10 слів» за А. Р. Лурія (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.) та метод піктограм. Дослідження якості життя пацієнтів проводили за допомогою методики Mezzich, Coher, Ruizezer, Liu & Yoon, 1999. Шкалу позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) використовували для вивчення характеру співвідношення ключових кластерів симптоматики при ПШД, а саме – негативних симптомів та нейрокогнітивних порушень [6].

Аналіз розбіжностей у кількісних ознаках за умови нормального (гаусового) або наближеного до нормально розподілу здійснювали за допомогою параметричного t-критерію Стюдента. Аналіз розбіжностей у кількісних ознаках з відмінним від нормального характером розподілу та бальних оцінок виконаний за допомогою непараметричного тесту Манна–Уїтні для незалежних змінних та непараметричного тесту Вілкоксона для залежних. Аналіз розбіжностей у категоріальних ознаках здійснювали з використанням точного критерію Фішера у чотирипільних таблицях та критерію хі-квадрат Пірсона у таблицях спряженості, з використанням, в разі необхідності, поправки Йетса для уникнення впливу малої кількості спостережень у окремих групах.

Результати та їх обговорення

Проведене системне психодіагностичне дослідження дозволило виявити у пацієнтів з ПШД дезадаптивні індивідуально-психологічні особливості, які в подальшому були використані як мішені психокорекційного впливу для розробки медико-психологічного супроводу для даної категорії пацієнтів.

Як свідчать результати, отримані за шкалою PANSS, серед позитивних симптомів у чоловіків достовірно частіше, ніж у жінок, відмічались галюцинаторна поведінка (Г1 – 5,5 бала; Г2 – 4,3 бала, $p \leq 0,05$), психомоторне збудження (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 5,1 бала, $p \leq 0,05$), підозріливість-переслідування (Г1 – 5,9 бала; Г2 – 4,2 бала, $p \leq 0,05$), ворожість (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 4,5 бала, $p \leq 0,05$). У жінок частіше, ніж у чоловіків, домінувала манія величі (Г1 – 3,0 бала; Г2 – 4,6 бала, $p \leq 0,05$). Серед негативних симптомів у чоловіків переважали сплюснення афекту

(Г1 – 5,8 бала; Г2 – 4,6 бала, $p \leq 0,05$), емоційна відгородженість (Г1 – 6,1 бала; Г2 – 4,0 бала, $p \leq 0,05$), зниження комунікабельності (Г1 – 5,7 бала; Г2 – 3,9 бала, $p \leq 0,05$), пасивна/апатична соціальна самоізоляція (Г1 – 6,1 бала; Г2 – 4,1 бала, $p \leq 0,05$). У жінок в межах негативного синдрому достовірно частіше, ніж у чоловіків, спостерігали порушення абстрактного мислення (Г1 – 5,6 бала; Г2 – 6,1 бала, $p \leq 0,05$). Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерними були соматизація (Г1 – 4,0 бала; Г2 – 5,6 бала, $p \leq 0,05$), почуття провини (Г1 – 4,5 бала; Г2 – 5,8 бала, $p \leq 0,05$), манірність рухів та поз (Г1 – 4,1; Г2 – 5,9 бала, $p \leq 0,05$), зниження уваги (Г1 – 4,9 бала; Г2 – 5,2 бала), порушення критики та розважливості (Г1 – 5,0 бала; Г2 – 5,7 бала, $p \leq 0,05$); чоловікам більш властивими були тривожні прояви (Г1 – 5,8 бала; Г2 – 4,4 бала, $p \leq 0,05$), аутизація (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 4,9 бала, $p \leq 0,05$) та соціальна ізоляція (Г1 – 5,7 бала; Г2 – 4,5 бала, $p \leq 0,05$).

Серед чоловіків та жінок з ПШД переважали особи з середнім та високим рівнями тривоги (Г1 – 88,24 %; Г2 – 93,15 %), при цьому осіб з високим рівнем тривожності було більше серед жінок, порівняно з групою чоловіків ($p \leq 0,05$). Більшість пацієнтів як Г1, так і Г2 мали високий рівень депресії (Г1 – 61,76 %; Г2 – 53,42 %), при цьому серед осіб з високим рівнем депресії достовірно переважали представники чоловічої статі ($p \leq 0,05$). Чоловіки достовірно частіше, ніж жінки, використовували фізичну агресію ($p \leq 0,05$). Жінки частіше, порівняно з чоловіками, відчували образу та мали почуття провини ($p \leq 0,05$). Загалом дослідження виявляє тенденцію до придушення прямого прояву агресії у вербальній або фізичній формі та схильність до використання проявів непрямой агресії, що може призводити до виникнення аутоагресивних тенденцій, в тому числі суїцидальних думок та намірів.

За результатами вивчення параметрів уваги у всіх пацієнтів з ПШД виявлено їх зниження. Так, зниження стійкості уваги визначено у 63,24 % чоловіків (Г1) та у 69,86 % жінок (Г2); порушення концентрації уваги спостерігали у 64,71 % хворих Г1 та у 75,34 % пацієнток Г2; зниження можливостей розподілу уваги характеризувало 75,00 % чоловіків Г1 та 72,60 % досліджуваних Г2; низький рівень переключення уваги виявлено у 61,76 % хворих Г1 та у 60,27 % пацієнтів Г2. Можливості пам'яті пацієнтів з ПШД відповідали віковій нормі, при цьому через виснажуваність уваги та астенію спостерігали зниження ефективності запам'ятовування вербального матеріалу. Серед особливостей мислення у більшості чоловіків (67,32 %) простежували збільшення числа атрибутивних і конкретних образів (23,38 %). У жінок спостерігали більше метафоричних (53,32 %) та графічних (46,32 %) образів (різниця між Г1 і Г2 є достовірною, $p \leq 0,05$).

Середні бали за всіма шкалами опитувальника вольового самоконтролю були низькими (Г1 – 6,5 бала, Г2 – 6,8 бала). У чоловіків з ПШД ризик суїцидальної поведінки найчастіше був пов'язаний з факторами «соціальний песимізм» (5,9 бала), «неспроможність» (5,6 бала), «часова перспектива» (5,5 бала), «афективність» (5,2 бала). У жінок ризик суїцидальної поведінки був достовірно меншим, порівняно з чоловіками, про що свідчили і низькі значення за більшістю шкал опитувальника, а також

вищий (порівняно з Г1) показник за антисуїцидальним фактором ($p \leq 0,05$). Суїцидальний ризик у жінок з ПШД здебільшого був пов'язаний з факторами «демонстративність» (5,3 бала) та «афективність» (5,0 балів). Показники якості життя в цілому знаходились у діапазоні середніх значень. Близько половини чоловіків та жінок з ПШД мали поганий або дуже поганий рівень адаптації (Г1 – 67,65 %; Г2 – 46,58 %), при цьому жінки були достовірно більш адаптованими, порівняно з чоловіками ($p \leq 0,05$). За оцінкою обстежених, рівень соціальної підтримки, яку вони відчують, був низьким, при цьому найменші показники стосувались фактора «соціальна підтримка від «значимих інших» (Г1 – 0,9 бала; Г2 – 0,6 бала).

Визначені дезадаптивні особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер хворих на ПШД були позначені як мішені психокорекційного впливу, з їх урахуванням визначено основні заходи комплексного медико-психологічного супроводу (рис. 1).



Рис. 1. Основні психокорекційні мішені та заходи впливу для пацієнтів з ПШД та їх родичів на стаціонарному етапі

Також у рамках дослідження визначено та структуровано основні чинники ризику рецидиву ПШД (табл. 1): біологічні (генетична обтяженість, органічні порушення, пренатальні фактори, інтоксикації); психологічні (порушення уваги, порушення пам'яті, порушення мислення, підвищення рівня тривоги, депресивні тенденції, агресивність); мікросоціальні (відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти, відсутність власного житла, самотнє проживання, відсутність розуміння на роботі, відсутність друзів та близьких, відсутність або втрата місця роботи); макросоціальні (відсутність толерантного відношення в суспільстві, низький рівень поінформованості в громаді, відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі).

З урахуванням визначених мішеней психокорекції та чинників ризику рецидиву ПШД автором було обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну медико-психологічну практику комплексний гендерноспецифічний сімейноцентризований медико-психологічний супровід для пацієнтів з ПШД. Супровід на стаціонарному етапі включав участь родичів та складався із тренінгу суспільних здібностей, терапії зайнятості, індивідуального психологічного консультування. Для родичів пацієнтів було організовано програму психоосвітніх втручань. На

амбулаторному етапі в межах супроводу було організовано домашні візити, які здійснювались спільнотою виїзною бригадою охорони психічного здоров'я з метою запобігання виникненню психотичних проявів у пацієнтів та профілактики зайвих госпіталізацій у психіатричний стаціонар. Для пацієнтів продовжували терапію зайнятості. Також було створено Інтернет-портал, на якому пацієнти з ПШД та їх родичі могли спілкуватись між собою, ставити питання фахівцям. Для родичів пацієнтів було організовано роботу груп самопомогі. Апробація заходів психосоціального супроводу показала їх ефективність у 72,37 % випадків ($p \leq 0,05$).

Висновки

1. Визначено дезадаптивні особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер у 100,00 % хворих на ПШД, які надалі було позначено як мішені психокорекційного впливу та з їх урахуванням визначено основні заходи комплексного медико-психологічного супроводу.

2. У рамках дослідження визначено та структуровано основні чинники ризику рецидиву ПШД – біологічні, психологічні, мікросоціальні, макросоціальні.

3. З урахуванням мішеней психокорекції та чинників ризику рецидиву ПШД обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну медико-психологічну практику комплексний гендерноспецифічний сімейноцентризований медико-психологічний супровід для пацієнтів з ПШД, який проводився на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування і включав інтервенції як для пацієнтів, так і для їх родичів.

Таблиця 1. Фактори ризику рецидивів ПШД

Контекст	Фактори ризику
Біологічний	Генетична обтяженість
	Органічні порушення
	Пренатальні фактори
	Інтоксикації
Психологічний	Порушення уваги
	Порушення пам'яті
	Порушення мислення
	Підвищення рівня тривоги
	Депресивні тенденції
Соціальний	Агресивність
	Мікросоціальні
	Відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти
	Відсутність власного житла
	Самотнє проживання
	Відсутність розуміння на роботі, конфлікти
	Відсутність друзів та близьких
	Відсутність або втрата місця роботи
	Макросоціальні
	Відсутність толерантного відношення в суспільстві
	Низький рівень поінформованості в громаді
	Відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі

Список використаної літератури

1. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 4 (65). – С. 39–47.
2. Гуменюк Л. Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами с ограниченной способностью интеграции в сообщество (бездомные) / Л. Н. Гуменюк // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1 (54). – С. 9–12.
3. Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей / О. Г. Буздиган // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 47–53.
4. Аширбеков Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями / Б. М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 37–53.
5. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7–14.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М. – 2002. – 672 с.

References

1. Mykhaylov, B. V. (2010). Sovremennoe sostojanie problemy shizofrenii (obzor literatury) [Contemporary state of schizophrenia problem (Review)]. *Ukrains'kyi*

- visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 4 (65), pp. 39–47. (In Russian).
2. Gumenyuk, L. N. (2008). Kliniko-social'naja harakteristika stradajushhih psicheskimi rasstrojstvami s ogranichennoj sposobnost'ju integracii v soobshhestvo (bezdomnye) [Clinical and social characteristic of persons with the psychological disorders and the limited ability of integration to society (homeless)]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 16, issue 1 (54), pp. 9–12. (In Russian).
3. Buzdyhan, O. G. (2016). Dyferentsiirovani pidkhody do psichosotsialnoi reabilitatsii khvorykh na shyzofreniiu z urakhuvanniam kliniko-funktsionalnykh hendernykh osoblyvostei [Differentiated approaches to psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in view of clinical and functional gender peculiarities]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 4 (89), pp. 47–53. (In Ukrainian).
4. Ashirbekov, B. M. (2008). Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni bol'nyh s postshizofrenicheskimi depressijami [Social functioning and quality of life of patients with post-schizophrenic depression]. *Voprosy mental'noj medicyny i jekologii – Questions of mental medicine and ecology*, vol. 14, issue 1, pp. 37–53. (In Russian).
5. Gurovich, I. Ya., Lyubov, E. B., & Storozhakova, Ya. A. (2008). Vyzdorovenie pri shizofrenii. Konceptija «Recovery» [The concept of recovery in schizophrenia]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 18, no. 2, pp. 7–14. (In Russian).
6. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bahrah–M Publ., 672 p. (In Russian).

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

К. О. Стаханов

Актуальность. Внедрение системы помощи пациентам с постшизофренической депрессией является одной из актуальных задач современной медицины, однако до сих пор отсутствуют как общепринятый подход к диагностике этих состояний, так и практические рекомендации по оптимизации подходов терапии.

Цель – определение основных мишеней психокоррекционного влияния, а также факторов риска рецидива заболевания у пациентов с ПШД.

Материалы и методы. Исследование проводилось в течение 2011–2017 гг. на базе КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья». В исследование был включен 141 больной ПШД. Психодиагностическое исследование включало: шкалу позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник Баса–Дарки; опросник волевого самоконтроля – ВСК (Зверков А. Г., Эйдемман Е. В.), опросник суицидального риска (в модификации Т. Н. Разуваева); методика «10 слов» по А. Р. Лурия (1995 г.), «Корректирующая проба» Б. Бурдона (1995 г.); методика Mezzich, Coher, Rupezer, Liu & Yoon, 1999.

Результаты. По результатам проведенного исследования определены дезадаптивные особенности психоэмоциональной, личностной и психосоциальной сфер у 100,00 % больных ПШД, которые в дальнейшем были отмечены как мишени психокоррекционного влияния и с их учетом определены основные мероприятия комплексного медико-психологического сопровождения.

Выводы. Определены и структурированы основные факторы риска рецидива заболевания – биологические (генетическая отягощенность, органические нарушения, пренатальные факторы, интоксикации); психологические (нарушение внимания, нарушение памяти, нарушение мышления, повышение уровня тревоги, депрессивные тенденции, агрессивность); микросоциальные (отсутствие понимания и поддержки в семье, конфликты, отсутствие собственного жилья, одинокое проживание, отсутствие понимания на работе, отсутствие друзей и близких, отсутствие или потеря места работы); макросоциальные (отсутствие толерантного отношения в обществе, низкий уровень осведомленности в обществе, отсутствие системы мультидисциплинарного сопровождения на амбулаторном этапе).

Ключевые слова: постшизофреническая депрессия, факторы риска рецидива, медико-психологическое сопровождение, индивидуально-психологические особенности.

RISK FACTORS FOR RECURRENCE IN PATIENTS WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION

К. О. Stakhanov

Background. The introduction of a system of care for patients with post-schizophrenic depression (PSD) is one of the urgent problems of modern medicine, but there is still no generally accepted approach to both the diagnosis of these conditions, as well as practical recommendations for optimizing therapy approaches.

Objective. The goal is to determine the main targets of psychocorrectional influence, as well as the risk factors for recurrence in patients with PSD.

Materials and methods. The study was conducted during 2011–2017. On the basis of Communal Institution «Odessa Regional Medical Center of Mental Health». 141 patients with post-schizophrenic depression were involved in the study. The psychodiagnostic study included: scale of positive and negative syndromes (PANSS), the Bassa-Darka questionnaire; a questionnaire of volitional self-control – VSC (Zverkov A. G., Eidemana E. V.), a questionnaire of suicidal risk (in the modification of T. N. Razuvaev); method «10 words» by A. R. Luria (1995), B. Bourdon's Correction Test (1995); method Mezzich, Coher, Rupezer, Liu & Yoon, 1999.

Results. The main risk factors for recurrence have been identified and structured: biological (genetic weights, organic disorders, prenatal factors, intoxications); psychological (violation of attention, memory impairment, violation of thinking, increased anxiety, depressive tendencies, aggressiveness); microsocial (lack of understanding and support in the family, conflicts lack of own housing, lonely living, lack of understanding at work, lack of friends and relatives, lack of or loss of employment); macrosocial (lack of tolerant attitude in society, low level of awareness in society, lack of a system of multidisciplinary support at an outpatient stage).

Keywords: post-schizophrenic depression, risk factors for recurrence, medical and psychological support, individual psychological features.

Стаття надійшла до редакції 01.09.2017 р.

СТАХАНОВ Кирило Олегович, асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна; e-mail: dgylia.as@gmail.com

СТАХАНОВ Кирил Олегович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина; e-mail: dgylia.as@gmail.com

STAKHANOV Kirill Olegovich, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: dgylia.as@gmail.com

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.899:616-009.2-06/053.2

К. В. Дубовик

ПОЛІМОРФІЗМ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ РОЗАЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
k.v.dubovyk@gmail.com

Актуальність. У дітей з розладами спектра аутизму (РСА) відмічаються порушення моторних функцій, що кваліфікуються по-різному – як обсесії (рухові нав'язливості, захисні рухові ритуали), імпульсивні й компульсивні рухи та дії, як прояви регресивної поведінки, патологічні звичні дії, аутостимуляційні форми поведінки, моторні тики.

Мета – уточнити семіотику рухових розладів при первазивних порушеннях розвитку, вивчити наявність коморбідних тикозних проявів чи симптомів обсесивно-компульсивних розладів у осіб з РСА.

Матеріали та методи. Було рандомізовано 83 дитини у віці 3–7 років з РСА. Контрольну групу склали 48 дітей без ознак порушення психічного розвитку. РСА діагностували з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, ADI-R, ADOS. Діагностику коморбідних психічних порушень проводили за допомогою DAWBA, K-SADS-PL. Для визначення затримки розвитку моторних функцій використовували Vineland II, PEP-R.

Результати. Встановлено, що у 30 % рандомізованих дітей з РСА були наявні коморбідні тики або ОКР; тикозні порушення та ОКР мають пряму кореляцію з РСА ($p < 0,05$). Визначено поширеність коморбідних тикозних проявів серед дітей з РСА – 13,2 %, окремих симптомів – 27,6 %; поширеність ОКР серед дітей з РСА становить 27,8 %, окремих симптомів – 46,2 %.

Висновки. Наявність коморбідних тикозних порушень або ОКР призводить до погіршення розвитку дітей з РСА, труднощів при проведенні диференційної діагностики та корекції рухових порушень, істотно впливає на рівень адаптивної поведінки дітей.

Ключові слова:
розлади спектра аутизму, обсесивно-компульсивний розлад, тики, супутні психічні розлади, діти.

Актуальність. Стереотипні та повторювані рухи і форми поведінки у семіотичі психічних розладів дитячого віку кваліфікують по-різному – як обсесії (рухові нав'язливості, захисні рухові ритуали), імпульсивні й компульсивні рухи та дії, як прояви регресивної поведінки, патологічні звичні дії, аутостимуляційні форми поведінки, моторні тики.

Метою дослідження було уточнення семіотики рухових розладів при первазивних порушеннях розвитку, вивчення наявності коморбідних тикозних проявів чи симптомів обсесивно-компульсивних розладів у осіб з РСА, що мають стереотипні форми поведінки та / або аутостимуляції, визначення шляхів диференційної діагностики та зменшення дезадаптивного впливу на поведінку дітей з РСА.

Матеріали та методи дослідження

Було рандомізовано 83 дитини з розладами спектра аутизму, серед них 73 % становили хлопчики. Контрольну групу склали 48 дітей без ознак порушення психічного

розвитку. Середній вік рандомізованих дітей основної групи становив 4,3 року, контрольної групи – 4,9 року. Діти проходили обстеження в умовах спеціалізованої поліклініки Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології.

У нашому дослідженні для діагностики коморбідних психічних порушень та скринінгу наявності якісних моторних порушень у дітей з РСА використовували оцінку розвитку і здоров'я (DAWBA). Тикозні симптоми оцінювали за допомогою дитячої шкали для афективних розладів та шизофренії (K-SADS-PL).

Для діагностики розладів спектра аутизму (F 84) використовували критерії та рекомендації Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10), напівструктуроване інтерв'ю з батьками ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) та інструментарій для формалізованої оцінки аутистичної поведінки ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule).

Для визначення затримки розвитку моторних функцій, оцінки рівня та сили проявів порушень використовували

шкалу адаптивної поведінки Vineland II (Vineland Adaptive Behavior Scales) субсфери дрібної та крупної моторики; психо-педагогічний профіль (PEP-R): субсфери дрібної та крупної моторики, зорово-моторної координації.

Результати та їх обговорення

Діти з РСА характеризувалися порушенням комунікації, зокрема розладами рецептивної та / або експресивної мови, труднощами у сфері соціальної взаємності (нерозуміння контексту соціальних ситуацій) та наявністю повторюваної поведінки (стереотипні форми поведінки та стереотипні рухи), що в більшості випадків може бути діагностовано у віці від 1,5 до 3,0 років. При оцінці рухових розладів у клінічній практиці виникали труднощі з диференційною діагностикою між симптомами РСА, тикозними розладами та / або симптомами обсесивно-компульсивного розладу (ОКР). Близько 30 % рандомізованих дітей з РСА мали коморбідність з тикозним або обсесивно-компульсивним розладом. Діти з РСА характеризувалися широким поліморфізмом рухових порушень, у них були наявні всі типи розладів рухової сфери та поведінки. Усі наведені вище рухові психопатологічні феномени, асоційовані з РСА, не є нозоспецифічними і зустрічаються при інших психічних розладах.

При розладах спектра аутизму відмічається істотне збільшення коморбідних якісних розладів рухових функцій.

Була встановлена поширеність коморбідних тикозних розладів серед дітей з РСА та дітей без порушень психічного розвитку. Виявлено, що поширеність коморбідних тикозних проявів серед дітей з аутизмом складала 13,2 %, окремі симптоми були виявлені у 27,6 %. У обстежених контрольної групи показники становили 7,2 % та 14,3 % відповідно.

Поширеність тикозної симптоматики серед рандомізованих дітей наведена в таблиці 1.

Наведені в таблиці дані демонструють, що тикозні порушення частіше зустрічаються при РСА ($p < 0,05$).

Подікуди вокальні тики (мимовільні і компульсивно повторювані слова / фрази / звуки) та рухові тики (стрибки, плескання в долоні, покусання, моргання, гримаси, рухи руками, рухи пальців, постукування, обнюхування, стискання кулаків, знизування плечима, поправлення волосся та інше) не схожі на прояви ауто стимулювальної поведінки, також до подібних проявів можуть належати компульсивна затримка дихання, кашель, сопіння носом, прочищення горла (покашлювання).

Яскраво виражені тикозні прояви можуть впливати на соціальні аспекти життя дитини, викликати значущі порушення соціальної взаємодії, зокрема соціальної реципрокності.

Більшість рандомізованих дітей з РСА мали прояви тикозної симптоматики, що складно піддаються оцінці та диференціації, оскільки при наявності ауто стимулювальної поведінки фактичні мимовільні тики часто можуть бути помилково чи внаслідок неналежної диференційної діагностики розцінені як добровільні ауто стимуляції. При подібній неправильній інтерпретації, коли наявні тикозні прояви сприймаються як варіант ауто стимулювальної поведінки, існує ризик вибору помилкової стратегії, скерованої на зменшення кількості ауто стимулювальної поведінки, що насправді є тиками.

Це може призвести до їх посилення та хронізації, що сприяє стигматизації та погіршенню соціального функціонування дитини.

Існує міф, що при розладі з комбінованими моторними та вокальними тиками (синдромі Туретта) у дітей з РСА переважають вокалізації у вигляді копролалії (вибукування нецензурних слів). Наше дослідження продемонструвало, що при високому рівні коморбідності РСА та тикозного розладу переважають варіанти перебігу з простими та складними моторними тиками, копролалія зустрічалася лише у 3 хворих.

У більшості дітей з гіперкінетичним розладом також були тикозні розлади, серед яких переважали прості моторні тики, які викликали значно менше проблем із диференційною діагностикою, порівняно з когортою дітей з РСА.

Окремо проаналізована поширеність симптомів обсесивно-компульсивних розладів у вибірках дітей з РСА та без порушень психічного розвитку (табл. 2).

Як свідчать дані, наведені в таблиці 2, симптоми ОКР часто відмічаються у пацієнтів з РСА та мають пряму кореляцію з порушеннями спектра аутизму.

Оскільки захворюваність на ОКР має два піки з різними гендерними розподілами: перший пік у дитинстві, симптоми в основному виникають у віці до 10 років, переважно у хлопчиків; другий пік відбувається в ранньому дорослому віці, в середньому в 21 рік, з незначною перевагою серед жінок. Це, в свою чергу, ускладнює диференційну діагностику рухових порушень у хлопчиків, оскільки подекуди припадає на вік маніфестації розладів спектра аутизму.

Висновки

Результати досліджень дозволяють припустити, що певні види якісних порушень моторних функцій мають безпосередній зв'язок з первазивними порушеннями розвитку та істотно впливають на рівень адаптивної поведінки дітей.

Правильна кваліфікація та типологізація рухових розладів є важливою передумовою для надання кваліфікованої допомоги дітям з первазивними порушеннями розвитку. Тяжкі тики, обсесивно-компульсивна симптоматика у дітей можуть помилково розцінюватися, як повторювана поведінка внаслідок ауто стимуляцій, які притаманні для РСА. Такі діти часто не отримують належної медичної допомоги. Ауто стимуляції та

Таблиця 1. Поширеність проявів тикозних розладів серед дітей (N, % $\pm$ m)

Поширеність розладів					
Діти основної групи			Діти контрольної групи		
N	окремі симптоми (% $\pm$ m)	тикозні розлади (% $\pm$ m)	N	окремі симптоми (% $\pm$ m)	тикозні розлади (% $\pm$ m)
83	27,6 $\pm$ 6,3	13,2 $\pm$ 4,3	48	14,3 $\pm$ 7,8	7,2 $\pm$ 5,5

Таблиця 2. Поширеність проявів ОКР серед дітей (N, % $\pm$ m)

Поширеність розладів					
Діти основної групи			Діти контрольної групи		
N	окремі симптоми (% $\pm$ m)	діагноз ОКР (% $\pm$ m)	N	окремі симптоми (% $\pm$ m)	діагноз ОКР (% $\pm$ m)
83	46,2 $\pm$ 8,1	27,8 $\pm$ 6,3	48	49,7 $\pm$ 14,7	2 $\pm$ 2,9

«нав'язливі інтереси» насамперед передбачають виявлення суб'єкта, прояви obsесивно-компульсивного розладу та тиків – ні (навіть якщо діти можуть насолоджуватися або потішатися від деяких з них час від часу, хоча в основному вони втомлюють, дратують і за своєю природою є чужорідними). Рухи при ОКР є мимовільними і компульсивними, так само як і тики. При пригніченні ритуалів, що притаманні для ОКР, в рамках надання допомоги, спрямованої на зменшення аутоstimуляцій при РСА, часто відмічається погіршення чи наростання симптомів. Підходи у вигляді вимушеного уникнення, відволікання (переключення), позитивне підкріплення при відсутності реакції тривоги, що часто використовуються в рамках роботи з порушеннями спектра аутизму, у випадку використання при тикозних розладах, зокрема синдромі Туретта чи ОКР, можуть призводити до виникнення патологічних рухів у відповідь на соціальне «вторгнення» або похвалу, привертання уваги.

Перспективи подальших досліджень. З огляду на отримані дані, вважаємо доцільною розробку спеціальних реабілітаційних програм, скерованих на подолання практичних проблем у розвитку моторних функцій та корекції затримок з урахуванням частоти коморбідних порушень у дітей з РСА.

Список використаної літератури

1. Kano Y. Treatment-refractory OCD from the viewpoint of obsessive-compulsive spectrum disorders: impact of comorbid child and adolescent psychiatric disorders / Y. Kano // *Psychiatria et neurologia Japonica*. – 2013. – Vol. 115, issue 9. – P. 990–996.
2. Ivarsson T. Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD) / T. Ivarsson, K. Melin // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2008. – Vol. 22, issue 6. – P. 969–978. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.10.003.

3. The relationship between tics, OC, ADHD and autism symptoms: A cross-disorder symptom analysis in Gilles de la Tourette syndrome patients and family-members / H. M. Huisman-van Dijk, R. V. Schoot, M. M. Rijkeboer [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2016. – Vol. 237. – P. 138–146. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.01.051.
4. Pediatric obsessive-compulsive disorder with tic symptoms: clinical presentation and treatment outcome. / D.R.M.A. Højgaard, G. Skarphedinnsson, J. B. Nissen [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 26, no. 6. – P. 681–689. DOI: 10.1007/s00787-016-0936-0.
5. Autism Spectrum Symptoms in a Tourette's Disorder Sample / S. M. Darrow, M. Grados, P. Sandor [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2017. – Vol. 57, issue 7. – P. 610–617. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.05.002.
6. Bejerot S. An autistic dimension: a proposed subtype of obsessive-compulsive disorder / S. Bejerot // *Autism: the international journal of research and practice*. – 2007. – Vol. 11, issue 2. – P. 101–110. DOI: 10.1177/1362361307075699.

References

1. Kano, Y. (Sep 2013). Treatment-refractory OCD from the viewpoint of obsessive-compulsive spectrum disorders: impact of comorbid child and adolescent psychiatric disorders. *Psychiatria et neurologia Japonica*, vol. 115, issue 9, pp. 990–996.
2. Ivarsson, T., & Melin, K. (Aug 2008). Autism spectrum traits in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 22, issue 6, pp. 969–978. DOI: 10.1016/j.janxdis.2007.10.003.
3. Huisman-van Dijk, H. M., Schoot, R. V., Rijkeboer, M. M., Mathews, C. A., & Cath, D. C. (Mar 2016). The relationship between tics, OC, ADHD and autism symptoms: A cross-disorder symptom analysis in Gilles de la Tourette syndrome patients and family-members. *Psychiatry Research*, vol. 237, pp. 138–146. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.01.051.
4. Højgaard, D.R.M.A., Skarphedinnsson, G., Nissen, J. B., Hybel, K. A., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (Jun 2017). Pediatric obsessive-compulsive disorder with tic symptoms: clinical presentation and treatment outcome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 26, no. 6, pp. 681–689. DOI: 10.1007/s00787-016-0936-0.
5. Darrow, S. M., Grados, M., Sandor, P., Hirschtritt, M. E., Illmann, C., Osiecki, L., ... Mathews, C. A. (Jul 2017). Autism Spectrum Symptoms in a Tourette's Disorder Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 57, issue 7, pp. 610–617. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.05.002.
6. Bejerot, S. (Mar 2007). An autistic dimension: a proposed subtype of obsessive-compulsive disorder. *Autism: the international journal of research and practice*, vol. 11, issue 2, pp. 101–110. DOI: 10.1177/1362361307075699.

ПОЛИМОРФИЗМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА АУТИЗМА

К. В. Дубовик

Актуальность. У детей с расстройствами спектра аутизма (РСА) отмечаются нарушения моторных функций, которые квалифицируются по-разному, как obsесии (двигательные навязчивости, защитные двигательные ритуалы), импульсивные и компульсивные движения и действия, как проявления регрессивного поведения, патологические привычные действия, аутоstimуляционные формы поведения, моторные тики.

Цель – уточнить семиотику двигательных расстройств при pervasive нарушениях развития, изучить наличие коморбидных тикозных проявлений или симптомов obsесивно-компульсивных расстройств у лиц с РСА.

Материалы и методы. Были рандомизированы 83 ребенка в возрасте 3–7 лет с РСА. Контрольную группу составили 48 детей без признаков нарушения психического развития. РСА диагностировали с использованием диагностических критериев МКБ-10, ADI-R, ADOS. Диагностику коморбидных психических нарушений проводили с помощью DAWBA, K-SADS-PL. Для определения задержки развития моторных функций использовали Vineland II, PEP-R.

Результаты. Установлено, что у 30 % рандомизированных детей с РСА имелись коморбидные тики или ОКР; тикозные нарушения и ОКР имеют прямую корреляцию с РСА ($p < 0,05$). Определена распространенность коморбидных тикозных проявлений среди детей с РСА – 13,2 %, отдельных симптомов – 27,6 %; распространенность ОКР среди детей с РСА – 27,8 %, отдельных симптомов – 46,2 %.

Выводы. Наличие коморбидных тикозных нарушений или ОКР приводит к ухудшению развития детей с РСА, сложностям при проведении дифференциальной диагностики и коррекции двигательных нарушений, существенно влияет на уровень адаптивного поведения детей.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, obsесивно-компульсивное расстройство, тики, сопутствующие психические расстройства, дети.

GREAT VARIETY OF MOTOR DISORDERS IN THE AUTISM SPECTRUM DISORDERS

K. V. Dubovyk

Background. In children with autism spectrum disorders (ASD) there are disturbances in motor functions that qualify in different ways, such as obsessions (motor obsessions, protective motor rituals), impulsive and compulsive movements and actions, as manifestations of regressive behavior, pathological habits, self stimulation forms of behavior, motor tics.

Objective. The aim of the study was to clarify the semiotics of motor disorders in pervasive developmental disorder, to study the presence of comorbid tics or obsessive-compulsive disorder in persons with ASD.

Materials and methods. We randomized 83 children aged 3-7 years with ASD. The control group consisted of 48 children without signs of psychiatric problems. ASD was diagnosed using the diagnostic criteria of ICD-10, ADI-R, ADOS. The diagnosis of comorbid psychiatric disorders was carried out using DAWBA, K-SADS-PL. To determine the delays in the development of motor functions were used Vineland II, PEP-R.

Results. It was found that in randomized children with ASD in 30 % of cases were diagnosed comorbid tics or OCD, tics and OCD had a direct correlation with PCA ($p < 0.05$). The prevalence of comorbid tics among children with ASD were determined – 13.2 %, sporadic symptoms – 27.6 %; the prevalence of OCD among children with ASD – 27.8 %, and the sporadic symptoms – 46.2 %.

Conclusions. The presence of comorbid tics disorders or OCD leads to aggravation of the development of children with ASD, complications during differential diagnosis and correction of motor disorders, significantly affect the level of adaptive behavior of children.

Keywords: autism spectrum disorders, obsessive compulsive disorder, tics, psychiatric comorbidity, children.

Стаття надійшла до редакції 10.08.2017 р.

ДУБОВИК Костянтин Володимирович, дитячий психіатр, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

ДУБОВИК Константин Владимирович, детский психиатр, аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

DUBOVYK Kostiantyn Volodymyrovych, child psychiatrist, PhD-student of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 613.83-616.441-008.64

Т. М. Радченко

ДИНАМІКА ПАТОПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ЖІНОК НА РІЗНИХ СТАДІЯХ ФОРМУВАННЯ РЕМІСІЇ ВІДПОВІДНО ДО ВІКУ ТА НАЯВНОЇ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне

tatyana1radchenko@gmail.com

Ключові слова:
опіоїдна залежність
у жінок,
патопсихологічні
прояви, клініко-
типологічні особливості,
стадії формування
ремісії.

Актуальність. У дослідженні показані істотні гендерні відмінності перебігу, прогресування та рецидивів опіоїдної залежності (ОЗ) у жінок, які спостерігались у Луганському обласному наркологічному диспансері.

Мета дослідження – вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних проявів ОЗ у наркозалежних жінок із різними типами особистості відповідно до віку.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 165 жінок віком від 18 до 45 років (середній вік $31,5 \pm 1,6$ років) з низькопрогредієнтним варіантом перебігу опіоїдної залежності, у яких було виявлено превалювання тих чи інших клініко-типологічних особливостей.

Результати. Матеріали проведеного дослідження доводять, що динаміка патопсихологічних змін у наркозалежних жінок на різних стадіях формування ремісії залежить як від тривалості опіоїдної залежності, так і від наявності коморбідної патології щитоподібної залози. Виразність патопсихологічних змін зростає при збільшенні тривалості опіоїдної залежності і при наявності коморбідної патології щитоподібної залози – хронічного аутоімунного тиреоїдиту і гіпотиреозу (ХАІТ і ГТ).

Висновки. Виразність патопсихологічних змін зростає при збільшенні тривалості перебігу опіоїдної залежності і при наявності коморбідної патології щитоподібної залози – ХАІТ і ГТ.

Актуальність. Наркотична залежність є однією із найважливіших соціальних та медичних проблем сучасності [1, 2, 5, 6]. Дедалі більша захворюваність на опіоїдну залежність (ОЗ) обумовлює ранню інвалідизацію хворих, суттєві витрати на їх лікування та реабілітацію [6, 8]. Актуальним питанням також є збільшення поширеності ОЗ серед жінок, особливо дітородного віку [14]. У наркозалежних жінок мають місце істотні гендерні відмінності у механізмах початку, прогресування та рецидивування хвороби [13, 14].

Оцінка клініко-психопатологічних та патопсихологічних аспектів опіоїдної залежності у жінок на різних стадіях формування ремісії, ступеня вираженості патологічного потягу до наркотичних речовин дозволяє об'єктивно визначати тяжкість, прогноз перебігу захворювання та прогнозувати розвиток рецидивів ОЗ [10].

У зв'язку з вищезазначеним, доцільним є визначення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей у хворих на ОЗ жінок за методикою К. К. Яхіна – Д. М. Менделевича [13] на різних стадіях формування ремісії відповідно до віку.

Завдання дослідження. Вивчення клініко-типологічних особливостей (КТО) у групі хворих на ОЗ жінок.

Визначення динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних проявів ОЗ у наркозалежних жінок із різними типами особистості відповідно до віку.

Визначення динаміки патопсихологічних змін у хворих жінок на різних стадіях формування ремісії відповідно до тривалості опіоїдної залежності та наявності коморбідної патології щитоподібної залози.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом перебували 165 жінок віком від 18 до 45 років (середній вік $31,5 \pm 1,6$ років) із низькопрогредієнтним (НП) варіантом перебігу ОЗ, у яких було виявлено превалювання тих чи інших КТО.

Хворих спостерігали у Луганському обласному наркологічному диспансері (м. Лисичанськ, Україна). Умовою включення до дослідження було встановлення у хворих діагнозу «опіоїдна залежність» за критеріями МКХ-10 (F11.30). Психодіагностичне дослідження та динамічне визначення показників здійснювали за допо-

могою опитувальника К. К. Яхіна – Д. М. Менделевича «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» (1978 рік). Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакета статистичних програм «STATISTICA 8.0» Statsoft Inc. (USA), Microsoft Excel 2003 в операційній системі Windows 7.

Результати та їх обговорення

У результаті проведеного обстеження встановлено наступне: в ранньому абстинентному періоді найвищим був показник невротичної депресії ($-6,50 \pm 0,39$), рівень тривоги складав ($-5,20 \pm 0,29$), рівень істеричного типу реагування ($-4,50 \pm 0,248$), рівень obsесивно-фобічних змін ($-4,48 \pm 0,247$), а рівень астенії та рівень вегетативних порушень зменшувалися: ($0,90 \pm 0,007$) та ($1,08 \pm 0,0056$) відповідно.

При вивченні показників пізнього абстинентного періоду виявили, що найвищим був показник істеричного типу реагування ($-5,02 \pm 0,28$), рівень невротичної депресії складав ($-3,90 \pm 0,20$), рівень тривоги ($-3,01 \pm 0,14$), а рівні астенії та вегетативних порушень навпаки, знижувалися ($-2,42 \pm 0,10$), ($3,32 \pm 0,16$) відповідно.

У періоді ремісії рівень істеричного типу реагування та рівень тривоги збільшувалися – ($-2,21 \pm 0,085$) та ($-2,00 \pm 0,071$) відповідно, а рівні невротичної депресії ($0,21 \pm 0,056$), obsесивно-фобічних змін ($0,56 \pm 0,031$), астенії ($3,31 \pm 0,16$) та вегетативних порушень ($5,49 \pm 0,31$) зменшувалися (табл. 1).

У пізньому абстинентному періоді реєстрували значні рівні вираженості невротичної депресії ($-1,98 \pm 0,10$), ($-1,74 \pm 0,11$), ($-0,12 \pm 0,35$) відповідно у вікових групах 26–30, 31–35 та 35–45 років; рівня тривоги ($-1,26 \pm 0,028$) у віковій групі 26–30 років.

Показники рівня вегетативних порушень, астенії, істеричного типу реагування та obsесивно-фобічних змін у пізньому абстинентному періоді стабілізувалися практично у всіх вікових групах (табл. 2).

Аналіз показників тесту К. К. Яхіна - Д. М. Менделевича в групах хворих на ОЗ жінок із різною тривалістю хвороби (до 24 місяців – 80 осіб, більше 24 місяців – 85 осіб) показав наступне (табл. 3).

Як впливає з даних таблиці 3, у ранньому абстинентному періоді найвищі показники невротичної депресії

($-4,18 \pm 0,49$), рівня тривоги ($-3,20 \pm 0,33$) та рівня астенії ($-0,17 \pm 0,12$) були у хворих з тривалістю ОЗ більше 24 місяців. У хворих з тривалістю ОЗ менше 24 місяців показники невротичної депресії ($-5,07 \pm 0,32$) та рівня тривоги ($-2,19 \pm 0,09$) також були високими.

Таблиця 1. Розподіл жінок, хворих на опіїдну залежність, за патопсихологічними проявами на різних стадіях формування ремісії (за методикою К. К. Яхіна – Д. М. Менделевича), $Me \pm m_{Me}$

Патопсихологічна ознака	Жінки, хворі на опіїдну залежність (n=165)
Вік, роки	18–19 (47) 20–30 (69) 31–35 (38) 36–45 (11) 45> (-)
Тривалість наркотизації, міс.	6 міс (35) 6–12 міс (51) 12–24 міс (40) 36–60 міс (33) 60 > міс (6)
Ранній абстинентний період, бали	
Рівень тривоги	$5,20 \pm 0,29$
Рівень невротичної депресії	$-6,50 \pm 0,39$
Рівень астенії	$0,90 \pm 0,007$
Рівень істеричного типу реагування	$-4,50 \pm 0,248$
Рівень obsесивно-фобічних змін	$-4,48 \pm 0,247$
Рівень вегетативних порушень	$1,08 \pm 0,0056$
Пізній абстинентний період, бали	
Рівень тривоги	$-3,10 \pm 0,14$
Рівень невротичної депресії	$-3,90 \pm 0,20$
Рівень астенії	$-2,42 \pm 0,10$
Рівень істеричного типу реагування	$-5,02 \pm 0,28$
Рівень вегетативних порушень	$3,32 \pm 0,16$
Період ремісії, бали	
Рівень тривоги	$-2,00 \pm 0,071$
Рівень невротичної депресії	$0,21 \pm 0,056$
Рівень астенії	$3,31 \pm 0,16$
Рівень істеричного типу реагування	$-2,21 \pm 0,085$
Рівень obsесивно-фобічних змін	$0,56 \pm 0,031$
Рівень вегетативних порушень	$5,49 \pm 0,31$

Таблиця 2. Розподіл хворих на опіїдну залежність за патопсихологічними проявами в пізньому абстинентному періоді відповідно до віку (за методикою К. К. Яхіна – Д. М. Менделевича), $Me \pm m_{Me}$

Психопатологічна ознака	Вікові групи хворих на опіїдну залежність				p, за Mann-Whitney при порівнянні		
	18–25 років (1 група)	26–30 років (2 група)	31–35 років (3 група)	33–45 років (4 група)	1 та 2 групи	2 та 3 групи	3 та 4 групи
Вік, роки	$31,8 \pm 3,88$	$42,9 \pm 4,54$	$22,2 \pm 3,19$	$3,1 \pm 0,85$	11,10	20,70	19,10
Рівень тривоги, бали	$0,31 \pm 0,08$	$-1,26 \pm 0,028$	$0,12 \pm 0,13$	$0,44 \pm 0,22$	0,95	1,14	0,32
Рівень невротичної депресії, бали	$0,18 \pm 0,010$	$-1,98 \pm 0,10$	$-1,74 \pm 0,11$	$-0,12 \pm 0,35$	1,80	0,24	1,62
Рівень астенії, бали	$3,63 \pm 0,33$	$0,42 \pm 0,06$	$1,96 \pm 0,14$	$2,83 \pm 0,74$	3,21	1,54	0,87
Рівень істеричного типу реагування, бали	$2,20 \pm 0,15$	$1,02 \pm 0,0021$	$1,60 \pm 0,09$	$2,20 \pm 0,48$	1,18	0,58	0,6
Рівень obsесивно-фобічних змін, бали	$1,13 \pm 0,016$	$1,10 \pm 0,010$	$0,90 \pm 0,015$	$1,01 \pm 0,004$	0,03	0,20	0,11
Рівень вегетативних порушень, бали	$4,74 \pm 0,47$	$3,07 \pm 0,22$	$3,03 \pm 0,30$	$4,69 \pm 1,50$	1,67	0,04	1,66

Показники рівня астенії ($0,97 \pm 0,0024$), істеричного типу реагування ($1,19 \pm 0,015$), рівня вегетативних порушень ($2,67 \pm 0,13$) у пацієнтів з тривалістю ОЗ до 24 місяців були у межах психічного здоров'я. У пацієнтів з тривалістю ОЗ більше 24 місяців відзначалася така ж тенденція (див. табл. 3).

У пізньому абстинентному періоді показники рівня невротичної депресії ($-3,00 \pm 0,16$) та рівня тривоги ($-0,54 \pm 0,036$) були високими у пацієнтів з тривалістю ОЗ менше 24 місяців. У пацієнтів з тривалістю ОЗ більше 24 місяців показники рівня невротичної депресії ($-2,90 \pm 0,29$) та рівня тривоги ($-0,21 \pm 0,12$) також були значними.

Показники рівня астенії ($2,32 \pm 0,10$), ($1,78 \pm 0,12$); рівня істеричного типу реагування ($1,60 \pm 0,04$), ($1,42 \pm 0,06$); рівня obsесивно-фобічних змін ($1,20 \pm 0,048$), ($0,01 \pm 0,0015$); рівня вегетативних порушень ($4,85 \pm 0,016$), ($2,81 \pm 0,27$) були у межах психічної норми у групах хворих з трива-

лістю ОЗ до 24 місяців та більше 24 місяців відповідно (див. табл. 3).

У періоді ремісії у хворих з тривалістю ОЗ менше 24 місяців відзначали незначне підвищення рівня невротичної депресії ($-0,39 \pm 0,04$). Показники рівня тривоги ($0,91 \pm 0,007$), ($1,01 \pm 0,0015$); рівня астенії ($3,89 \pm 0,23$), ($4,26 \pm 0,50$); рівня істеричного типу реагування ($2,47 \pm 0,11$), ($2,01 \pm 0,15$); рівня obsесивно-фобічних змін ($1,02 \pm 0,001$), ($1,15 \pm 0,02$) були у межах психічної норми у групах хворих з тривалістю ОЗ до 24 місяців та більше 24 місяців відповідно. Показники рівня вегетативних порушень ($6,21 \pm 0,47$), ($5,37 \pm 0,67$) у періоді ремісії залишалися нестабільними в обох групах хворих (див. табл. 3).

Таким чином, при порівнянні патопсихологічних ознак у хворих на ОЗ з тривалістю наркотичної залежності до 24 місяців (80 обстежених) та більше 24 місяців (85 особи) достовірні розбіжності встановлені лише за

Таблиця 3. Розподіл хворих на різних стадіях формування ремісії за патопсихологічними проявами відповідно до тривалості перебігу опіоїдної залежності (за методикою К. К. Яхіна – Д. М. Менделевича), $Me \pm m_{Me}$

Патопсихологічна ознака	Хворі на опіоїдну залежність з різною її тривалістю (n=165)		p за Стьюдентом
	менше 24 місяців (n=80)	більше 24 місяців (n=85)	
Ранній абстинентний період, бали			
Рівень тривоги	-2,19±0,09	-3,20±0,33	<0,001
Рівень невротичної депресії	-5,07±0,25	-4,18±0,21	<0,05
Рівень астенії	0,97±0,05	-0,17±0,009	<0,001
Рівень істеричного типу реагування	1,19±0,015	0,93±0,01	<0,001
Рівень obsесивно-фобічних змін	0,08±0,073	0,62±0,05	<0,001
Рівень вегетативних порушень	2,67±0,13	0,69±0,047	<0,001
Пізній абстинентний період, бали			
Рівень тривоги	-0,54±0,036	-0,21±0,012	<0,001
Рівень невротичної депресії	-3,00±0,16	-2,90±0,14	>0,05
Рівень астенії	2,32±0,10	1,78±0,09	<0,05
Рівень істеричного типу реагування	1,60±0,04	1,42±0,06	<0,01
Рівень obsесивно-фобічних змін	1,20±0,048	1,01±0,0015	<0,01
Рівень вегетативних порушень	4,85±0,016	2,81±0,27	<0,001
Період ремісії, бали			
Рівень тривоги	0,91±0,007	1,01±0,0015	<0,001
Рівень невротичної депресії	-0,39±0,04	0,03±0,14	<0,001
Рівень астенії	3,89±0,23	4,26±0,5	<0,001
Рівень істеричного типу реагування	2,47±0,11	2,01±0,15	<0,05
Рівень obsесивно-фобічних змін	1,02±0,001	1,15±0,02	<0,001
Рівень вегетативних порушень	6,21±0,31	5,37±0,27	<0,05

Таблиця 4. Розподіл хворих на різних стадіях формування ремісії за патопсихологічними проявами відповідно до наявності або відсутності коморбідної патології ЩЗ (за методикою К. К. Яхіна – Д. М. Менделевича), $Me \pm m_{Me}$

Патопсихологічна ознака	Хворі на опіоїдну залежність (n=165)		р за Стьудентом
	відсутність ХАІТ і ГТ (n=91)	наявність ХАІТ і ГТ (n=74)	
Ранній абстинентний період, бали			
Рівень тривоги	-2,37±0,12	-3,72±0,19	<0,001
Рівень невротичної депресії	-3,85±0,19	-5,46±0,27	<0,001
Рівень астенії	1,04±0,05	-2,70±0,14	<0,001
Рівень істеричного типу реагування	1,93±0,11	0,72±0,04	<0,001
Рівень obsесивно-фобічних змін	0,16±0,01	0,67±0,04	<0,001
Рівень вегетативних порушень	2,06±0,10	0,57±0,03	<0,001
Пізній абстинентний період, бали			
Рівень тривоги	-0,540±0,036	-1,75±0,09	<0,001
Рівень невротичної депресії	-1,09±0,06	-3,07±0,25	<0,001
Рівень астенії	2,73±0,14	0,78±0,04	<0,001
Рівень істеричного типу реагування	2,50±0,13	1,55±0,08	<0,001
Рівень obsесивно-фобічних змін	1,62±0,08	1,24±0,06	<0,001
Рівень вегетативних порушень	5,08±0,25	2,93±0,15	<0,001
Період ремісії, бали			
Рівень тривоги	1,21±0,06	-0,89±0,05	<0,001
Рівень невротичної депресії	-0,39±0,04	-1,03±0,06	<0,001
Рівень астенії	3,75±0,19	1,68±0,08	<0,001
Рівень істеричного типу реагування	2,85±0,13	2,14±0,11	<0,001
Рівень obsесивно-фобічних змін	2,93±0,15	1,85±0,09	<0,001
Рівень вегетативних порушень	5,62±0,28	2,97±0,15	<0,001

інтенсивністю вегетативних порушень у РАП – (0,66±0,70 бали) (Q25=-2,76, Q75=3,72) та ПАП – (2,85±0,67 бали) (Q25=-1,15, Q75=-5,27) ($p<0,013$, $p<0,014$ відповідно).

Аналіз показників тесту К. К. Яхіна - Д. М. Менделевича в групах хворих на ОЗ жінок з відсутністю (91) та наявністю (74) коморбідної патології ЩЗ (хронічного аутоімунного тиреоїдиту з гіпотиреозом (ХАІТ з ГТ)) показав наступне (табл. 4).

Як впливає з даних таблиці 4, у ранньому абстинентному періоді в групі хворих на ОЗ із наявністю ХАІТ і ГТ, порівняно з групою аналогічних хворих без коморбідної патології ЩЗ, рівень тривоги був у 1,57 раза ($p<0,001$) більший, рівень невротичної депресії – в 1,42 раза ($p<0,001$) більший, рівень астенії – в 2,6 раза більший ($p<0,001$). У межах психічного здоров'я в обох групах були рівні істеричного типу реагування, вегетативних порушень та обсесивно-фобічних змін.

У пізньому абстинентному періоді в групі хворих на ОЗ з наявністю ХАІТ і ГТ, порівняно з групою аналогічних хворих без коморбідної патології ЩЗ, рівень тривоги був більший в 3,24 раза ($p<0,001$), а рівень невротичної депресії – більшим в 2,82 раза ($p<0,001$). Інші патопсихологічні ознаки, а саме рівень астенії, рівень істеричного типу реагування, рівень обсесивно-фобічних змін і рівень вегетативних порушень, в обох групах були у межах психічного здоров'я.

У періоді ремісії в групі хворих на ОЗ з наявністю ХАІТ і ГТ, порівняно з групою аналогічних хворих без коморбідної патології ЩЗ, рівень тривоги був більшим в 1,36 раза ($p<0,001$), а рівень невротичної депресії – більшим в 2,64 раза ($p<0,001$). Інші патопсихологічні ознаки, а саме рівень астенії, рівень істеричного типу реагування, рівень обсесивно-фобічних змін і рівень вегетативних порушень, в обох групах були в межах психічного здоров'я.

Загалом дані, наведені в таблиці 4, свідчать про те, що в групі жінок з низькопрогредієнтним (НП) перебігом ОЗ і наявністю ХАІТ і ГТ патопсихологічні порушення, як в ранньому і пізньому абстинентних періодах, так і в періоді ремісії, за такими ознаками як рівень тривоги, рівень невротичної депресії і рівень астенії, були більш значимими, ніж у групі хворих на ОЗ без коморбідної патології ЩЗ, а саме ХАІТ і ГТ.

Матеріали проведеного дослідження доводять, що динаміка патопсихологічних змін у наркозалежних жінок на різних стадіях формування ремісії залежить як від тривалості опіоїдної залежності, так і від наявності коморбідної патології щитоподібної залози. Виразність патопсихологічних змін зростає при збільшенні тривалості опіоїдної залежності і при наявності коморбідної патології щитоподібної залози – ХАІТ і ГТ.

Висновки

1. У групі жінок з низькопрогредієнтним перебігом ОЗ і наявністю ХАІТ і ГТ патопсихологічні порушення як у ранньому і пізньому абстинентних періодах, так і в періоді ремісії за такими ознаками як рівень тривоги, рівень невротичної депресії і рівень астенії були більш значимими, ніж у групі хворих на ОЗ без коморбідної патології ЩЗ, а саме ХАІТ і ГТ.

2. Динаміка патопсихологічних змін у наркозалежних жінок на різних стадіях формування ремісії залежить як від

тривалості перебігу опіоїдної залежності, так і від наявності коморбідної патології щитоподібної залози.

3. Виразність патопсихологічних змін зростає при збільшенні тривалості перебігу опіоїдної залежності і при наявності коморбідної патології щитоподібної залози – ХАІТ і ГТ.

Список використаної літератури

- Битенский В. С. Роль алкоголизма и наркоманий в демографическом кризисе в Украине / В. С. Битенский // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 543–550.
- Зріз наркотичної ситуації в Україні (дані 2010 року) / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк [та ін.]. – Київ, 2011. – 22 с.
- Корошніченко Д. Н. / Диференційна діагностика залежності від героїну та залежності від метадону / Д. Н. Корошніченко, І. В. Лінський // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2009. – № 1 (21). – С. 56–64.
- Корошніченко Д. Н. Порівняльна характеристика патологічного потягу до опіоїдів у хворих, залежних від героїну, і хворих, залежних від метадону / Д. Н. Корошніченко // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1 (54). – С. 14–18.
- Линский И. В. Исследование влияния наследственности на прогредиентность заболеваний наркотического 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 наркотического 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): дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.00.18 / Е. Б. Михайлова. – Казань, 2006. – 191 с.
- Наркологія : національний підручник / І. К. Сосін [та ін.]; ред. І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєв. – Харків : Колегіум, 2014. – 1500 с.
- Овчаренко М. О. Аналіз розповсюдженості наркотичної залежності в Луганській області та методи її прогнозування / М. О. Овчаренко // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. Збірник наукових праць. Вип. 20, Київ. – Луганськ, 2010. – С. 358–368.
- Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / [О. М. Балакірева (кер. авт. кол.), Т. В. Бондар, Н. О. Рингач та ін.]. – К.: УІСД ім. О. Яременка, 2008. – 152 с.
- Яхин К. К. Клиническая и медицинская психология : практическое руководство / К. К. Яхин, Д. М. Менделевич. – М.: Меднаука, 1998. – 552 с.
- 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.

References

- Bitenskiy, V. S. (2007). Rol alkogolizma i narkomanii v demograficheskoy 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).
- Viiievskiy, A. M., Zhdanova, M. P., Sydiak, S. V., Beznohykh, V. S., Hryshchenko, A. I., Lepekha, K. I., ... Yudin, Yu. B. (2011). *Zriz narkotychnoi sytuatsii v Ukraini (dani 2010 roku)* [Review of the narcotic situation in Ukraine (2010 data)]. Kyiv, 22 p. (In Ukrainian).
- Koroshnichenko, D. N., & Linskiy, I. V. (2009). Dyferentsiina diahnozyka zalezhnosti vid heroynu ta zalezhnosti vid metadonu [The differential diagnostics of heroin addiction and methadone addiction]. *Zhurnal psykhiiatrii ta medychnoi psykhologii – The Journal of Psychiatry and Medical Psychology*, issue 1 (21), pp. 56–64. (In Ukrainian).
- Koroshnichenko, D. N. (2008). Porivnialna kharakterystyka patolohichnoho potiahu do opioyidiv u khvorykh, zaleznykh vid heroynu, i khvorykh zaleznykh vid metadonu [The comparative characteristic of the pathological craving to opioids in patients dependent on heroin and patients dependent on methadone]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 16, issue 1 (54), pp. 14–18. (In Ukrainian).
- Linsky, I. V. (1999). Issledovanie vlianiia nasledstvennosti na progredientnost zabolevani narologicheskogo 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).
- Linsky, I. V. (2000). Semeinyi anamnez kak istochnik informatsii o predispozitsionnosti k zabolevaniyam narologicheskogo 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).

7. Minko, A. I., & Linsky, I. V. (2004). *Narkologiya* [Narcology] (2nd ed.). Moscow: EKSMO Publ., 736 p. (In Russian).
8. 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).
9. Sosin, I. K., & Chuiev, Yu. F. (Eds.). (2014). *Narkolohiia* [Narcology]. Kharkiv: Kolehium Publ., 1500 p. (In Ukrainian).
10. Ovcharenko, M. O. (2010). Analiz rozpoznavannia narkotichnoi zalezhnosti v Luhanskii oblasti ta metody yii prohnozuvannia [Analysis of the prevalence of drug dependence in the Luhansk region and methods for its prediction]. *Aktualni problemy akusherstva i hinekolohii, klinichnoi imunolohii ta medychnoi henetyky. Zbirnyk naukovykh prats – Actual problems of obstetrics and gynecology, clinical immunology and medical genetics. Collection of scientific works*, issue 20, pp. 358–368. (In Ukrainian).
11. 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 tiutii-nokurinnia, vzhyvannia alkoholiu ta narkotichnykh rehovyn 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. Yaremchenka Publ., 152 p. (In Ukrainian).
12. Jahin, K. K., & Mendelevich, D. M. (1998). *Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: Prakticheskoe rukovodstvo* [Clinical and Medical Psychology: A Practical Guide]. Moscow: Mednauka, 552 p.
13. 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.
14. 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.

ДИНАМИКА ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ В СООТВЕТСТВИИ С ВОЗРАСТОМ И ИМЕЮЩЕЙСЯ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т. М. Радченко

Актуальность. В исследовании показаны значительные гендерные отличия течения, прогрессирования и рецидивов опиоидной зависимости у женщин, которые находились под наблюдением в Луганском областном наркологическом диспансере.

Цель исследования – изучение клинико-психопатологических и патопсихологических проявлений опиоидной зависимости (ОЗ) у наркозависимых женщин с разными типами личности в соответствии с возрастом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 165 женщин в возрасте от 18 до 45 лет с низкопрогредиентным вариантом течения ОЗ, у которых было выявлено превалирование тех или иных клинико-типологических особенностей.

Результаты. Материалы проведенного исследования доказывают, что динамика патопсихологических изменений у наркозависимых женщин на разных стадиях формирования ремиссии зависит как от длительности опиоидной зависимости, так и от наличия коморбидной патологии щитовидной железы.

Выводы. Выраженность патопсихологических изменений увеличивается при увеличении длительности течения опиоидной зависимости и при наличии коморбидной патологии щитовидной железы – хронического аутоиммунного тиреоидита и гипотиреоза.

Ключевые слова: опиоидная зависимость у женщин, патопсихологические проявления, клинико-типологические особенности, стадии формирования ремиссии.

DYNAMICS OF PATHOPSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS IN WOMEN WITH OPIOID DEPENDENCE AT DIFFERENT STAGES OF FORMING REMISSION IN ACCORDANCE WITH AGE AND THE COMORBID PATHOLOGY OF THYROID GLAND

T. M. Radchenko

Background. The study shows significant gender differences in the course, progression and recurrence of opioid dependence in women who were monitored at the Lugansk Oblast Narcological Dispensary.

Objective. The aim of the study was the study of clinical, psychopathological and pathopsychological manifestations of opioid dependence (OD) in drug dependent women with different types of personality according to age.

Materials and methods. We examined 165 women aged 18 to 45 years, with a low-progredient variant of the course of opioid dependence, who had the prevalence of certain clinical and typological features.

Results. The materials of the study prove that the dynamics of pathopsychological changes in drug dependent women at different stages of remission depends, respectively, on the duration of opioid dependence and on the presence of comorbid pathology of the thyroid gland.

Conclusions. The severity of pathopsychological changes increases with increasing duration of opioid dependence and in the presence of comorbid pathology of the thyroid gland – chronic autoimmune thyroiditis and hypothyroidism.

Keywords: opioid dependence in women, pathopsychological manifestations, clinical and typological features, stages of remission formation.

Стаття надійшла до редакції 14.08.2017 р.

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

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

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008-441.3:343:340.63

О. П. Олійник

СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ СКОЄННЯ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЙ
ОСОБАМИ ІЗ СТАНАМИ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИНУкраїнський науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
sudprof@ukr.net

Актуальність. Висока криміногенність осіб із станами залежності від психоактивних речовин (ПАР) обумовлює численні наукові дослідження з пошуку ефективних шляхів запобігання повторюваності злочинів та їх соціально-економічних наслідків.

Мета – дослідити сучасну структуру та кримінологічні особливості скоєння злочинів особами із синдромом залежності від ПАР для встановлення криміногенних факторів з метою їх подальшого врахування при розробці підходів до судово-психіатричної оцінки зазначених психічних розладів та заходів психосоціальної реабілітації.

Матеріали та методи. Судово-психіатричному обстеженню підлягали 368 осіб із синдромом залежності від ПАР, які пройшли експертизу протягом 2013–2016 років.

Результати. Особи із станами залежності від ПАР є досить криміногенним контингентом, злочини таких осіб складно передбачити через раптовість їх скоєння під впливом ситуаційних чинників у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння.

Особи з алкогольною залежністю достовірно частіше, ніж наркозалежні (66,7 % проти 29,2 %), скоюють агресивні злочини. Алкогольне сп'яніння є суттєвим тригером агресії.

Високі показники рецидивності (62,8 % та 76,4 % відповідно) свідчать про неефективність існуючих профілактично-виправних заходів.

Висновки. Вищенаведене обґрунтовує необхідність розробки нових підходів до реабілітації осіб із станами залежності від ПАР з метою запобігання рецидивності злочинів та уникнення соціально-економічних втрат країни.

Ключові слова:залежність від
психоактивних речовин,
психічні розлади,
суспільно небезпечні
діяння, судово-
психіатрична експертиза.

Актуальність. Висока криміногенність осіб із станами залежності від психоактивних речовин обумовлює численні наукові дослідження з пошуку ефективних шляхів запобігання повторюваності злочинів та їх соціально-економічних наслідків. Для України дана проблема особливо актуальна у зв'язку із збільшенням контингенту учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння (СНД) [1].

Мета роботи – дослідити сучасну структуру та кримінологічні особливості скоєння злочинів особами із синдромом залежності від психоактивних речовин (ПАР) для встановлення криміногенних факторів з метою їх подальшого врахування при розробці підходів до судово-психіатричної оцінки зазначених психічних розладів та заходів психосоціальної реабілітації такого контингенту.

Матеріали та методи дослідження

Судово-психіатричному обстеженню методом суцільної вибірки підлягали 368 осіб із синдромом залежності

від ПАР, які проходили експертизу протягом 2013–2016 років у двох експертних установах м. Києва. Обстежені були поділені на дві групи: I групу (А3) склали 156 осіб з синдромом залежності від алкоголю; до II групи (Н3) увійшли 212 осіб із синдромом залежності від наркотичних речовин.

Для аналізу та обробки даних застосовували анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-психіатричного аналізу.

Результати та їх обговорення

Аналіз структури суспільно небезпечних дій виявив достовірне переважання агресивних злочинів, спрямованих проти життя та здоров'я, у групі осіб з алкогольною залежністю (А3) та переважання майнових правопорушень, а також злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних речовин, в осіб з наркотичною залежністю (Н3) (табл. 1).

Таблиця 1. Структура кримінальних злочинів, скоєних особами із синдромом залежності від ПАР

Вид злочину (стаття Кримінального кодексу (КК) України)	Група АЗ абс. (%)	Група НЗ абс. (%)
Злочини проти життя та здоров'я особи		
Вбивство (ст. 115 КК України)	38 (24,2)	38 (17,9)
Тяжкі тілесні ушкодження (ст. 121 КК України): з них такі, що спричинили смерть потерпілого	64 (41) 16 (10,3)	14 (6,7) -
Легкі тілесні ушкодження (ст. 125 КК України)	2 (1,3)	-
Злочини проти статевої свободи та недоторканості		
Зґвалтування (ст. 152 КК України)	3 (1,9)	2 (0,9)
Злочини проти власності, злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майном		
Крадіжка, грабіж, розбійний напад, незаконне заволодіння транспортним засобом (ст. 185, 186, 187, 289 КК України): з них з агресією, що призвела до спричинення тілесних ушкоджень потерпілому	38 (24,4) 2 (1,3)	109 (51,4) 8 (3,8)
Хуліганство (ст. 296 КК України): з них з агресією, що призвела до спричинення тілесних ушкоджень потерпілому	6 (3,8) 4 (2,6)	-
Злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів (ст. 305–311 КК України)	1 (0,6)	48 (22,6)
Незаконне поводження зі зброєю, бойовими припасами та вибуховими речовинами (ст. 263 КК України)	1 (0,6)	1 (0,5)
Порушення правил дорожнього руху, що спричинило смерть потерпілого (ч. 2 ст. 286 КК України)	2 (1,3)	-
Підблюдження документів (ст. 258 КК України)	1 (0,6)	-
Разом	156 (100)	212 (100)

Частка агресивних злочинів у структурі СНД осіб з АЗ складалась із злочинів безпосередньо спрямованих проти життя та здоров'я особи (104 вип., 66,7 %) та злочинів із заподіянням тілесних ушкоджень або смерті жертв внаслідок розбоїв, хуліганських дій, аварій, спричинених у нетверезому стані (8 вип., 5,1 %). Загалом агресивні злочини у цій групі становили 112 випадків (71,8 %), з них ті, що спричинили смерть потерпілих – 56 випадків (35,9 %).

У групі з НЗ злочини з агресивним компонентом були наступними: вбивства (38 вип., 17,9 %), тяжкі тілесні ушкодження (14 вип., 6,6 %), зґвалтування із задушенням (1 вип., 0,5 %) та 9 випадків (4,2%) майнових злочинів, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень – загалом 62 випадки (29,2 %), з них із смертельним кінцем – 39 випадків (18,4 %), що достовірно нижче, ніж у групі осіб з АЗ.

Стан алкогольного чи наркотичного сп'яніння під час СНД спостерігався майже в усіх осіб з групи АЗ (151 вип., 96,8 %) та більш ніж у половини осіб з НЗ (108 вип., 50,9 %). Це вкотре доводить, що стан сп'яніння сприяє реалізації СНД, навіть без впливу додаткових криміногенних чинників, які, за наявності, суттєво збільшують вірогідність вчинення протиправних діянь особами із станами залежності.

Серед особливостей скоєння СНД привертає увагу те, що особи з АЗ вчиняють злочини переважно пізнім вечором або вночі (135 вип., 86,5 %), не маючи попереднього наміру (89 вип., 57,1 %), діючи раптово під впливом ситуаційних чинників (87 вип., 55,8 %). При цьому вони майже не вживають заходів для приховування слідів злочину (120 вип., 76,9 %), не намагаються надати допомогу потерпілим (при їх наявності). Після злочину, ніби нічого не сталося, продовжують своє буденне життя (наприклад, після вбивства «товариша по чарці» у двірницькому приміщенні підекспертний спокійно пішов прибирати територію; після вбивства матері виспався, а вранці, переступивши через труп, вийшов за горілкою, бо думав,

що остання спить). Під час експертизи висловлювали формальне каяття.

Натомість наркозалежні здійснюють протиправні діяння здебільшого вранці або вдень (182 вип., 85,8 %), маючи попередній намір на вчинення злочину з корисливих мотивів (159 вип., 75 %). Вони майже завжди намагались приховати навіть очевидну причетність до правопорушення та зловживання ПАР (199 вип., 93,9 %). Не виказували відчуття провини чи каяття, намагались виправдати себе, показати у вигіднішому світлі.

Поодинокі «випадкові» злочини були скоєні внаслідок аварій, необережного поводження зі зброєю, поштовху без наміру на заподіяння ушкоджень. Ознаки загрозливої поведінки до скоєння СНД, такі як неадекватна поведінка, висловлювання, погрози, прояви агресії або психозу, спостерігались майже з однаковою частотою в обох групах, переважно в осіб у стані психозу чи при наявності супутньої психіатричної патології (табл. 2). Проте передвісники загрозливої поведінки загалом не характерні для даного контингенту, на відміну від психічно хворих з іншими психіатричними нозологіями, для яких характерний тривалий період наявності чітких ознак загрозливої поведінки і є можливість вжити заходів для запобігання СНД [2].

До особливостей агресивних СНД (112 вип. у групі АЗ та 62 вип. у групі НЗ) можна віднести те, що скоювались вони здебільшого колюче-ріжучим знаряддям, із спричиненням численних тілесних ушкоджень потерпілим. Жертвами агресії в обох групах найчастіше ставали особи, з якими підекспертні вживали ПАР. Наркозалежні мали схильність виявляти агресію також до сторонніх осіб; на противагу їм, підекспертні з АЗ завдавали шкоди членам родини. Загалом жертвами агресивних дій ставали від 1 до 4 осіб. Численність потерпілих більш характерна для осіб з групи АЗ.

Кількість жертв від спричинених агресивних злочинів перевищувала кількість підекспертних, які вчинили такі СНД. На 174 підекспертних припало 209 осіб, які стали

Таблиця 2. Особливості скоєння суспільно небезпечних дій особами із залежністю від ПАР

Особливості скоєння злочину	Група АЗ (156 вип.)	Група НЗ (212 вип.)
Стан алкогольного / наркотичного сп'яніння під час СНД		
Був наявний, з них:	151 (96,8 %)	108 (50,9 %)
тільки у підекспертного	69 (44,2 %)	74 (34,9 %)
у підекспертного та потерпілого	82 (52,6 %)	34 (16 %)
Ситуація конфлікту під час скоєння СНД		
Достовірно відомо, що була наявна	32 (20,5 %)	18 (8,5 %)
Період доби, в який найчастіше були скоєні злочини		
Вранці, вдень	21 (13,5 %)	182 (85,8 %)
Ввечері, вночі	135 (86,5 %)	30 (14,2 %)
Попередній намір на злочин		
Мали	51 (32,7 %)	159 (75 %)
Не мали, з них:	89 (57,1 %)	39 (18,4 %)
злочин як «непередбачувана випадковість»	2 (1,3 %)	6 (2,8 %)
злочин скоєний раптово	87 (55,8 %)	33 (15,6 %)
ознаки загрозливої поведінки до скоєння СНД	16 (10,3 %)	14 (6,6 %)
Приховування слідів та поведінка після злочину		
Наявні ознаки приховування слідів злочину та причетності до нього	36 (23,1 %)	199 (93,9 %)
Відсутність ознак приховування слідів злочину	120 (76,9 %)	13 (6,1 %)

Таблиця 3. Особливості скоєння агресивних суспільно небезпечних дій особами із залежністю від ПАР

Особливості скоєння агресивних злочинів	Група АЗ (112 вип.)	Група НЗ (62 вип.)
Знаряддя спричинення тілесних ушкоджень або вбивства		
Колюче-ріжучі предмети (ніж, сокира)	72 (64,3 %)	30 (48,4 %)
Побиття руками, ногами	23 (20,5 %)	22 (35,5 %)
Підручні тупі предмети (палка, бита, табуретка, молоток)	11 (9,8 %)	5 (8,1 %)
Зашморг для удушення	2 (1,8 %)	3 (4,8 %)
Зброя (окрім холодної)	2 (1,8 %)	2 (3,2 %)
Транспортний засіб	2 (1,8 %)	-
Численність тілесних ушкоджень		
Поодинокі (1–2 ушкодження)	50 (44,6 %)	29 (46,8 %)
Багаточисленні (3 та більше)	62 (55,4 %)	33 (53,2 %)
Кількість жертв агресивних злочинів		
Один потерпілий	101	58
Два потерпілих	12 вип. = 24	6 вип. = 12
Три потерпілих	2 вип. = 6	-
Чотири потерпілих	2 вип. = 8	-
Загалом потерпілих з них загинилих	139 64	70 39
Спрямованість агресії		
Сторонні, випадкові, незнайомі особи	12 (10,7 %)	21 (33,9 %)
Особі, з якими вживали ПАР	48 (42,9 %)	25 (40,3 %)
Члени родини	36 (32,1 %)	10 (16,1 %)
Знайомі, друзі, сусіди	16 (14,2 %)	6 (9,7 %)

жертвами їх агресивних злочинів, 103 з яких загинули (табл. 3). Людські втрати є лише однією складовою з комплексу факторів економічно-демографічних втрат країни внаслідок СНД даного контингенту осіб. Кримінальний досвід в минулому мали 98 (62,8 %) осіб з АЗ та 162 (76,4 %) наркозалежних. Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово. Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду – від вчинення менш тяжких до тяжких злочинів.

СПЕ під час минулих епізодів притягнення до кримінальної відповідальності проходили лише третина підекспертних. Здебільшого їм встановлювали експертні діагнози психічних та поведінкових розладів внаслідок залежності від ПАР, але такого ступеня, що не позбавляв їх здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними (табл. 4).

Різномірні правопорушення у групі АЗ складали переважно злочини проти життя та здоров'я, а також злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майном. У групі НЗ спостерігалась тенденція до чергування майнових та злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотичних засобів.

Таблиця 4. Кримінальний анамнез та його динаміка в осіб із залежністю від ПАР

Особливості кримінального досвіду	Група АЗ (156 вип.)	Група НЗ (212 вип.)
Кримінальний анамнез в минулому		
Відсутній	58 (37,2 %)	50 (23,6 %)
Наявний:	98 (62,8 %)	162 (76,4 %)
спричинення тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості (ст. 121, 125 КК України)	6 (3,8 %)	7 (3,3 %)
вбивство (ст. 115 КК України)	4 (2,6 %)	3 (1,4 %)
злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майном (ст. 186, 186, 187, 289 КК України)	33 (21,2 %)	56 (26,4 %)
злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів (ст. 305–311 КК України)	4 (2,6 %)	29 (13,7 %)
згвалтування (ст. 152 КК України)	2 (1,3 %)	-
«різномірні» злочини	49 (31,4 %)	67 (31,6 %)
Частота притягнення до кримінальної відповідальності в минулому		
Одноразово	30 (30,6 %)	35 (21,6 %)
Двічі	14 (14,3 %)	36 (22,2 %)
Тричі	8 (8,2 %)	23 (14,2 %)
Багаторазово	46 (46,9 %)	68 (42 %)
Негативна динаміка кримінального досвіду	34 (34,7 %)	42 (26 %)
СПЕ під час минулих епізодів притягнення до кримінальної відповідальності		
Не проходили	104 (66,7 %)	147 (69,3 %)
Проходили:	52 (33,3 %)	65 (30,7 %)
були визнані особами без психічних розладів / «осудними»	17 (10,9 %)	7 (3,3 %)
був встановлений психіатричний діагноз, але визнані «осудними»	35 (22,4 %)	57 (26,9 %)
був встановлений психіатричний діагноз, визнані «неосудними»	-	1 (0,5 %)

Аналіз кримінального досвіду свідчить про високі показники повторюваності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР та негативну динаміку їх кримінального досвіду. Це підтверджує не ефективність існуючих профілактично-виправних заходів і необхідність розробки нових підходів до реабілітації таких осіб з метою запобігання рецидивності злочинів.

Висновки

Особи із станами залежності від ПАР є досить криміногенним контингентом, злочини яких є важко передбачуваними через раптовість їх скоєння під впливом ситуаційних чинників у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння.

Особи з алкогольною залежністю достовірно частіше, ніж наркозалежні, скоюють агресивні злочини. Алкогольне сп'яніння є суттєвим тригером агресії.

Високі показники рецидивності (62,8 % та 76,4 % відповідно) свідчать про неефективність існуючих профілактично-виправних заходів, через що країна несе суттєві соціально-демографічні та економічні збитки, обумовлені втратою цілого пласту працездатних чоловіків як повноцінних членів суспільства і платників

податків; витратами на кримінальні розслідування та утримання в пенітенціарній системі; компенсацією матеріальних збитків та невідновних людських втрат (жертв) внаслідок злочинів такого контингенту. Це обґрунтовує необхідність розробки нових підходів до реабілітації таких осіб з метою запобігання рецидивності злочинів та уникнення соціально-економічних втрат.

Список використаної літератури

1. Олійник О. П. Кримінологічні та психопатологічні особливості скоєння кримінальних злочинів учасниками бойових дій / О. П. Олійник // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 2 (89). – С. 139–142.
2. Олійник О. П. Профілактика тяжких суспільно небезпечних дій психічно хворих, спрямованих проти членів сім'ї: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / О. П. Олійник. – Київ : «Науковий світ», 2008. – 22 с.

References

1. Oliinyk, O. P. (2017). Kryminologichni ta psichopatologichni osoblyvosti skoiennia kryminalnykh zlochyniv uchasykamy boiovykh dii [Criminological and psychopathological features of committing offenses by combatants]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 23, no. 2 (89), pp. 139–142. (In Ukrainian).
2. Oliinyk, O. P. (2008). *Profilaktyka tiazhykh 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).

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ СОВЕРШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦАМИ С СОСТОЯНИЯМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

О. П. Олейник

Актуальность. Высокая криминогенность лиц с состояниями зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) обуславливает многочисленные научные исследования по поиску эффективных путей предотвращения повторности преступлений и их социально-экономических последствий.

Цель – исследовать современную структуру и криминологические особенности совершения преступлений лицами с синдромом зависимости от ПАВ для установления криминогенных факторов с целью их дальнейшего учета при разработке подходов к судебно-психиатрической оценке указанных психических расстройств и мероприятий психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы. Судебно-психиатрическому обследованию подлежали 368 человек с синдромом зависимости от ПАВ, которые прошли экспертизу в течение 2013–2016 годов.

Результаты. Лица с состояниями зависимости от ПАВ являются достаточно криминогенным контингентом, преступления таких лиц трудно предсказуемы из-за внезапности совершения под влиянием ситуационных факторов в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Лица с алкогольной зависимостью достоверно чаще, чем наркозависимые (66,7 % против 29,2 %), совершают агрессивные преступления. Алкогольное опьянение является существенным триггером агрессии.

Высокие показатели рецидивности (62,8 % и 76,4 % соответственно) свидетельствуют о неэффективности существующих профилактических и исправительных мер.

Выводы. Вышесказанное обосновывает необходимость разработки новых подходов к реабилитации лиц с состояниями зависимости от ПАВ с целью предупреждения рецидивности преступлений и избежания социально-экономических потерь страны.

Ключевые слова: зависимость от психоактивных веществ, психические расстройства, общественно опасные деяния, судебно-психиатрическая экспертиза.

STRUCTURE AND FEATURES OF COMMITTING SOCIALLY DANGEROUS ACTIONS BY PERSONS WITH DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

O. P. Oliinyk

Background. High criminality of persons with states of dependence on substances is causes numerous scientific studies to find effective ways to prevent the recurrence of crime and their social and economic consequences.

Objective. Investigating the current structure and criminological features of crimes committed by persons with abuse to define criminogenic factors with a view to their further consideration when developing approaches to forensic psychiatric examination of these mental disorders and psychosocial rehabilitation activities.

Materials and methods. Forensic psychiatric examination of 368 people with a syndrome of dependence on substance (2013–2016 years) were examined.

Results. Persons with states of dependence on substance are a sufficiently criminogenic contingent. Their crimes are difficult to predict because of the suddenness of commission under the influence of situational factors in the state of alcoholic or narcotic intoxication.

People with alcohol abuse are significantly more likely than drug addicts (66.7 % versus 29.2 %) have committed aggressive crimes. Alcoholic intoxication is an essential trigger of aggression behavior.

High rates of recurrence (62.8 % and 76.4 %, respectively) indicates ineffectiveness of existing preventive and corrective measures.

Conclusions. The above justifies the need to develop new approaches to the rehabilitation of persons with conditions of dependence on substances with a view to preventing the recurrence of crime and avoiding socioeconomic losses of the country.

Keywords: dependence on psychoactive substances, mental disorders, socially dangerous acts, forensic psychiatric examination.

Стаття надійшла до редакції 15.07.2017 р.

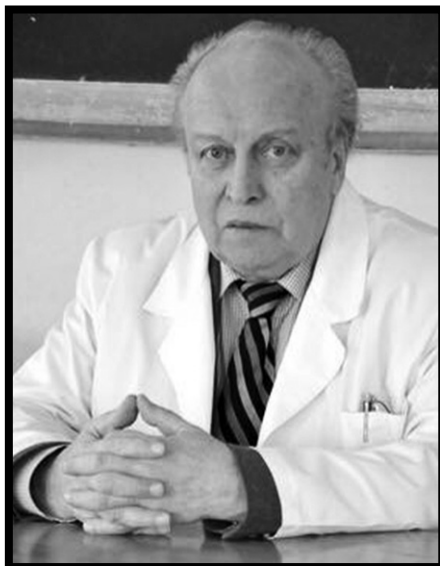
ОЛІЙНИК Оксана Петрівна, к.мед.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: sudprof@ukr.net

ОЛЕЙНИК Оксана Петровна, к.мед.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины, г. Киев, Украина; e-mail: sudprof@ukr.net

OLIINYK Oksana Petrivna, MD, PhD, 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

КЛУБ ЛІКАРІВ

НЕКРОЛОГ / OBITUARY



ВАЛЕРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ КУЗНЕЦОВ
VALERII MYKOLAIOVYCH KUZNETSOV
 (1939 – 2017)

Колектив кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика з глибоким сумом сповіщає про те, що 11 серпня 2017 року з життя пішов професор кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології, заслужений лікар України Валерій Миколайович Кузнецов.

Валерій Миколайович Кузнецов очолював кафедру психіатрії з 1988 по 2015 рік. Він тривалий час був головним позаштатним дитячим психіатром МОЗ України (1981–2010 рр.), головою консультативно-експертної ради з психіатрії при МОЗ України (1990–1994 рр.), Президентом Асоціації психіатрів України (1992–2000 рр.), головним редактором фахового міждисциплінарного науково-практичного журналу «Психічне здоров'я» (з 2003 р.).

Валерій Миколайович здійснював патофізіологічні дослідження афективних психозів, психічних розладів, пов'язаних з церебральною резидуально-органічною недостатністю.

Добре ім'я Валерія Миколайовича Кузнецова як відомого українського науковця, педагога української вищої школи, заслуженого лікаря, його творчі доробки назавжди залишаться в пам'яті вітчизняної наукової та медичної спільноти й освітян.

Будемо продовжувати роботу, якій професор Кузнецов Валерій Миколайович присвятив багато років, і берегти світлу пам'ять про нього.

The staff of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of the Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, with a deep sadness, announces that on August 11 th, 2017, Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, Honored Doctor of Ukraine Valerii Mykolaiovych Kuznetsov passed away.

His professional path included such stages:

- 1981–2010 – Main Children's Non-staff Psychiatrist of the Ministry of Health of Ukraine;
- 1988–2015 – head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of the Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education;
- 1990–1994 – head of the consultative-expert council of psychiatry at the Ministry of Health of Ukraine;
- 1992–2000 – President of the Association of Psychiatrists of Ukraine;
- since 2003 – chief editor of the Interdisciplinary Scientific and Practical Journal «Mental Health».

Valerii Mykolaiovych carried out pathophysiological studies of affective psychoses, mental disorders associated with cerebral residual-organic insufficiency.

The good name of Valerii Mykolaiovych Kuznetsov as a famous Ukrainian scientist, teacher of the Ukrainian Higher School, the Honored Doctor, and his creative work will forever remain in the memory of the Ukrainian scientific, medical community and educators.

We will continue the work that Professor Valerii Mykolaiovych Kuznetsov devoted many years to and always remember him.

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 допускається).
- **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 зазначати статистичні методи, використані для відображення варіабельності даних і достовірності відмінностей. Не припускаються скорочення в графах, окрім визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила». Усі роз'яснення, включаючи розшифрування 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 українсько- / 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 опис. 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 правомірно здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх, за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.
- Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематиці журналу, без додаткових повідомлень або роз'яснень.

НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

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

У випадку невиконання зазначених вище вимог матеріали публікуватися не будуть.

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

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