

1 РАЗ НА МІСЯЦЬ суспензія для ін'єкцій
продовженої дії

КСЕПЛІОН®
паліперидону пальмітат

Від досягнень науки
до здоров'я пацієнтів



PHUA/ХЕР/117/0003

Коротка інструкція для медичного застосування препарату КСЕПЛІОН® (ХЕРЛІОН®)

Склад: діюча речовина: paliperidone palmitate; 1 мл суспензії містить паліперидону пальмітату у кількості, що відповідає 100 мг паліперидону. **Лікарська форма.** Суспензія для ін'єкцій, продовженої дії. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичний засіб (нейролептик). Код АТХ N05A X13. **Показання.** Підтримуюча терапія симптомів шизофренії у дорослих, стан яких стабілізовано паліперидоном або рisperидоном. У окремих випадках дорослим пацієнтам з шизофренією, які раніше ефективно лікувалися паліперидоном або рisperидоном, Ксепліон® можна застосовувати без попередньої стабілізації пероральними препаратами даної групи, якщо психотичні симптоми хворого варіюють від легкого до помірного ступеня і якщо показано лікування ін'єкційними лікарськими формами продовженої дії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, або до рisperидону. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована початкова доза Ксепліону® становить 150 мг у перший день лікування та 100 мг через 1 тиждень (восьмий день лікування). З метою швидкого досягнення терапевтичної концентрації, обидві ін'єкції слід вводити в дельтоподібний м'яз. Рекомендована щомісячна підтримуюча доза – 75 мг у залежності від індивідуальної переносимості та/або ефективності дозу можна збільшити або зменшити в діапазоні 25-150 мг. Пацієнтам, які мають надлишкову масу тіла або ожиріння, може бути потрібне підвищення дози. Після другої дози наступні ін'єкції можна вводити в дельтоподібний або сидничий м'яз. Підтримуючу дозу можна коригувати щомісячно. Паліперидону пальмітат призначений тільки для внутрішньом'язового застосування. Для більш докладної інформації див. повну інструкцію для медичного застосування. **Діти.** Безпека та ефективність застосування Ксепліону® дітям не встановлені, тому препарат не застосовують у цій віковій групі. **Побічні реакції.** Найчастішими побічними реакціями під час клінічних досліджень були безсоння, головний біль, тривожність, інфекції верхніх дихальних шляхів, реакції у місці ін'єкції, паркінсонізм, збільшення маси тіла, акатизія, ажитация, седация/сонливість, нудота, запор, запаморочення, м'язово-скелетний біль, тахікардія, тремор, біль у животі, блювання, діарея, слабкість та дратівність. З них акатизія та седация/сонливість виявилися дозозалежними побічними реакціями. Стосовно повного профілю безпеки препарату – див. інструкцію для медичного застосування. **Термін придатності.** 2 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування.

Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/13547/01/01 від 02.04.2014 терміном на 5 років.
Текст складено у відповідності з інструкцією для медичного застосування, яку затверджено МОЗ України 02.04.2014 зі змінами від 26.01.2015.

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою:
04070, м. Київ, вул. Сковороди, 19. Тел. (044) 490 64 64, факс (044) 490 64 65.

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Janssen-Cilag

ISSN 2410-7484

Т. 23, 4 (91)' 2017

Науково-практичний журнал

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ



ARKHIV PSYKHIIATRII

Vol. 23, no. 4 (91)' 2017

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • Т. 23, 4 (91)' 2017



WWW.UNDISSPN.ORG.UA

ВИМОГИ ДО ОПУБЛІКУВАННЯ СТАТЕЙ

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

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

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, які не публікувалися раніше.
2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами. Матеріали, подані англійською мовою, розглядаються першочергово та публікуються на спеціальних умовах.

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

Титульний аркуш має містити таку інформацію:

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

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

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

- Індекс **УДК** (розширений; УДК виду: 616.89 – не допускаються).
- **Ініціали та прізвища авторів.**
- **Назва статті.**
- **Місце роботи авторів.**
- **e-mail.**
- **Резюме.** Подається **трьома** мовами (українською, російською та англійською) та має бути структурованим:
 - а) актуальність (background);
 - б) мета дослідження (objective);
 - в) матеріали 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 дублюватись у тексті, слід зазначати 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 висновках.

- **Ілюстрації** (рисунки, діаграми, фотографії) надаються у двох примірниках. Зі зворотного боку рисунків олівцем слід зазначити прізвище першого автора, номер рисунка, позначення верху рисунка. Рисунки не мають бути перевантажені текстовими написами. Якщо ілюстрації подаються в електронному вигляді, вони мають бути збережені в форматі JPG (300–600 dpi). Ілюстрації (графіки, діаграми, формули) мають бути чіткими, фотографії – контрастними. Малюнки й таблиці не повинні дублювати один одного. У графіках і діаграмах має бути зазначено, що дано на осях координат, на наведених кривих тощо.

- **Скорочення.** Не є припустимим скорочення слів, назв (крім загальноприйнятих скорочень мір фізичних, хімічних, а також математичних одиниць і термінів, та скорочень, визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила» та ГОСТ 7.12.93 «Библиографическая запись. Сокращения слов на русском языке. Общие требования и правила»). Міри подаються за Міжнародною системою одиниць (СІ) в українському / російському позначенні.

- **Список використаної літератури** формується **двома блоками:** традиційним та додатковим для закордонних баз даних.

Традиційний блок списку літератури оформлюється в один із таких способів: 1) у порядку появи посилань у тексті; 2) в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків; 3) у хронологічному порядку. Бібліографічний опис джерел слід складати відповідно до чинних стандартів з бібліотечної та видавничої справи, міжнародних і державного стандартів з обов'язковим наведенням назв праць. Зокрема, потрібну інформацію можна одержати із таких міждержавних і державних стандартів:

- ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання (ГОСТ 7.1– 2003, IDT)»;
- ДСТУ 3582–97 «Інформація та документація. Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила»;
- ДСТУ 6095:2009 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Правила скорочення заголовків і слів у заголовках публікації (ГОСТ 7.88–2003, MOD)»;
- ДСТУ 7093:2009 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Скорочення слів і словосполук, поданих іноземними європейськими мовами»;
- ГОСТ 7.12–93 «СИБИД. Библиографическая запись. Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила»;
- ГОСТ 7.11–78 «СИБИД. Сокращение слов и словосочетаний на иностранных европейских языках в библиографическом описании».

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

ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПУБЛІКАЦІЙ

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

УВАГА! Статті та тези приймаються за електронною адресою jap.ukraine@gmail.com Після розгляду редакційною колегією та висношення 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.

Розлади харчової поведінки

Нервова анорексія

- Людина надмірно переймається своєю вагою, вибором їжі, вмістом жиру в продуктах, підрахунком калорій та дієтами
- Відмовляється вживати їжу в кількості, що забезпечує її фізіологічні потреби
- Уникає спільного споживання їжі з родиною та друзями
- Відмічається зниження маси тіла до рівня, що є небезпечним для здоров'я та життя
- Активно займається спортом, незалежно від погоди, втоми, хвороби чи травм
- Одягає кілька шарів одягу, намагаючись приховати зміни у вазі або щоб зігрітись
- Заперечує наявність у себе хвороби

Компульсивне переїдання

- Велика кількість їжі з'їдається протягом короткого проміжку часу, але без наступних процедур «очищення»
- Неконтрольоване імпульсивне вживання їжі, незважаючи на відчуття ситості
- Відчуття втрати контролю над собою
- Переїдання може на деякий час покращувати самопочуття, однак потім відмічається почуття сорому, провини та огиди до себе
- З однаковою частотою спостерігається як в жінок, так і у чоловіків

Булімія

- Людина сильно стурбована проблемою втрати ваги, захоплена дієтами, вся увага зосереджена на тому, що вона їсть
- Соромиться їсти на людях
- З'їдає велику кількість продуктів протягом короткого проміжку часу з наступним «очищенням»
- Часто відвідує туалет або ванну під час їжі, після чого відчутний запах блювоти
- Методи очищення: блювання, клізми, зловживання послаблюючими та/або сечогінними, виснажливе фізичне навантаження
- Вага може бути надмірною, недостатньою або в межах норми

Небезпечні ознаки

- Нав'язливі думки про їжу протягом всього дня та/або ночі
- Відчуття втрати контролю над життям
- Перфекціонізм та негативне ставлення до себе
- Відчуття сорому, провини, гніву, низька самооцінка
- Контроль свого емоційного стану за допомогою їжі

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

вул. Кирилівська, 103
м. Київ, 04080

Телефон: 044-468-32-58
e-mail: eatdisua@gmail.com

Кабінет розладів харчової поведінки

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 23, № 4 (91) '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 № 9 від 22.11.2017 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. № 199.

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. 4 (91) '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 № 9 dated 22.11.2017).

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

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

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

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

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

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

<i>Т. Ю. Ільницька, І. Я. Пінчук</i> ПОШИРЕНІСТЬ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	212
--	-----

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>І. І. Анікіна</i> ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ	217
<i>І. Г. Мудренко</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЇ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ СУЇЦИДУ	221
<i>О. Є. Смашина, О. О. Хаустова</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ	225

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>В. В. В'юн</i> ОБҐРУНТУВАННЯ І ЗМІСТ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	232
<i>І. В. Калугін, О. С. Осуховська</i> ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПОЛІМОРБІДНІСТЮ	236
<i>М. М. Хаустов</i> ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ В АСПЕКТІ ЇХ ІНТЕГРАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ	243
<i>Ю. В. Ячник</i> ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПІДЛІТКІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	247

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>І. Я. Пінчук, О. В. Колодезний, О. О. Петриченко, І. Ф. Здорик</i> АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК УЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У 2015–2016 РОКАХ	252
--	-----

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. П. Олійник</i> СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ	261
---	-----

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

XVII МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС З ПСИХІАТРІЇ WPA (8–12 ЖОВТНЯ, БЕРЛІН, НІМЕЧЧИНА).....	266
СОЦІАЛЬНА СПРАВЕДЛИВІСТЬ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	267
VII ЛЬВІВСЬКІ ПСИХІАТРИЧНІ ЗУСТРІЧІ «УКРАЇНСЬКА ПСИХІАТРІЯ: QUO VADIS?»	267

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

<i>T. Yu. Ilynetska, I. Ya. Pinchuk</i> PREVALENCE OF HYPERKINETIC DISORDER IN PARTICIPANTS OF COMBAT OPERATIONS	212
--	-----

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>I. I. Anikina</i> DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY.....	217
<i>I. H. Mudrenko</i> CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DEMENTIA WITH HIGH SUICIDE RISK	221
<i>O. Ye. Smashna, O. O. Khaustova</i> FEATURES POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY.....	225

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>V.V. Vyun</i> THE RATIONALE AND CONTENT OF PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION OF THE DEVELOPMENT OF MALADAPTATION STATES OF INTERNSHIP DOCTORS IN MODERN CONDITIONS	232
<i>I. V. Kalugin, O. S. Osukhovska</i> PSYCHOTHERAPY AS FACTOR OF IMPROVEMENT OF MEDICAL ASSISTANCE AND IMPROVEMENT OF LIFE QUALITY IN PATIENTS OF HERONTOLOGICAL PROFILE WITH MENTAL DISORDERS AND MULTYMORBIDITY	236
<i>M. M. Khaustov</i> PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF THE ADJUSTMENT DISORDERS IN STUDENTS IN THE ASPECT OF THEIR INTEGRATED PSYCHOTHERAPY ...	243
<i>Yu. V. Yachnik</i> STUDY OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND COPING STRATEGIES OF ADOLESCENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISEASES.....	247

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>I. Ya. Pinchuk, O. V. Kolodezhny, O. O. Petrychenko, I. F. Zdoryk</i> ANALYSIS OF STATISTICAL INDICATORS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN 2015-2016.....	252
---	-----

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>O. P. Oliynyk</i> FORENSIC-PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE EXPERT EVALUATION OF MENTAL DISORDERS IN COMBATANTS WHO COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS.....	261
---	-----

CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS

WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY BERLIN 2017 (OCTOBER 8-12, BERLIN, GERMANY)	266
SOCIAL JUSTICE FOR PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS CAMPAIGN	267
VII LVIV PSYCHIATRIC MEETINGS «UKRAINIAN PSYCHIATRY: QUO VADIS?».....	267

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-008.47/.48-036.22-057.36:355.4(477.6)

Т. Ю. Ільницька, І. Я. Пінчук

ПОШИРЕНІСТЬ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії

та наркології МОЗ України, м. Київ

ilnitska@id-zu.com

Актуальність. Діагностика гіперкінетичного розладу (ГКР) у дорослих є проблематичною, він зазвичай залишається поза увагою лікарів. У результаті наукових досліджень отримано переконливі дані, які підтверджують високу поширеність ГКР серед військовослужбовців та недостатність заходів щодо діагностики вказаних розладів. Наслідками недостатньої уваги до даної проблеми можуть стати не лише погіршення якості життя осіб із симптомами ГКР, а й вплив на виконання ними своїх військових обов'язків, що може призвести до значних негативних наслідків.

Мета дослідження – підвищити рівень діагностики гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій.

Матеріали та методи. Було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій з розладами поведінки з використанням наступних методів дослідження: напівструктуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичний метод, клініко-психопатологічний метод; діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу гіперкінетичного розладу; шкала повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1); шкала оцінки рівня якості життя; опитувальник стану здоров'я (PHQ).

Результати. За умови інформованої згоди було обстежено 350 учасників бойових дій з розладами поведінки, які звернулися за допомогою з приводу психічних розладів. Всі 100 % досліджуваних були чоловічої статі. Встановлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу в якості добровольців. Рівень поширеності ГКР серед військовослужбовців з порушенням дисципліни був вищий. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, в яких виконувались критерії діагнозу ГКР. Серед вказаної когорти було більше осіб, які мали шкідливі звички та вчиняли антисоціальні дії в минулому. Вказані прояви можуть бути обумовлені підвищеним рівнем імпульсивності, відчуттям підвищеної активності та іншими симптомами ГКР.

Висновки. Своєчасна діагностика ГКР у військовослужбовців може зменшити негативний вплив проявів вказаного розладу на якість життя та виконання професійних обов'язків. Необхідно зосередити зусилля фахівців охорони психічного здоров'я на виявленні ГКР із використанням скринінгових методик.

Ключові слова:
гіперактивність,
імпульсивність,
порушення поведінки,
гіперкінетичний розлад,
розлад з дефіцитом уваги
та гіперактивністю,
військовослужбовці.

Актуальність. Гіперкінетичні розлади (ГКР) прийнято вважати захворюваннями дитячого віку, але, згідно з міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду, вони належать до поведінкових та емоційних розладів, які зазвичай починаються в дитячому та підлітковому періоді. Тобто, при дорослішанні симптоми повністю не зникають, а набувають дещо інших клінічних проявів [1].

Діагностика ГКР у дорослих є проблематичною, оскільки вказаний розлад залишається поза увагою лікарів [1]. Крім того, ГКР часто маскується під такими

станами як тривога, біполярний афективний розлад, зловживання психоактивними речовинами. У міжнародній класифікації психічних хвороб 10 перегляду (МКХ-10 – The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines) розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю віднесені до рубрик F90 (гіперкінетичні розлади) та F84.4 (гіперкінетичні розлади, що поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами). Таким чином, розмежовуються два патологічні процеси. Окрім того,

в межах рубрики F.90 розрізняють F.90.0 (Порушення активності та уваги) – розлад, при якому в клінічній картині домінують порушення концентраційної функції уваги та відволікальність, та F.90.1 (Гіперкінетичні розлади поведінки) – розлад з дефіцитом уваги та імпульсивністю [2]. У DSM-IV-R (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / 4th edition, text revision) використовують подібні дефініції: «стани з дефіцитом уваги», «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги». Однак акцент робиться на тому факті, що саме дефіцит уваги є ключовим розладом при гіперактивності. В DSM-V виділяють три підтипи гіперкінетичного розладу: переважно з порушенням уваги, переважно з гіперактивністю чи імпульсивністю, змішаний. Варто пам'ятати, що для встановлення діагнозу наявні симптоми повинні значною мірою порушувати функціонування особи у віці до 12 років і не можуть бути пояснені наявністю альтернативних психіатричних розладів. Саме для того, щоб відобразити дані останніх досліджень, які вказують на стійкість симптоматики гіперкінетичного розладу у дорослому віці, в DSM-V були внесені зміни щодо визначення даного стану. Оскільки з віком у осіб з гіперкінетичним розладом прослідковуються механізми адаптації, подолання і приховування симптомів, для встановлення діагнозу варто брати до уваги проблеми з концентрацією уваги, які можуть проявлятися у труднощах на роботі і в стосунках з оточуючими.

Обов'язковими критеріями для встановлення діагнозу ГКР у дорослих є: наявність окремих симптомів розладу у віці до 12 років, які проявлялися у більш ніж двох сферах життя людини (дім, школа, робота), знижена якість функціонування у трьох вищенаведених сферах, невідповідність симптомів критеріям інших розладів, збереження симптомів протягом щонайменше 6 місяців. Тому діагностика ГКР у дорослому віці вимагає детального вивчення анамнезу в дитинстві. Часто необхідною є увага до шкільних проблем, оскільки зазвичай в дитячому віці ці особи відставали у навчанні і вважалися неуспішними [3].

При обстеженні пацієнтів з ГКР в анамнезі найчастіше виявляють проблеми з дотриманням часових рамок, проблеми на роботі, часті зміни місця роботи, нерідко пов'язані із конфліктами чи проявами гніву, різні види залежності, порушення соціальної взаємодії, антисоціальну поведінку та факти наявності симптомів ГКР у членів родини. Взаємопов'язаними та супутніми є низький соціально-економічний статус, порушення водія правил дорожнього руху, високий травматизм, правопорушення, зловживання алкоголем, куріння. У 81 % осіб із ГКР наявні інші діагнози, найчастіше – зловживання психоактивними речовинами, депресія та тривога [4].

У ході одного із перших найбільш репрезентативних епідеміологічних досліджень ГКР у дорослих було встановлено, що приблизно у 4,4 % американців наявний ГКР [5]. За різними даними, у 30–70 % осіб симптоми ГКР, які були виявлені в дитячому віці, зберігаються при дорослішанні [6–10]. При наявності симптомів ГКР у віці 25 років 15 % осіб повністю відповідають критеріям розладу і згодом відсоток осіб, які хоча б частково відповідають критеріям ГКР, становить 65 %, що свідчить про сталість даного розладу протягом життя [11]. На основі математичної моделі J. Hill та E. Schoener розраховували, що експоненціальне зниження частоти ГКР з віком становить від

0,8 % у віці 20 років до 0,5 % – в 40 років. Це дослідження є лонгітудинальним, має високий рівень доказовості та фактично доводить, що ГКР не зникає повністю з часом [12].

За даними Інституту гіперактивних розладів [13], поширеність ГКР у світі становить в середньому від 5,29 % [14] до 7,1 % (15 % у дітей та підлітків та 3,4 % (в середньому від 1,2 % до 7,3 %) у дорослому віці) [16]. Поширеність розладу залежить від таких факторів як вік, стать (розлад є поширенішим серед осіб чоловічої статі), вираженість тих чи інших симптомів ГКР. Крім того, ГКР часто поєднується з іншими коморбідними розладами, такими як опозиційний розлад особистості, розлади поведінки, тривожний та депресивний розлади [17, 18], що значно ускладнює чітке розуміння поширеності вказаного розладу.

У 2016 році ВООЗ було проведено великомасштабне дослідження [19], під час якого проаналізовано основні тенденції поширеності ГКР у дорослому віці. На основі опитування 26 744 осіб із 20 країн світу із різним економічним рівнем було встановлено, що середня частота ГКР складає 2,8 %. Найвищий рівень вказаного розладу було виявлено в країнах із високим рівнем економіки – у 3,6 %, з середнім – у 3,0 % та з низьким рівнем – у 1,4 % населення. Результати дослідження продемонстрували, що ГКР в дорослому віці зустрічається частіше у чоловіків, які раніше були одружені та мають середній рівень освіти. Особи із ГКР часто мають супутні психічні розлади, такі як тривога, афективні розлади, порушення поведінки та соціальної взаємодії. Особи вказаної когорти частіше зловживають психоактивними речовинами. На основі даних наведеного дослідження та проведених раніше вчені зробили висновок, що ГКР у дорослому віці є поширеним розладом, що призводить до значних проблем зі здоров'ям, погіршує якість життя даної категорії осіб, а також часто поєднується з іншими розладами і найчастіше залишається недіагностованим, і, як наслідок, нелікованим станом [20, 21].

При діагностиці ГКР необхідно враховувати культуральні особливості, які можуть впливати на інтерпретацію симптомів, у зв'язку з чим може відрізнитися й поширеність розладу залежно від національної належності [7]. Так, відмінності щодо поширеності розладу залежно від географічного положення були значними між Північною Америкою та Африкою. У окремих дослідженнях виявлені значимі відмінності даних щодо поширеності ГКР залежно від національності. Серед осіб дорослого віку найменш поширеним цей розлад є в Австралії (1,1 %), а найпоширенішим – у Франції (7,3 %) [16, 22, 23]. Крім цього, поширеність ГКР може бути вищою в певних популяціях.

Американські вчені, вивчивши симптоми ГКР у 21,5 тис. чинних військовослужбовців [24], встановили, що даний розлад є поширенішим в осіб досліджуваної групи, порівняно з особами загальної популяції. Залежно від діагностичного методу, поширеність ГКР серед військових встановлюють на рівні від 7,6 до 9,0 % [25, 26–33]. Найпоширеніший вказаний розлад у віці 18–19 років, також поширений у групі осіб віком від 25 до 29 років. Результати іншого великого національного дослідження продемонстрували, що симптоми ГКР зустрічаються у 4,4 % військових США [25, 33].

Обстеживши близько 1 тис. військовослужбовців морської та сухопутної армій під час військових дій в Іраку у 2 % виявили відповідність критеріям ГКР [34]. В іншому дослідженні [35] виявили в 5 разів вищу поширеність ГКР, що дорівнювала 10,4 %. З огляду на наведені результати можна стверджувати, що ГКР є одним із найпоширеніших захворювань в армії.

Одним із фундаментальних досліджень, проведених у цьому напрямку, є STARRS (Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers) [36]. Було обстежено 21 449 військових із різних структурних підрозділів у період з травня 2011 до березня 2013 року. Обстеження проводилося в реальному часі, під час виконання військових обов'язків. Учасники заповнювали адаптовану BOOЗ версію шкали повідомлень про ГКР (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS) [74]. Аналіз отриманих даних свідчить, що 7,6 % військовослужбовців відповідають критеріям ГКР. При використанні альтернативної інтерпретації, при якій для діагностики задовольняються 4 із 6 клінічних критеріїв, поширеність становить приблизно 9 %. Цікавим виявився факт, що результати у військовослужбовців не мали статевих відмінностей. Крім того, була спростована альтернативна гіпотеза про те, що з віком частота ГКР знижується.

Тобто на сьогодні існують переконливі дані, які підтверджують важливість проблеми, високу поширеність ГКР серед військовослужбовців та недостатність даних щодо діагностики вказаних розладів. Результатом недостатньої уваги до вказаної проблеми можуть стати не лише погіршення якості життя осіб із симптомами ГКР, а й вплив на виконання ними своїх військових обов'язків, що може спричинити значні негативні наслідки.

Мета дослідження – підвищити рівень діагностики гіперкінетичного розладу в учасників бойових дій.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено скринінгове обстеження 350 учасників бойових дій з розладами поведінки. Використовували наступні методи дослідження: напівструктуроване інтерв'ю, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи: діагностичні критерії МКХ-10 для верифікації діагнозу гіперкінетичного розладу; шкала повідомлень про ГКР у дорослому віці (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1); шкала оцінки рівня якості життя; опитувальник стану здоров'я (PHQ).

Результати та їх обговорення

За умови інформованої згоди обстежено 350 учасників бойових дій з розладами поведінки, які звернулися за допомогою з приводу психічних розладів. Усі 100 % обстежених були чоловічої статі. 155 (44,3 %) учасників бойових дій мали симптоми гіперкінетичного розладу. В усіх включених у дослідження пацієнтів з ГКР виявлено не менше 5 симптомів, що відповідали критеріям вказаного розладу. Зокрема, 100 % обстежуваних із групи ГКР повідомили про труднощі при завершенні розпочатої роботи, при виконанні завдань, що потребують зосередження уваги та організованості, про наявність проблем із запам'ятовуванням, неуважність, відчуття підвищеної активності. Вказані симптоми відмічали в період понад 6 місяців. Крім того, 67 % (n=104) із них вказували на наявність відчуття неспокою, 78 % (n=121) –

на труднощі в зосередженні уваги під час бесіди, 62,6 % (n=97) – в очікуванні своєї черги, 53 % (n=82) не могли дослухати співрозмовника до кінця, 35 % (n=54) було складно всидіти на місці.

Встановлено, що середній вік осіб, які пройшли скринінгове обстеження, складав 29,18 року, в групі осіб з ГКР – 30,30 року. За рівнем освіти серед контингенту обстежуваних превалювала група осіб із середньою спеціальною освітою – 206 (58,86 %) чоловік. 105 (30 %) осіб мали середню освіту, 39 (11,14 %) – вищу. В групі осіб з ГКР більшість учасників мали середню освіту – 83 (23,7 %), 55 (15,7 %) – середню спеціальну, 17 (4,86 %) – вищу. Серед респондентів військову освіту мали 38 (10,86 %) учасників, із них 16 чоловіків належали до групи ГКР. Крім того, було виявлено, що особи з ГКР частіше потрапляли на військову службу в якості добровольців: із 190 добровольців із загальної вибірки 102 особи відповідали критеріям ГКР, що становить 53,68 % від загальної кількості всіх добровольців, що пройшли скринінг, і 29,14 % від всіх включених у дослідження осіб. Рівень поширеності ГКР у військовослужбовців з порушеннями дисципліни був вищий: про порушення дисципліни повідомили 197 (56,3 %) обстежених, із них 136 були із групи ГКР, що становить 69 % від усіх порушників. Під час проходження служби в АТО травматичні події частіше мали місце у чоловіків, в яких виконувались критерії діагнозу ГКР. Всього 187 осіб повідомили про травматичні випадки під час служби, із них 123 випадки були у осіб групи із симптомами ГКР. Серед вказаної когорти осіб було більше тих, хто мав шкідливі звички та вчиняв антисоціальні дії в минулому. Так, 36 осіб (10,3 %) у той чи інший період життя здійснювали антисоціальні дії. Переважно це було дрібне хуліганство, тому більшості вдалось уникнути серйозного покарання. Із них у 31 було діагностовано ГКР, що становить 86 % від всіх правопорушників та 8,86 % від загальної когорти обстежених. Шкідливі звички на момент обстеження мали 322 (92 %) особи. Крім куріння, 21 (6 %) особа зловживала алкоголем, 16 із них були із групи осіб з ГКР.

Описані прояви у даної категорії осіб можуть бути обумовлені підвищеним рівнем імпульсивності, відчуттям підвищеної активності та іншими симптомами ГКР.

Висновки

Своєчасна діагностика ГКР у військовослужбовців може зменшити негативний вплив проявів вказаного розладу на якість життя та виконання професійних обов'язків. Необхідно зосередити зусилля фахівців охорони психічного здоров'я на виявленні ГКР із використанням скринінгових методик.

Список використаної літератури

1. Fields S. A. Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges / S. A. Fields, W. M. Johnson, M. B. Hassig // The Journal of family practice. – 2017. – Vol. 66, no. 2. – P. 68–74.
2. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. – Geneva: WHO, 1992. – 136 p.
3. Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder / D. Kolar, A. Keller, M. Golfopoulos [et al.] // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2008. – Vol. 4. – P. 389–403.
4. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families / J. J. McGough, S. L. Smalley, J. T. McCracken [et al.] // Am J Psychiatry. – 2005. – Vol. 162, issue 9. – P. 1621–1627. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.9.1621. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.9.1621.
5. Faraone S. V. Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood? / S. V. Faraone, J. Biederman // JAMA Psychiatry. – 2016. – Vol. 73. – P. 655–656. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0400.

6. Gualtieri C. T. ADHD: Is objective diagnosis possible? / C. T. Gualtieri, L. G. Johnson // *Psychiatry*. – 2005. – Vol. 2. – P. 44–53.
7. Perrin A. E. Addressing the unique issues of student athletes with ADHD / A. E. Perrin, V. M. Jotwani // *J FamPract*. – 2014. – Vol. 3. – P. E1–E9.
8. Sex differences in claimed and behavioral self-handicapping and ADHD symptomatology in emerging adults / M. Jaconis, S. J. Boyd, C. M. Hartung [et al.] // *Atten Defic Hyperact Disord*. – 2016. – Vol. 8, issue 4. – P. 205–214. DOI: 10.1007/s12402-016-0200-y.
9. Understanding women with AD/HD // K. G. Nadeau & P. O. Quinn (Eds.). – Silver Spring, MD : Advantage Books, 2002. – 465 p.
10. Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults / D. A. Fedele, E. K. Lefler, C. M. Hartung [et al.] // *Atten Disord*. – 2012. – Vol. 16. – P. 109–117. DOI: 10.1177/1087054710374596.
11. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients / G. van de Glind, W. van den Brink, M. W. Koeter [et al.] // *Drug Alcohol Depend*. – 2013. – Vol. 132, issue 3. – P. 587–596. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.010.
12. Gender effects on ADHD in adults, revisited / J. Biederman, S. V. Faraone, M. C. Monuteaux [et al.] // *Biol Psychiatry*. – 2004. – Vol. 55. – P. 692–700. DOI: 10.1016/j.biopsych.2003.12.003.
13. ADHD Institute. Epidemiology. Режим доступу: <http://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology> (дата звернення: 05.09.2017).
14. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis / G. Polanczyk, M. S. de Lima, B. L. Horta [et al.] // *Am J Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164, issue 6. – P. 942–948. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.6.942.
15. Willcutt E. G. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review / E. G. Willcutt // *Neurotherapeutics*. – 2012. – Vol. 9. – P. 490–499. DOI: 10.1007/s13311-012-0135-8.
16. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder / J. Fayyad, R. De Graaf, R. Kessler [et al.] // *Br J Psychiatry*. – 2007. – Vol. 190. – P. 402–409. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.034389.
17. Novik T. S. Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe–ADOR / T. S. Novik, A. Hervas, S. J. Ralston // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. – 2006. – Vol. 15, suppl. 1. – P. 1/15–1/24. DOI: 10.1007/s00787-006-1003-z.
18. Steinhausen H.C. ADOR Study Group. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADOR cohort / H. C. Steinhausen, T. S. Novik // *Eur Child Adolesc Psychiatry*. – 2006. – Vol. 15. – P. 1/25–1/29. DOI: 10.1007/s00787-006-1004-y.
19. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys / J. Fayyad, N. A. Sampson, I. Hwang [et al.] // *WHO World Mental Health Survey Collaborators. Atten Defic Hyperact Disord*. – 2017. – Vol. 9, suppl. 1. – P. 47–65. DOI: 10.1007/s12402-016-0208-3.
20. Systematic review of the epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder in Arab countries / N. J. Alhraiwi, A. Ali, M. S. Househ [et al.] // *Neurosciences (Riyadh)*. – 2015. – Vol. 20, issue 2. – P. 137–144. DOI: 10.17712/nsj.2015.2.20140678.
21. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis / R. Thomas, S. Sanders, J. Doust [et al.] // *Pediatrics*. – 2015. – Vol. 135, issue 4. – P. e994–e1001. DOI: 10.1542/peds.2014-3482.
22. Attention deficit hyperactivity disorder in Australian adults: prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage / J. L. Ebejer, S. E. Medland, J. van der Werf [et al.] // *PLoS One*. – 2012. – Vol. 7, issue 10. – P. e47404. DOI: 10.1371/journal.pone.0047404.
23. The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample / M. de Zwaan, B. Gruss, A. Muller [et al.] // *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci*. – 2012. – Vol. 262, issue 1. – P. 79–86. DOI: 10.1007/s00406-011-0211-9.
24. Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder / K. M. Harrington, M. W. Miller, E. J. Wolf [et al.] // *Compr Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53, issue 6. – P. 679–690. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.12.001.
25. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler, L. Adler, B. Barkley [et al.] // *Am J Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163, issue 4. – P. 716–723. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.4.716.
26. Adult ADHD Symptomatology in Active Duty Army Personnel: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers / B. C. Kok, D. E. Reed 2nd, R. E. Wickham, L. M. Brown // *J Atten Disord*. – 2016. – DOI: 10.1177/1087054716673451.
27. Functioning of Young Adults With ADHD in the Military / E. Fruchter, H. Marom-Harel, D. Fenchel [et al.] // *J Atten Disord*. – 2016. – DOI: 1087054716652478.
28. Prescription Stimulants and PTSD Among U.S. Military Service Members / N. F. Crum-Cianflone, M. A. Frasco, R. F. Armenta [et al.] // *J Trauma Stress*. – 2015. – Vol. 28, issue 6. – P. 585–589. DOI: 10.1002/jts.22052.
29. The Effects of Inattentiveness and Hyperactivity on Posttraumatic Stress Symptoms: Does a Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder Matter? / Z. Adams, T. Adams, K. Stauffacher, H. Mandel, Z. Wang // *J Atten Disord*. – 2015. – pii: 1087054715580846. DOI: 10.1177/1087054715580846.
30. ADHD, medication and the military service: a pediatrician's dilemma / L. S. Friedman, G. S. Blaschke, W. P. Klam, M. T. J. Stein // *Dev Behav Pediatr*. – 2010. – Vol. 31, suppl. 3. – P. S60–63. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181d831b5.
31. Accession standards for attention-deficit/hyperactivity disorder: a survival analysis of military recruits, 1995–2000 / M. R. Krauss, R. K. Russell, T. E. Powers, Y. Li // *Mil Med*. – 2006. – Vol. 171, suppl. 2. – P. 99–102.
32. Almond N. You're the flight surgeon. Attention deficit hyperactivity disorder / N. Almond, F. Harris, M. Almond // *Aviat Space Environ Med*. – 2005. – Vol. 76, suppl. 6. – P. 601–602.
33. Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among nondeployed soldiers in the US Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS) / R. C. Kessler, S. G. Heeringa, M. B. Stein [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – Vol. 71, issue 5. – P. 504–513. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.28.
34. Predeployment and in-theater diagnoses of American military personnel serving in Iraq / G. E. Larson, P. S. Hammer, T. L. Conway [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2011. – Vol. 62. – P. 15–21.
35. Attention deficit hyperactivity disorder subtypes and their relation to cognitive functioning, mood states, and combat stress symptomatology in deploying US soldiers / J. A. Hanson, M. D. Haub, J. J. Walker [et al.] // *Military Medicine*. – 2012. – Vol. 177, issue 6. – P. 655–662.
36. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population // R. C. Kessler, L. Adler, M. Ames [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35. – P. 245–256.

References

1. Fields, S. A., Johnson, W. M., & Hassig, M. B. (2017). Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges. *The journal of family practice*, vol. 66, no. 2, pp. 68–74.
2. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. (1992). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 136 p.
3. Kolar, D., Keller, A., Golfinopoulos, M., Cumyn, L., Syer, C., & Hechtman, L. (2008). Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*, vol. 4, pp. 389–403.
4. McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*, vol. 162, issue 9, pp. 1621–1627. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.9.1621.
5. Faraone, S. V., & Biederman, J. (2016). Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood? *JAMA Psychiatry*, vol. 73, pp. 655–656. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0400.
6. Gualtieri, C. T., & Johnson, L. G. (2005). ADHD: Is objective diagnosis possible? *Psychiatry*, vol. 2, pp. 44–53.
7. Perrin, A.E., & Jotwani, V. M. (2014). Addressing the unique issues of student athletes with ADHD. *J FamPract*, vol. 63, pp. E1–E9.
8. Jaconis, M., Boyd, S. J., Hartung, C. M., McCrea, S. M., Lefler, E. K., & Canu, W. H. (2016). Sex differences in claimed and behavioral self-handicapping and ADHD symptomatology in emerging adults. *Atten Defic Hyperact Disord*, vol. 8, issue 4, pp. 205–214. DOI: 10.1007/s12402-016-0200-y.
9. Nadeau, K. G. & Quinn, P. O. (Eds.). (2002). *Understanding women with ADHD*. Silver Spring, MD : Advantage Books, 465 p.
10. Fedele, D. A., Lefler, E. K., Hartung, C. M., & Canu, W. H. (2012). Sex differences in the manifestation of ADHD in emerging adults. *J Atten Disord*, vol. 16, pp. 109–117. DOI: 10.1177/1087054710374596.
11. van de Glind, G., van den Brink, W., Koeter, M. W., Carpentier, P. J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Kaye, S., ... Levin, F. R. (2013). Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug Alcohol Depend*, vol. 132, issue 3, pp. 587–596. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.010.
12. Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogan, E. (2004). Gender effects on ADHD in adults, revisited. *Biol Psychiatry*, vol. 55, pp. 692–700. DOI: 10.1016/j.biopsych.2003.12.003.
13. *ADHD Institute. Epidemiology*. Available at: <http://adhd-institute.com/burden-of-adhd/epidemiology> (accessed date 05.09.2017).
14. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*, vol. 164, issue 6, pp. 942–948. DOI:10.1176/ajp.2007.164.6.942.
15. Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, vol. 9, pp. 490–499. DOI: 10.1007/s13311-012-0135-8.
16. Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., & Alonso, J. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, vol. 190, pp. 402–409. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.034389.
17. Novik, T. S., Herva, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M. J., & ADOR Study Group. (2006). Influence of gender on attention-deficit/hyperactivity disorder in Europe–ADOR. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, vol. 15, suppl. 1, pp. 1/15–1/24. DOI: 10.1007/s00787-006-1003-z.
18. Steinhausen, H. C., & Novik, T. S. (2006). ADOR Study Group. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADOR cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatr*, vol. 15, pp. 1/25–1/29. DOI: 10.1007/s00787-006-1004-y.
19. Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... Kessler, R. C. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *WHO World Mental Health Survey Collaborators. Atten Defic Hyperact Disord*, vol. 9, issue 1, pp. 47–65. DOI: 10.1007/s12402-016-0208-3.
20. Alhraiwi, N. J., Ali, A., Househ, M. S., Al-Shehri, A. M., & El-Metwally, A. A. (2015). Systematic review of the epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder in Arab countries. *Neurosciences (Riyadh)*, vol. 20, issue 2, pp. 137–144. DOI: 10.17712/nsj.2015.2.20140678.

21. Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, vol. 135, issue 4, pp. e994–e1001. DOI:10.1542/peds.2014-3482.
22. Ebejer, J. L., Medland, S. E., van der Werf, J., Gondro, C., Henders, A. K., Lynskey, M., ... Duffy, D. L. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder in Australian adults: prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage. *PLoS One*, vol. 7, issue 10, pp. e47404. DOI: 10.1371/journal.pone.0047404.
23. de Zwaan, M., Gruss, B., Muller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., ... Philippsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 262, issue 1, pp. 79–86. DOI: 10.1007/s00406-011-0211-9.
24. Harrington, K. M., Miller, M. W., Wolf, E. J., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., & Ofrat, S. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*, vol. 53, issue 6, pp. 679–690. DOI: 10.1016/j.comppsy.2011.12.001.
25. Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, vol. 163, issue 4, pp. 716–723. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.4.716.
26. Kok, B. C., Reed 2nd, D. E., Wickham, R. E., & Brown, L. M. (2016). Adult ADHD Symptomatology in Active Duty Army Personnel: Results From the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers. *J Atten Disord.*, pii: 1087054716673451. DOI: 10.1177/1087054716673451.
27. Fruchter, E., Marom-Harel, H., Fenchel, D., Kapara, O., Ginat, K., Portuguese, S., & Weiser, M. (2016). Functioning of Young Adults With ADHD in the Military. *J Atten Disord.* pii: 1087054716652478. DOI: 10.1177/1087054716652478.
28. Crum-Cianflone, N. F., Frasco, M. A., Armenta, R. F., Phillips, C. J., Horton, J., Ryan, M. A., ... LeardMann, C. (2005). Prescription Stimulants and PTSD Among U.S. Military Service Members. *J Trauma Stress*, vol. 28, issue 6, pp. 585–589. DOI: 10.1002/jts.22052.
29. 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? *J Atten Disord.*, pii: 1087054715580846. DOI: 10.1177/1087054715580846.
30. Friedman, L. S., Blaschke, G. S., Klam, W. P., & Stein, M. T. (2010). ADHD, medication and the military service: a pediatrician's dilemma. *Dev Behav Pediatr*, vol. 31, suppl. 3, pp. S60–S63. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3181d831b5.
31. Krauss, M. R., Russell, R. K., Powers, T. E., & Li, Y. (2006). Accession standards for attention-deficit/hyperactivity disorder: a survival analysis of military recruits, 1995–2000. *Mil Med*, vol. 171, issue 2, pp. 99–102.
32. Almond, N., Harris, F., & Almond, M. (2005). You're the flight surgeon. Attention deficit hyperactivity disorder. *Aviat Space Environ Med*, vol. 76, issue 6, pp. 601–602.
33. Kessler, R. C., Heeringa, S. G., Stein, M. B., Colpe, L. J., Fullerton, C. S., Hwang, I., ... Ursano, R. J. (2014). Thirty-day prevalence of DSM-IV mental disorders among nondeployed soldiers in the US Army: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*, vol. 71, issue 5, pp. 504–513. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.28.
34. Larson, G. E., Hammer, P. S., Conway, T. L., Schmied, E. A., Galarneau, M. R., Konoske, P., ... Johnson, D. C. (2011). Predeployment and in-theater diagnoses of American military personnel serving in Iraq. *Psychiatric Services*, vol. 62, pp. 15–21.
35. Hanson, J. A., Haub, M. D., Walker, J. J., Johnston, D. T., Goff, B. S., & Dretsch, M. N. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder subtypes and their relation to cognitive functioning, mood states, and combat stress symptomatology in deploying US soldiers. *Military Medicine*, vol. 177, issue 6, pp. 655–662.
36. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, vol. 35, pp. 245–256.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Т. Ю. Ильницька, И. Я. Пинчук

Актуальность. Диагностика гиперкинетического расстройства (ГКР) у взрослых является проблематичной, оно обычно остается без внимания врачей. В результате научных исследований получены убедительные данные, подтверждающие высокую распространенность ГКР среди военнослужащих и недостаточность мер по диагностике указанных расстройств. Последствиями недостаточного внимания к данной проблеме могут стать не только ухудшение качества жизни лиц с симптомами ГКР, но и влияние на выполнение ими своих военных обязанностей, что может привести к значительным негативным последствиям.

Цель исследования – повысить уровень диагностики ГКР у участников боевых действий.

Материалы и методы. Было проведено скрининговое обследование 350 участников боевых действий с расстройствами поведения с использованием следующих методов исследования: полуструктурированное интервью, клинико-анамнестический метод, клинико-психопатологический метод; диагностические критерии МКБ-10 для верификации диагноза ГКР; шкала сообщений о ГКР во взрослом возрасте (Adult ADHD Self-Report Scale – ASRS-v1.1) шкала оценки уровня качества жизни; опросник состояния здоровья (PHQ).

Результаты. На условиях информированного согласия были обследованы 350 участников боевых действий с расстройствами поведения, обратившихся за помощью по поводу психических расстройств. Все 100 % исследуемых были мужского пола. Установлено, что лица с ГКР чаще попадали на военную службу в качестве добровольцев. Уровень распространенности ГКР среди военнослужащих с нарушениями дисциплины был выше. Во время прохождения службы в АТО травматические события чаще имели место у мужчин, у которых выполнялись критерии диагноза ГКР. Среди указанной когорты было больше лиц, имеющих вредные привычки и совершавших антисоциальные действия в прошлом. Указанные проявления могут быть обусловлены повышенным уровнем импульсивности, ощущением повышенной активности и другими симптомами ГКР.

Выводы. Своевременная диагностика ГКР у военнослужащих может уменьшить негативное влияние проявлений указанного расстройства на качество жизни и выполнение профессиональных обязанностей. Необходимо сосредоточить усилия специалистов охраны психического здоровья на выявлении ГКР с использованием скрининговых методов.

Ключевые слова: гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения, гиперкинетическое расстройство, расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, военнослужащие.

PREVALENCE OF HYPERKINETIC DISORDER IN PARTICIPANTS OF COMBAT OPERATIONS

T. Yu. Ilnytska, I. Ya. Pinchuk

Background. Diagnosis of hyperkinetic disorder (HKD) in adults is a problem, since this disorder remains out of the attention of doctors. According to the results of scientific research, there are convincing data confirming the high prevalence of HKD among military personnel and the inadequacy of appropriate measures to diagnose these disorders. The consequences of insufficient attention to this problem can be not only a deterioration in the quality of life of people with symptoms of HKD, but also the impact on their performance of their military duties, which can have significant negative consequences.

Objective: to increase the level of diagnosis of HKD among combatants.

Materials and methods. A screening survey of 350 combatants with behavioral disorders was conducted using the following research methods: semi-structured interview, clinical-anamnestic method, clinical-psychopathological method; ICD-10 diagnostic criteria for verifying the diagnosis of SSR; the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) scale for assessing the quality of life; health condition questionnaire (PHQ).

Results. With the informed consent of the survey, 350 combatants with behavioral disorders seeking help for mental disorders. All 100% of the subjects were male. It was found that people with HKD were more likely to enter military service as volunteers. The prevalence of HKD among servicemen in violation of discipline was higher. During participating in an anti-terrorist operation, traumatic events were more common in men in whom the criteria for the diagnosis of HKD were met. Among this cohort there were more people who had bad habits and committed antisocial actions in the past. These manifestations may be due to an increased level of impulsivity, a feeling of increased activity, and other symptoms of HKD.

Conclusions. Timely diagnosis of HKD among servicemen can reduce the negative impact of the manifestations of this disorder on the quality of life and the performance of professional duties. It is necessary to focus the efforts of mental health specialists on the detection of HKD using screening techniques.

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

Стаття надійшла до редакції 08.10.2017 р.

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

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

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

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

ILNYTSKA Tetiana Yuriivna, 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

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

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.14:618.19-006.6-089.87

І. І. Анікіна

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів
anikinainna@ukr.net

Актуальність. Вплив на людину онкологічного захворювання включає широкий спектр психологічних та психопатологічних реакцій. Депресію діагностують у 38 % пацієнтів онкологічного профілю, лише 50 % пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25 % випадків, у 60 % випадків спостерігаються повторні депресивні епізоди.

Мета дослідження – вивчити поширеність, клінічні особливості та динаміку перебігу депресивних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози, після мастектомії.

Матеріали та методи. Для скринінгу депресії, згідно з настановами уніфікованого клінічного протоколу «Депресія» від 25 грудня 2014 року № 1003, у пацієнтів групи ризику використано Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). Оглянуто 200 пацієток Львівського обласного онкологічного диспансеру, хворих на рак молочної залози, після мастектомії. З них 88 дали позитивну відповідь на одне запитання, 42 – на обидва запитання. Згодом пацієнтки цієї групи (разом 130 жінок) тричі (вперше – у «нульовий» день знайомства «лікар–пацієнт», вдруге і втретє – через місяць та через 12 місяців відповідно) пройшли обстеження за допомогою PHQ-9 та PHQ-15. Антидепресивне лікування призначали пацієнткам згідно з Протоколом № 1003 у «нульовий» день залежно від психічного стану, ревізували під час другого (через 1 місяць) та третього (через рік) оглядів.

Результати. У пацієток з РМЗ, які проходили скринінгове обстеження після мастектомії, що дали ствердну відповідь на запитання PHQ-2, при дослідженні інструментами PHQ-9 та PHQ-15 виявлено ознаки депресивного розладу. Спектр депресивних проявів включав в себе рівномірно як «ментальні» депресивні конструкти, так і тілесні феномени середньої тяжкості виявів, причому соматичний компонент за результатом дослідження був тяжчим.

Висновки. Виявлено три вагомі кластери ментальних конструктів, які впливали на формування депресивних симптомів: перший стосувався «свого образу в очах партнера» та асоціювався з пригніченим настроєм; другий – «фатальності хвороби», описувався переживанням больового синдрому та задишки (як еквівалент і тривоги); третій – «почуття власної цінності та гідності», який, на думку досліджуваних жінок, сприяв втраті насолоди від життя та постійній втомі.

Ключові слова:

рак, молочна залоза,
депресія, ментальний
конструкт.

Актуальність. Вплив на людину онкологічного захворювання, окрім патогенного соматичного статусу, включає й широкий спектр психологічних та психопатологічних реакцій [1]. З одного боку, діагноз перетворює один лише факт повідомлення про захворювання на тяжку психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенного характеру (психогенії) [2]. З іншого боку, онкологічну патологію можна розглядати як один

з найтяжчих у соматичному плані чинників, що суттєво впливає на психічну діяльність та формує соматогенні психічні розлади [3]. В онкологічних хворих на всіх етапах лікування спостерігають певні психогенні реакції, які відрізняються за своїми клінічними проявами та вираженістю. Депресивні розлади маніфестують, здебільшого, на етапі діагностики злоякісного новоутвору. Розвиток депресії відбувається за механізмом гострої тривожно-

депресивної реакції на стрес. У клінічній картині на перший план виходять тривога, ажитація, плаксивість, відчуття безвиході і безпорадності [4]. Подібні прояви свідчать про тяжкість афективних розладів і небезпеку суїциду (Alcalar N., 2012). Згодом афективні розлади супроводжуються проявами соматизації з формуванням спільних з основною соматичною патологією симптомів та хронобіологією стану, що прямує до ендогенного: до клінічної структури тривожно-депресивної реакції додаються інсомнічні розлади; в симптомокомплексі депресії домінують песимістичні думки щодо несприятливого наслідку захворювання, невідворотності смерті, перспектив лікування [5]. Депресію діагностують у 38 % пацієнтів онкологічного профілю. Загалом лише 50 % пацієнтів отримують спеціальне лікування залежно від тяжкості захворювання та статі, при цьому воно адекватне лише у 25 % випадків (Namalainen et al., 2004; Kessler et al., 2003). Важливо враховувати, що у 60 % випадків, переважно при недостатній або неадекватній терапії, у пацієнтів, виникають повторні депресивні епізоди [6]. Все вищепераховане окреслює актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження – вивчити поширеність, клінічні особливості та динаміку перебігу депресивних розладів у жінок, хворих на рак молочної залози, після мастектомії.

Матеріали та методи дослідження

Для скринінгу депресії, згідно з настановами уніфікованого клінічного протоколу «Депресія» від 25 грудня 2014 року № 1003, у пацієнтів групи ризику використано Опитувальник здоров'я пацієнта PHQ-2 (Patient Health Questionnaire) з двох запитань: 1. Чи відчуваєте Ви пригнічений настрій впродовж останніх 14 днів? 2. Чи відчуваєте Ви втрату задоволення від життя впродовж останніх 14 днів? При позитивній відповіді хоча б на одне з запитань PHQ-2 проводили подальше опитування з використанням опитувальника PHQ-9. У разі підтверджуючої суми балів уточнювали особливості перебігу депресії та її соматичного компонента з використанням опитувальника PHQ-15. Варто зазначити, що клінічний діагноз встановлювали сукупно на підставі критеріїв МКХ-10 та результатів використаних опитувальників.

З використанням діагностичного інструменту PHQ-2 було проведено скринінговий огляд 200 пацієнток Львівського обласного онкологічного диспансеру, хворих на рак молочної залози, після мастектомії. З них 88 дали позитивну відповідь на одне запитання, 42 – на обидва запитання. Згодом пацієнтки цієї групи (разом 130 жінок) тричі (вперше – у «нульовий» день знайомства «лікар–пацієнт», вдруге і в третє – через місяць та через 12 місяців, відповідно) були обстежені за допомогою PHQ-9 – Анкети (опитувальника) пацієнта про стан здоров'я – шкали самооцінки депресії з дев'яти пунктів для моніторингу стану (пацієнткам ставили запитання «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви?», з варіантами відповіді «Не турбували взагалі» – «0», «Протягом декількох днів» – «1», «Половину та більше цього часу» – «2», «Майже кожного дня» – «3») та PHQ-15 (пацієнткам ставили запитання «Наскільки сильно Вас турбували нижчепераховані проблеми впродовж останніх 4 тижнів?», з варіантами відповіді «Не турбували взагалі» – «0», «Трохи турбували» – «1», «Сильно турбували» – «2») – для уточнення фізичних симптомів

депресії. Оцінка вираженості депресії була наступною: «0–4» – «Депресія відсутня», «5–9» – «Легка («субклінічна») депресія», «10–14» – «Помірної тяжкості депресія», «15–19» – «Середньої тяжкості депресія», «20–27» – «Тяжка депресія». Лікування антидепресантами призначали пацієнткам згідно з актуальним вищезгаданим Протоколом № 1003 у «нульовий» день залежно від психічного стану, ревізували під час другого (через 1 місяць) та третього (через рік) оглядів [7]. Завдяки досягнутому доброму адгеренсу пацієнток, що вибули з дослідження, не було.

Отримані дані обробляли за допомогою ліцензійного пакета програм Statistica for Windows 5.0 (StatSoft, USA). Для оцінки відмінностей між групами за якісними бінарними характеристиками застосовано точний критерій Фішера, для рангових (більше двох рангів) – критерій Манна–Уїтні. Вік і ліжко-дні у групах мали нормальний розподіл (перевірка з допомогою критерію Шапіро–Уїлка), їх подавали як $M \pm s$ і порівнювали з допомогою непарного t-критерію.

Результати та обговорення

Обстежені жінки були у віці від 18 до 65 років, середній вік склав $57,47 \pm 0,58$ років, при середній тривалості хвороби $7 \pm 0,36$ років. Середній вік на час виявлення РМЗ становив $52,22 \pm 0,46$ роки. Результати обстеження пацієнток з РМЗ після мастектомії за PHQ-9 та PHQ-15 наводимо у таблицях 1 та 2.

У всіх обстежених пацієнток діагностичним інструментом PHQ-9 підтверджено наявність депресивної симптоматики. Серед найвагоміших скарг у жінок з РМЗ після мастектомії були скарги на ангедонію, сповільненість когнітивної діяльності, занепад сил, погані (негативні) думки про себе, і лише на п'ятому місці по вагомості була скарга на знижений настрій. Скарги, що окреслюють суїцидальні думки та наміри, виявились низькоамплітудними та зайняли останні позиції серед інших.

Завдяки діагностичному інструменту PHQ-15 з'ясовано соматичний компонент депресивних скарг, який виявився неочікувано вагомим та декларувався пацієнтками у вигляді переважних больових відчуттів у спині та грудях, руках, ногах та голові.

Загальний бал PHQ-9 у «нульовий» день відповідав депресії середньої тяжкості, через місяць, на фоні лікування – мав тенденцію зниження до рівня легкої тяжкості, через рік – зростання знову до середнього, який, проте, не сягав рівня «нульового» дня.

Загальний бал PHQ-15 виявився вищим у всіх трьох діагностичних зрізах та відповідав у «нульовий» день і через рік середньо наближеному до важкого ступеня, через місяць – середньому, наближеному до легкого. Виняткову позицію займала скарга на «Біль/проблеми під час статевого акту», яка залишалася високо значною та незмінною при огляді через місяць та навіть дещо збільшувала свою вагу при огляді через рік.

Додаткове розпитування пацієнток дозволило з'ясувати природу отриманих результатів. Досліджувані жінки виділили три вагомні кластери ментальних конструктів, які, на їхню думку, впливали на формування саме таких симптомів. Перший стосувався «свого образу в очах партнера»; другий – «фатальності хвороби»; третій – «почуття власної цінності та гідності» (табл. 3).

Таблиця 1. Результати обстеження пацієнок з використанням PHQ-9

Скарги-симптоми згідно з опитувальником PHQ-9 (n=130)	Середній бал вираженості скарги $\pm m$		
	«0» день	1 міс.	12 міс.
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	2,12 $\pm$ 0,12	0,41 $\pm$ 0,10	1,67 $\pm$ 0,14
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	1,70 $\pm$ 0,20	1,15 $\pm$ 0,14	1,83 $\pm$ 0,18
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	1,11 $\pm$ 0,12	1,04 $\pm$ 0,11	1,22 $\pm$ 0,13
Почуття втоми або знесилання (занепад сил)	2,01 $\pm$ 0,24	0,73 $\pm$ 0,20	1,74 $\pm$ 0,12
Поганий апетит чи навпаки – переїдання	1,41 $\pm$ 0,22	1,12 $\pm$ 0,16	1,22 $\pm$ 0,18
Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	1,64 $\pm$ 0,14	1,32 $\pm$ 0,32	1,11 $\pm$ 0,24
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	2,04 $\pm$ 0,24	1,44 $\pm$ 0,22	1,65 $\pm$ 0,16
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли це помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі чи збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	2,20 $\pm$ 0,32	1,10 $\pm$ 0,20	1,97 $\pm$ 0,14
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	1,22 $\pm$ 0,26	0,76 $\pm$ 0,22	1,12 $\pm$ 0,12
Загальний бал	15,45 $\pm$ 0,20	9,07 $\pm$ 0,17	13,53 $\pm$ 0,14

Таблиця 2. Результати обстеження пацієнок з використанням PHQ-15

Скарги-симптоми згідно з опитувальником PHQ-15 (n=130)	Середній бал вираженості скарги $\pm m$		
	«0» день	1 міс.	12 міс.
Біль у шлунку	1,10 $\pm$ 0,18	0,85 $\pm$ 0,13	0,97 $\pm$ 0,14
Біль у спині	1,27 $\pm$ 0,22	0,57 $\pm$ 0,02	0,88 $\pm$ 0,11
Біль у руках, ногах, суглобах	1,73 $\pm$ 0,24	1,03 $\pm$ 0,12	1,44 $\pm$ 0,08
Менструальний біль / порушення менструального циклу	1,56 $\pm$ 0,20	1,25 $\pm$ 0,14	1,51 $\pm$ 0,12
Головний біль	1,77 $\pm$ 0,34	1,14 $\pm$ 0,11	1,55 $\pm$ 0,13
Біль у грудях	1,11 $\pm$ 0,26	0,36 $\pm$ 0,02	0,91 $\pm$ 0,02
Головокружіння	0,99 $\pm$ 0,23	0,34 $\pm$ 0,02	1,10 $\pm$ 0,20
Втрата свідомості	0,45 $\pm$ 0,02	0,22 $\pm$ 0,01	0,40 $\pm$ 0,03
Посилене / пришвидшене серцебиття	1,67 $\pm$ 0,30	0,69 $\pm$ 0,24	1,51 $\pm$ 0,20
Задишка	1,44 $\pm$ 0,12	0,72 $\pm$ 0,14	1,32 $\pm$ 0,16
Біль / проблеми під час статевого акту	1,88 $\pm$ 0,18	1,82 $\pm$ 0,22	2,02 $\pm$ 0,18
Запори / схильність до проносу, діарея	1,54 $\pm$ 0,16	0,93 $\pm$ 0,15	1,44 $\pm$ 0,20
Нудота, «гази» / розлад шлунка	1,11 $\pm$ 0,24	0,47 $\pm$ 0,02	0,96 $\pm$ 0,10
Відчуття втоми / слабкості	1,55 $\pm$ 0,12	1,07 $\pm$ 0,16	1,30 $\pm$ 0,12
Порушення сну	1,67 $\pm$ 0,16	1,15 $\pm$ 0,30	1,33 $\pm$ 0,10
Загальний бал	20,84 $\pm$ 0,19	12,10 $\pm$ 0,12	17,77 $\pm$ 0,12

Таблиця 3. Ментальні конструкти та їх депресивні еквіваленти

Ментальний конструкт	Депресивний еквівалент
«Я неприваблива для свого партнера / я соромлюсь свого тіла / мені соромно бути на людях»	Поганий настрій, пригніченість, відчуття безпорадності, біль / проблеми під час статевого акту
«Рак виїв мою плоть»	Біль (у спині, грудях, руках, ногах)
«У мене буде рецидив»	Відчуття слабкості, задишка
«Я неодмінно помру»	Задишка, нудота / проноси / запори, головокружіння / пригніченість
«Я інвалід / є меншовартісною»	Ангедонія, пригніченість, почуття втоми, головний біль

Переживання «насиченості контакту з партнером та спотвореності образу власного «Я» асоціювалося у жінок переважно з виникненням симптому пригніченого настрою та стабільних страхів перед статевим контактом. Факт захворювання на рак описувався жінками переважно у вигляді відчуттів соматизованих больових феноменів та задишки, що, ймовірно, у їх випадку є еквівалентом підвищеної тривожності. Меншовартісність (як соціальний

феномен) проявлялася в свідомості хворих на РМЗ жінок після мастектомії втратою зацікавлення до життя (ангедонією) та постійним почуттям втоми, тобто переважанням зниженого вітального енергетичного потенціалу.

Висновки

Під час скринінгу 200 жінок, хворих на РМЗ, після мастектомії, у 130 з них виявлено ознаки депресивного розладу.

Спектр депресивних проявів включав в себе рівномірний як «ментальні» депресивні конструкти, так і тілесні феномени середньої тяжкості, причому соматичний компонент за результатами дослідження був більш вираженим.

Додаткове опитування дозволило виділити три вагомні кластери ментальних конструктів, які впливали на формування депресивних симптомів: перший стосувався «свого образу в очах партнера» та асоціювався з пригніченим настроєм; другий – «фатальності хвороби», описувався переживанням болювого синдрому та задишки (як еквівалент тривоги); третій – «почуття власної цінності та гідності», який, на думку досліджуваних жінок, сприяв втраті насолоди від життя та постійній втомі.

Список використаної літератури

1. Massie M. J. Prevalence of depression in patients with cancer / M. J. Massie // *J. Natl. Cancer Inst Monogr.* – 2004. – Issue 32. – P. 57–71. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
2. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer / P. N. Butow, J. E. Hiller, M. A. Price [et al.] // *J. Psychosom Res.* – 2000. – Vol. 49, issue 3. – P. 169–181.
3. Pirl W. F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients / W. F. Pirl // *J. Natl. Cancer Inst Monogr.* – 2004. – Issue 32. – P. 32–39. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh026.
4. Montgomery M. Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science / M. Montgomery // *Oncol Nurs Forum.* – 2010. – Vol. 37, issue 1. – P. 77–83. DOI: 10.1188/10.ONF.77-83.

5. The emotional journey of women experiencing a breast abnormality / A. J. Blow, P. Swiecicki, P. Haan [et al.] // *Qual Health Res.* – 2011. – Vol. 21, issue 10. – P. 1316–1334. DOI: 10.1177/1049732311405798.
6. Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients / F. Cousson-Gelie, M. Bruchon-Schweitzer, T. Atzeni, N. Houede // *Psychol. Rep.* – 2011. – Vol. 108, issue 3. – P. 923–942. DOI: 10.2466/02.07.15.20.PR0.108.3.923-942.

References

1. Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, issue 32, pp. 57–71. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
2. Butow, P. N., Hiller, J. E., Price, M. A., Thackway, S. V., Krickler, A., & Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *J. Psychosom Res*, vol. 49, issue 3, pp. 169–181.
3. Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J. Natl Cancer Inst Monogr*, issue 32, pp. 32–39. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh026.
4. Montgomery, M. (2010). Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of the science. *Oncol Nurs Forum.*, vol. 37, issue 1, pp. 77–83. DOI: 10.1188/10.ONF.77-83.
5. Blow, A. J., Swiecicki, P., Haan, P., Osuch, J. R., Symonds, L. L., Smith, S. S., ... Boivin, M. J. (2011). The emotional journey of women experiencing a breast abnormality. *Qual Health Res*, vol. 21, issue 10, pp. 1316–1334. DOI: 10.1177/1049732311405798.
6. Cousson-Gelie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Atzeni, T. & Houede, N. (2011). Evaluation of a psychosocial intervention on social support, perceived control, coping strategies, emotional distress, and quality of life of breast cancer patients. *Psychol Rep.*, vol. 108, issue 3, pp. 923–942. DOI: 10.2466/02.07.15.20.PR0.108.3.923-942.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

И. И. Аникина

Актуальность. Влияние онкологического заболевания на человека включает широкий спектр психологических и психопатологических реакций. Депрессию диагностируют у 38 % пациентов онкологического профиля, только 50 % пациентов получают специальное лечение в зависимости от тяжести заболевания и пола, при этом оно адекватное только в 25 % случаев, в 60 % случаев наблюдаются повторные депрессивные эпизоды.

Цель исследования – изучить распространенность, клинические особенности и динамику течения депрессивных расстройств у женщин, больных раком молочной железы, после мастэктомии.

Материалы и методы. Для скрининга депрессии, согласно установок унифицированного клинического протокола «Депрессия» от 25 декабря 2014 года № 1003, у пациенток группы риска использовано Опросник здоровья пациента PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). Осмотрено 200 пациенток Львовского областного онкологического диспансера, больных раком молочной железы, после мастэктомии. Из них 88 дали положительный ответ на один вопрос, 42 – на оба вопроса. В дальнейшем пациентки этой группы (вместе 130 женщин) трижды (впервые – в «нулевой» день знакомства «врач-пациент», второй раз – через 1 месяц и в третий раз – через 12 месяцев соответственно) были обследованы с помощью PHQ-9 и PHQ-15. Антидепрессивное лечение назначали пациенткам согласно Протоколу № 1003 в «нулевой» день в зависимости от психического состояния, ревизировали во время второго (1 месяц) и третьего (через год) осмотров.

Результаты. У пациенток с РМЖ, проходивших скрининговое обследование после мастэктомии, которые дали утвердительный ответ на вопросы PHQ-2, во время исследования инструментами PHQ-9 и PHQ-15 обнаружены признаки депрессивного расстройства. Спектр депрессивных проявлений включал в себя равномерно как «ментальные» депрессивные конструкты, так и телесные феномены средней тяжести проявлений, причем, соматический компонент по результатам исследования был тяжелее.

Выводы. Выявлены три веские кластера ментальных конструктов, которые влияли на формирование депрессивных симптомов: первый касался «своего образа в глазах партнера» и ассоциировался с подавленным настроением; второй – «фатальности болезни», описывался переживанием болевого синдрома и одышки (как эквивалент и тревоги), третий – «чувство собственной ценности и достоинства», который, по мнению исследуемых женщин, способствовал потере удовольствия от жизни и постоянной усталости.

Ключевые слова: рак, молочная железа, депрессия, ментальный конструкт.

DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY

I. I. Anikina

Background. Impact on a cancer patient includes a wide range of psychological and psychopathological responses. Depression is diagnosed in 38 % of cancer patients, only 50 % of patients receive special treatment depending on the severity of the disease and sex, and it is adequate only in 25 % of cases, in 60 % of cases there are repeated depressive episodes.

Objective. To investigate the prevalence, clinical features and dynamics of the course of depressive disorders in female patients for breast cancer after mastectomy.

Materials and methods. For the screening of depression, according to the guidelines of the Unified Clinical Protocol «Depression» dated December 25, 2014, No. 1003, the Patient Health Questionnaire (PHQ-2) was used in patients at risk. 200 female of the Lviv Regional Oncology Clinic with breast cancer after mastectomy were examined. Of these, 88 gave a positive answer to one question, 42 – on both questions. Subsequently, this group of patients (a total of 130 women) was three times (for the first time on the «zero» date the acquaintance «doctor-patient», second and third – in a month and 12 months respectively) was examined with the help of PHQ-9 and PHQ-15 Antidepressant treatment was prescribed to patients according to the Protocol No. 1003 on a «zero» day according to the mental condition, audited at the time of the second (1 month) and third (one year) review and did not go beyond the recommended treatment options.

Results. In the «screening» patients with breast cancer after mastectomy, which gave an affirmative answer to the PHQ-2 question, the signs of a depressive disorder were detected in PHQ-9 and PHQ-15 instruments. The spectrum of depressive manifestations included evenly as «mental» depressive constructs, as well as physical phenomena of moderate severity of manifestations, with the somatic component as a result of the study was more difficult.

Conclusions. Three important clusters of mental constructs were found which influenced to the formation of depressive symptoms: the first one concerned «their image in the eyes of the partner» and was associated with depressed mood; the second – the «fatalities of the disease», was described by the experience of pain syndrome and shortness of breath (as an equivalent and anxiety); the third – a «sense of self-worth and dignity», which, in the opinion of the women surveyed, contributed to loss of enjoyment and constant fatigue.

Keywords: cancer, mamma, depression, mental construct.

Стаття надійшла до редакції 18.09.2017 р.

АНИКИНА Інна Ігорівна, старший лаборант кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: anikinainna@ukr.net

АНИКИНА Інна Ігорівна, старший лаборант кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, г. Львов, Украина; e-mail: anikinainna@ukr.net

ANIKINA Inna Igorivna, Senior Laboratory Assistant of the Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: anikinainna@ukr.net

І. Г. Мудренко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ
У ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЇ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ СУЇЦИДУ

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми

mudrenko.irina@gmail.com

Актуальність. В Україні відбувається процес старіння нації та збільшується кількість людей похилого віку. Як результат, зростає кількість хворих на деменції. Найчастіше серед афективних порушень у дементних хворих зустрічаються тривога та депресія. Близько 2/3 хворих з коморбідною депресивною симптоматикою думають про самогубство, а 10–15 % вчиняють спроби суїциду.

Метою нашого дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивної симптоматики у хворих з високим ризиком суїциду при деменції.

Матеріали та методи. Обстежено 208 хворих, з них 105 з суїцидальними проявами, 103 – без ознак суїцидальної поведінки. Використовували клінічний та психодіагностичний методи (шкала Гамільтона).

Результати. Встановлено, що ризик суїциду при деменції високий у хворих з гальмівною та ажитованою депресією. Психопатологічними предикторами суїцидальної поведінки є висока вираженість депресивного настрою, наявність суїцидальних намірів, труднощі при засинанні та численні пробудження упродовж сну, сексуальні порушення. Сумарний бал за шкалою Гамільтона був достовірно вищим у хворих основної групи ($t=2,513$, $p\leq 0,01$), що дозволяє стверджувати, що депресивні порушення при деменціях є фактором, який сприяє підвищенню суїцидального ризику.

Висновки. Отримані дані можуть бути використані при розробці психо-профілактичних заходів.

Ключові слова:деменція, депресія,
суїцидальна поведінка,
предиктори суїциду.

Актуальність. Основною тенденцією демографічної ситуації в Україні є ріст смертності та зменшення народжуваності, що призводить до старіння нації. Відомо, що у віці понад 60 років близько третини населення мають ті чи інші відхилення у психічному здоров'ї. Провідне місце серед психічних захворювань похилого та старечого віку посідають депресія та деменція [2, 4–6, 12, 15]. Поліетіологічність такої тенденції зумовлена, з одного боку, органічною мозковою патологією (нейродегенеративні захворювання, мозкова інволюція, судинна патологія), з іншого – зміною соціального та матеріального статусу, залежністю від членів родини, самотністю, відчуттям безпорадності, непотрібності та незатребуваності. Поряд з когнітивним дефіцитом, більш ніж у 50 % пацієнтів з деменцією наявні психотичні (галюцинації та маячення), афективні (тривога, депресія, емоційна нестійкість) та поведінкові розлади (агресія, розгальмованість, ажитация, порушення харчової поведінки, суїцидальна поведінка). Наявність коморбідної депресивної симптоматики у пацієнтів з деменціями в рази знижує якість життя хворих та рівень соціального функціонування й підвищує ризик суїциду [1, 3, 10, 11, 14].

Результати власних спостережень дозволили сформулювати основні психогенні чинники високого ризику суїциду у даній категорії хворих: вік 78–88 років; наявність небезпечної для життя хвороби, втрата роботи, грошей чи статусу, зміни в житті чи в оточенні, втрата коханої людини, загроза судового провадження, а також їх раптовий початок та періодичність і повторюваність. Також на ризик суїциду впливають порушення у мікро-соціумі: відсутність емоційної підтримки з боку сім'ї та друзів; порушення зв'язків, що супроводжуються відмовою від спроб їх відновлення; відсутність джерел фінансової підтримки; почуття провини з одного боку, та ворожість – з іншого. Відомо, що суїцидальні наміри та спроби скоєння суїциду в минулому, депресивні епізоди у минулому є факторами ризику суїциду в майбутньому [5, 13].

Близько 2/3 хворих з коморбідною депресивною симптоматикою думають про самогубство, а 10–15 % вчиняють спроби суїциду [9, 16].

Проведений аналіз свідчить, що на підвищення суїцидального ризику впливають наявність та вираженість депресивної симптоматики, тому ми вважали за доцільне

проаналізувати клініко-психопатологічну структуру депресивної симптоматики у хворих на деменцію для визначення специфічних чинників, що впливають на підвищення суїцидального ризику, що й стало *метою* нашого дослідження.

Матеріали та методи дослідження

Використовували наступні методи дослідження: клінічна бесіда (збір скарг, анамнезу від хворого та його родичів), шкала Гамільтона для оцінки депресії, метод статистичної обробки даних.

Усього обстежено 208 хворих на деменцію, які отримували стаціонарне лікування в лікувально-профілактичних закладах м. Суми. Усі хворі були поділені на 2 групи за показником наявності чи відсутності суїцидальної поведінки в анамнезі та під час клініко-психопатологічного обстеження (оцінювали наявність антивітальних висловлювань, суїцидальних думок, намірів, спроб). До основної групи увійшли 105 хворих на деменцію з суїцидальною поведінкою, а до контрольної – 103 пацієнти без ознак суїцидальної поведінки. Діагностику розладів психіки та поведінки проводили відповідно до МКХ-10. Від хворих та їх піклувальників отримано згоду на проведення діагностики та лікування.

У дослідження включені пацієнти з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера, судинною деменцією, змішаною формою (судинна та внаслідок хвороби Альцгеймера). Хворих з іншими видами деменцій (посттравматичною, внаслідок хвороби Піка) не включали у дослідження з огляду на невелику численність випадків.

Результати та їх обговорення

Аналіз клініко-психопатологічної структури депресії у хворих на деменції дозволив встановити, що в основній групі переважали «гальмівна депресія» (41,77±13,90) %, яка проявлялась в уповільненні, труднощах перебігу психічних процесів і рухових реакцій, та «ажитована депресія» (35,92±15,35) %, яка проявлялась у переважанні тривоги, напруження та неспокою (рис. 1). Також спостерігали вираження соматизованої (33,62±14,80) % та фобічної (32,44±14,11) % форм депресивних порушень.

У контрольній групі хворих також переважав гальмівний тип депресивних порушень (35,58±10,64) %, а також була виражена соматизована форма депресивних порушень (31,02±11,91) %.

Були встановлені суттєві розбіжності, що полягали у більшій вираженості гальмівного та ажитованого типів депресивних порушень у хворих на деменцію з наявніс-

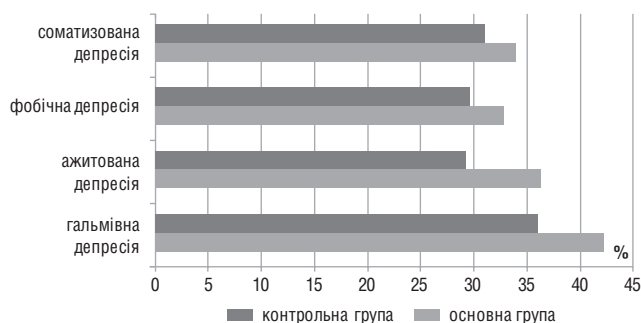


Рис.1. Особливості вираженості депресивних порушень у хворих на деменцію

тю суїцидального ризику (($t=2,820$, $p\leq 0,005$) та ($t=2,860$, $p\leq 0,005$) відповідно).

Для розуміння впливу депресивної симптоматики на суїцидальний ризик ми провели більш детальний аналіз проявів депресії у хворих з деменціями (табл. 1.) Як видно з даних, наведених у таблиці 1, у пацієнтів основної групи найбільше були виражені такі депресивні прояви як зниження активності та продуктивності у роботі та діяльності ($3,45\pm 0,94$ балів), суїцидальні наміри ($2,07\pm 1,47$ балів), загальмованість ($2,073\pm 1,12$ балів), депресивний настрій ($2,00\pm 1,12$ балів), збудженість ($1,79\pm 1,43$ балів), психічна ($1,62\pm 1,38$ балів) і соматична ($1,66\pm 1,10$ балів) тривога та почуття провини ($1,55\pm 1,28$ балів), підозріливість ($1,31\pm 1,52$ балів), порушення сну ($1,28\pm 0,74$ балів) та загальні соматичні симптоми ($1,48\pm 0,57$ балів), що набували іпохондричного забарвлення ($1,31\pm 1,38$ балів). Найменше в основній групі пацієнтів були виражені обсесивні та компульсивні симптоми ($0,28\pm 0,58$ балів) і симптоми деперсоналізації та дереалізації ($0,83\pm 1,18$ балів), не були характерними зниження апетиту ($0,90\pm 0,76$ балів), фактична втрата ваги ($0,41\pm 0,67$ балів) і добові коливання настрою ($0,86\pm 0,82$ балів).

В контрольній групі найбільш вираженими депресивними порушеннями були апатія та загальмованість (($3,31\pm 1,07$ балів) та ($2,36\pm 0,97$ балів) відповідно), соматична тривога ($1,78\pm 0,99$ балів), збудженість ($1,56\pm 1,38$ балів), депресивний настрій та почуття провини (($1,53\pm 1,21$ балів) та ($1,35\pm 1,48$ балів) відповідно), соматичні симптоми та іпохондризація ($1,31\pm 0,66$ балів) та ($1,27\pm 1,38$ балів) відповідно). Не були характерними суїцидальні наміри ($0,20\pm 0,40$ балів), фактична втрата ваги та апетиту (($0,44\pm 0,71$ балів) та ($0,71\pm 0,74$ балів) відповідно), обсесивно-компульсивні та генітальні симптоми (($0,33\pm 0,64$ балів) та ($0,56\pm 0,83$ балів) відповідно) та добові коливання настрою ($0,71\pm 0,76$ балів).

Були виявлені суттєві розбіжності між двома групами, які полягали в переважанні вираженості депресивного настрою ($t=2,370$, $p\leq 0,01$), суїцидальних намірів ($t=9,207$, $p\leq 0,0001$), труднощах при засинанні та багаторазових пробудженнях упродовж сну (($t=2,807$, $p\leq 0,01$) та ($t=2,659$, $p\leq 0,01$) відповідно), а також у втраті лібіді ($t=2,537$, $p\leq 0,01$). Слід зазначити, що сумарний бал за шкалою Гамільтона був вищим у хворих основної групи ($t=2,513$, $p\leq 0,01$), що дозволяє стверджувати, що депресивні порушення при деменціях є фактором, що сприяє підвищенню суїцидального ризику.

Висновки

Депресивні порушення при деменціях достовірно підвищують ризик суїциду.

У хворих з високим ризиком суїциду переважали тяжкий рівень депресії (за даними психометричних методик), вираженість депресивних порушень гальмівного та ажитованого типів, переважували такі симптоми депресії як пригнічений настрій, порушення сну, загальмованість, відчуття безпорадності й виснаженості, напруження й тривоги, почуття провини.

Втрата ваги, зниження апетиту та наявність обсесивно-компульсивних розладів, симптомів дереалізації, деперсоналізації не характерні для пацієнтів з високим ризиком суїциду.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці психопрофілактичних заходів при цій патології.

Таблиця 1. Особливості депресивної симптоматики у хворих на деменцію (за результатами шкали Гамільтона)

Показник	Основна група, $m \pm \sigma$	Контрольна група, $m \pm \sigma$	t-value	P
Депресивний настрій*	2,00±1,12	1,53±1,21	2,370	0,019
Почуття провини	1,55±1,28	1,35±1,48	0,879	0,381
Суїцидальні наміри*	2,07±1,47	0,20±0,40	9,207	0,000
Інсомнія рання*	1,28±0,79	0,89±0,81	2,807	0,006
Інсомнія середня*	1,28±0,74	0,93±0,79	2,659	0,009
Інсомнія пізня	0,97±0,77	0,95±0,80	0,149	0,882
Робота та діяльність	3,45±0,94	3,31±1,07	0,816	0,416
Загальмованість	2,07±1,12	2,36±0,97	-1,609	0,110
Збудженість	1,79±1,43	1,56±1,38	0,942	0,348
Психічна тривога	1,62±1,38	1,29±1,24	1,439	0,152
Соматична тривога	1,66±1,10	1,78±0,99	-0,694	0,489
Травні соматичні порушення	0,90±0,76	0,71±0,74	1,445	0,151
Загальні соматичні симптоми	1,48±0,57	1,31±0,66	1,663	0,099
Генітальні симптоми*	0,97±0,97	0,56±0,83	2,537	0,012
Іпохондричний розлад	1,31±1,38	1,27±1,38	0,159	0,874
Втрата ваги	0,69±0,80	0,71±0,85	-0,138	0,891
Втрата ваги фактична	0,41±0,67	0,44±0,71	-0,190	0,850
Критичність	0,93±0,87	1,18±0,90	-1,644	0,102
Добові коливання настрою	0,86±0,82	0,71±0,76	1,109	0,269
Добові коливання настрою (ступінь)	0,93±0,87	0,71±0,76	1,548	0,124
Деперсоналізація/дереалізація	0,83±1,18	0,98±1,24	-0,743	0,459
Параноїдні симптоми	1,31±1,52	1,25±1,54	0,212	0,832
Обсесивні та компульсивні симптоми	0,28±0,58	0,33±0,64	-0,492	0,623
Сумарний бал*	30,62±10,39	26,31±9,24	2,513	0,013

Примітка. Умовні позначення: * – різниця вірогідна, $p \leq 0,05$.

Список використаної літератури

- Бобров А. Е. Депрессия в старческом возрасте: вопросы диагностики и терапии / А. Е. Бобров // Клиническая геронтология. – 2008. – № 8. – С. 50–54.
- Дубенко А. Е. Депрессия и деменция: коморбидность, дифференциальная диагностика и тактика ведения пациентов / А. Е. Дубенко, В. И. Коростий // НейроNEWS. – 2014. – № 2/1. – С. 22–27.
- Бурчинский С. Г. Депрессии и когнитивные нарушения: проблема выбора антидепрессанта / С. Г. Бурчинский // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17, вип. 1 (58). – С. 37–40.
- Здорик І. Ф. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу / І. Ф. Здорик // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 83–86.
- Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресій та їх терапія у осіб похилого віку / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, вип. 1 (66). – С. 66–72.
- Марута Н. О. Особливості діагностики та терапії депресивних розладів у віковому аспекті / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 1 (70), додаток. – С. 51–52.
- Мудренко І. Г. Чинники суїцидальної поведінки у хворих з деменціями / І. Г. Мудренко // Медицинская психология. – 2017. – Т. 12, № 3. – С. 53–57.
- Пінчук І. Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи / І. Я. Пінчук. – Тернопіль, 2011. – 244 с.
- Клинические и социокультуральные характеристики больных с депрессивными расстройствами, совершивших покушение на самоубийство / Б. С. Положий, Е. А. Панченко, А. Д. Посвянская, В. С. Фритлинский // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 2 (15). – С. 42–47.
- Соловьев А. Г. Диагностика расстройств эмоциональной сферы у лиц пожилого возраста / А. Г. Соловьев, В. В. Попов, И. А. Новикова // Успехи геронтологии. – 2016. – Т. 29, № 1. – С. 141–153.
- Шавловская О. А. Медико-социальные аспекты пожилого возраста / О. А. Шавловская // Социология медицины. – 2013. – № 2 (23). – С. 25–28.
- Reward Signals, attempted suicide and impulsivity in late-life depression / A. Dombrovski, K. Szanto, K. Luke [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2013. – Vol. 70, issue 10. – P. 1020–1030. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.75.
- Maruta N. Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia / N. Maruta, I. Mudrenko // European Psychiatry. – 2017. – Vol. 41, supplement. – S. 399. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.463.
- Cognitive dysfunction in depression: neurocircuitry and new therapeutic strategies / J. W. Murrough, B. Iacoviello, A. Neumeister [et al.] // Neurobiol. Learn. Mem. – 2011. – Vol. 96, issue 4. – P. 553–563. DOI: 10.1016/j.nlm.2011.06.006.
- Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women / O. Potvin, C. Hudon, M. Dion [et al.] // Int. J. Geriatr. Psychiat. – 2011. – Vol. 26, issue 10. – P. 1080–1088. DOI: 10.1002/gps.2647.
- Amyloid- β , anxiety, and cognitive decline in preclinical Alzheimer disease a multicenter, prospective cohort study / R. H. Pietrzak, Y. Y. Lim, A. Neumeister [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2015. – Vol. 72, issue 3. – P. 284–291. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2476.

References

- Bobrov, A. E. (2008). Depressija v starcheskom vozraste: voprosy diagnostiki i terapii [Depression in old age: diagnosis and therapy]. *Klinicheskaja gerontologija – Clinical gerontology*, issue 8, pp. 50–54. (In Russian).
- Dubenko, A. E., & Korostij, V. I. (2014). Depressija i demencija: komorbidnost', differencijal'naja diagnostika i taktika vedenija pacientov [Depression and dementia: comorbidity, differential diagnosis and management of patients]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 2/1, pp. 22–27. (In Russian).
- Burchins'ky, S. G. (2009). Depressii i kognitivnye narushenija: problema vybora antidepressanta [Depression and cognitive disorders: problem of choice of antidepressant]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 17, issue 1 (58), pp. 37–40. (In Russian).
- Zdoryk, I. F. (2013). Kliniko-psykhopatolohichni osoblyvosti depresyvykh rozladiv u zhinok, yaki strazhdaiut na hipertoničnu khvorobu [Clinical and psychopathological characteristics of depressive disorders in women suffering from hypertension]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 21, issue 4 (77), pp. 83–86. (In Ukrainian).

5. Maruta, N. O., & Panko, T. V. (2011). Kliniko-psykhopatoholichni osoblyvosti depresii ta yikh terapiia u osib pokhyloho viku [Clinical-psycho-pathological peculiarities and their treatment in elderly patients]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 19, issue 1 (66), pp. 66–72. (In Ukrainian).
6. Maruta, N. O., & Panko, T. V. (2012). Osoblyvosti diahnozyky ta terapii depressivnykh rozladiv u vikovomu aspekti [Features of diagnostics and therapy of depressive disorders in the age aspect]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 1 (70), suppl., pp. 51–52. (In Ukrainian).
7. Mudrenko, I. G. (2017). Chynnnyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh z dementsiamy [The factors of suicidal behavior in patients with dementia]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 12, no. 3, pp. 53–57. (In Ukrainian).
8. Pinchuk, I. Ya. (2011). *Gerontopsihiatrichna dopomoga: suchasni pidhody* [Gerontopsychiatric care: modern approaches]. Ternopil, 244p. (In Ukrainian).
9. Polozhy, B. S., Panchenko, Ye. A., Posvyanskaya, A. D., & Fritlinsky, V. S. (2014). Klinicheskie i sociokul'tural'nye harakteristiki bol'nykh s depressivnymi rasstrojstvami, sovershivshih pokushenie na samoubijstvo [Clinical and socio-cultural characteristics of patients with depressive disorders who have committed suicide attempts]. *Suicidologija – Suicidology*, vol. 5, no. 2 (15), pp. 42–47. (In Russian).
10. Soloviev, A. G., Popov, V. V., & Novikova, I. A. (2016). Diagnostika rasstrojstv jemocional'noj sfery u lic pozhilogo vozrasta [Diagnosis of emotional sphere disorders in elderly]. *Uspehi gerontologii – Advances in gerontology*, vol. 29, no. 1, pp. 141–153. (In Russian).
11. Shavlovskaya, O. A. (2013). Mediko-social'nye aspekty pozhilogo vozrasta [The medical social aspects of elderly age]. *Sociologija medicyny – Sociology of medicine*, no. 2 (23), pp. 25–28. (In Russian).
12. Dombrovski, A. Y., Szanto, K., Clark, L., Reynolds, C. F., & Siegle, G. J. (2013). Reward signals, attempted suicide, and impulsivity in late-life depression. *JAMA Psychiatry*, vol. 70, issue 10, pp. 1020–1030. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.75.
13. Maruta, N., & Mudrenko, I. (2017). Predictors of a suicidal behavior in patients with dementia. *European Psychiatry*, vol. 41, suppl., pp. 399. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.02.463.
14. Murrough, J. W., Iacoviello, B., Neumeister, A., Charney, D. S., & Iosifescu, D. V. (2011). Cognitive dysfunction in depression: neurocircuitry and new therapeutic strategies. *Neurobiol. Learn. Mem.*, vol. 96, issue 4, pp. 553–563. DOI: 10.1016/j.nlm.2011.06.006.
15. Potvin, O., Hudon, C., Dion, M., Grenier, S., & Prévêlle, M. (2011). Anxiety disorders, depressive episodes and cognitive impairment no dementia in community-dwelling older men and women. *Int. J. Geriatr. Psychiat.*, vol. 26, issue 10, pp. 1080–1088. DOI: 10.1002/gps.2647.
16. Pietrzak, R. H., Lim, Y. Y., Neumeister, A., Ames, D., Ellis, K. A., Harrington, K., ... Lifestyle Research Group. (2015). Amyloid- β , anxiety, and cognitive decline in preclinical Alzheimer disease a multicenter, prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*, vol. 72, issue 3, pp. 284–291. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2476.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ СУИЦИДА

И. Г. Мудренко

Актуальность. В Украине происходит процесс старения нации и увеличение количества пожилых людей. В результате растет количество больных деменцией. Чаще всего среди аффективных нарушений у дементных больных встречаются тревога и депрессия. Около 2/3 больных с коморбидной депрессивной симптоматикой думают о самоубийстве, а 10–15 % совершают попытки суицида.

Целью нашего исследования стало изучение клинико-психопатологических особенностей депрессивной симптоматики у больных с высоким риском суицида при деменции.

Материалы и методы. Обследовано 208 больных, 105 с суицидальными проявлениями, 103 – без признаков суицидального поведения. Использовали клинический и психодиагностический методы (шкала Гамильтона).

Результаты. Установлено, что риск суицида при деменции высок у больных с тормозной и ажитированной депрессией. Психопатологическими предикторами суицидального поведения являются высокая выраженность депрессивного настроения, наличие суицидальных намерений, трудности при засыпании и многочисленные пробуждения в течение сна, сексуальные нарушения. Суммарный балл по шкале Гамильтона был достоверно выше у больных основной группы ($t=2,513, p<0,01$), что позволяет утверждать, что депрессивные нарушения при деменциях являются фактором, способствующим повышению суицидального риска.

Выводы. Полученные данные могут быть использованы при разработке психопрофилактических мероприятий.

Ключевые слова: деменция, депрессия, суицидальное поведение, предикторы суицида.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DEMENTIA WITH HIGH SUICIDE RISK

I. H. Mudrenko

Background. The process of aging of the nation and the increase in the number of elderly people are taking place in Ukraine. As a result, the growth in the number of patients with dementia also occurs. Among affective disorders in patients with dementia the most often are met anxiety and depression. About 2/3 of patients with comorbid depressive symptoms think about suicide, and 10–15 % make suicide attempts.

Objective. The aim of our study was to study the clinical and psychopathological features of depressive symptoms in patients with high risk of suicide at dementia.

Materials and methods. 208 patients were examined, 105 of them had suicidal manifestations, and 103 were without signs of suicidal behaviour. The clinical and psychodiagnostic method (Hamilton scale) was used.

Results. The risk of suicide at dementia was found to be high in patients with agitated depression. Psychopathological predictors of suicidal behaviour are the high severity of depressed mood, the presence of suicidal tendencies, difficulties at falling asleep and numerous waking during sleep, sexual disturbance. The total score on the Hamilton scale was significantly higher in patients of the main group ($t=2,513, p<0,01$), what indicates that depressive disorders at dementia are a factor contributing to suicidal risk increasing.

Conclusions. The obtained data can be used in the development of psychoprophylaxis.

Keywords: dementia, depression, suicidal behaviour, predictors of suicide.

Стаття надійшла до редакції 02.10.2017 р.

МУДРЕНКО Ирина Григорьевна, к.мед.н., ассистент кафедры нейрохирургии та неврологии, Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми, Україна; e-mail: mudrenko.irina@gmail.com

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

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

О. Є. Смашна¹, О. О. Хаустова²

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

¹ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ
osmashna@gmail.com

Актуальність. Дослідження коморбідності легкої черепно-мозкової травми (ЛЧМТ) і посттравматичного стресового розладу (ПТСР) останніми роками набуло актуальності, оскільки такі хворобливі стани часто чинять значний негативний вплив на здоров'я людини впродовж усього життя.

Мета дослідження – підбір батареї тестів для диференційної діагностики ПТСР, ЛЧМТ і коморбідних станів ЛЧМТ+ПТСР.

Матеріали та методи. Нами було проведено пілотне обстеження 56 учасників бойових дій в зоні АТО з ЛЧМТ і ПТСР окремо або в поєднанні та проведено пошук у основних базах даних за період 2007–2017 рр. за ключовими словами «посттравматичний стресовий розлад», «легка черепно-мозкова травма», «діагностика», «методика», «тест», «коморбідність», з метою визначення обсягу діагностичної програми дослідження.

Результати. Дослідники наголошують на необхідності ретроспективної діагностики ЛЧМТ при звертанні з приводу ПТСР; комплексній діагностиці ПТСР із використанням клінічних шкал за DSM-5, когнітивних тестів і методик з виявлення перебільшення симптомів або дисимуляції. Сучасні наукові дослідження з даної тематики також присвячені можливій доцільності заміни терміну «розлад» на «ушкодження» стосовно ПТСР з метою зменшення стигматизації.

Висновки. У діагностичній програмі обстеження пацієнтів, що перенесли легку ЧМТ та мають ознаки ПТСР, доцільно поєднати ретроспективну оцінку ЛЧМТ і ПТСР; верифікувати наявну психопатологічну, в тому числі резидуальну, симптоматику цих розладів відповідно до критеріїв МКХ-10 та DSM-5; визначити рівень когнітивного дефіциту, а також ступінь інвалідизації за тестом WHODAS 2.0 і ймовірність симуляції та дисимуляції за тестом SIMS.

Ключові слова:

посттравматичний стресовий розлад, легка черепно-мозкова травма, діагностика.

Актуальність. Впродовж останніх років стрімко зростає кількість наукових публікацій, присвячених проблемі коморбідності травматичного ураження головного мозку і психічних розладів, особливо посттравматичного стресового розладу. Це є відображенням запиту практичної медицини щодо наукового обґрунтування стандартів надання медичної допомоги пацієнтам зі складними хворобливими станами, оскільки на сьогодні відсутні узгоджені діагностичні алгоритми і усталені лікувальні програми щодо коморбідних розладів, при поєднанні травматичного ураження головного мозку і психічного розладу, зокрема посттравматичного стресового розладу.

Тривалим ґрунтовним дослідженням, ініційованим Центром захворювань і ушкоджень, пов'язаних з військовими діями (War Related Illness and Injury Study Center, WRIISC), задля диференціальної діагностики ЧМТ і ПТСР, а також пошуку швидких і надійних маркерів для кожного стану, має бути дослідження MIND (Markers for the Identification, Norming, and Differentia-

tion of Traumatic Brain Injury and Post-Traumatic Stress Disorder). Його проведення було заплановане на 10 років (2010–2020 рр.), щоб за допомогою сучасної нейровізуалізації, когнітивних і біологічних методик знайти раніше невідомі подібності та відмінності між цими двома різними діагнозами. Було заплановано дослідити чотири групи осіб, які брали участь у військових діях і були демобілізовані з часом, за віком або станом здоров'я. Першу групу мають скласти демобілізовані особи з ЧМТ; другу групу – демобілізовані особи з ПТСР; третю групу – пацієнти з коморбідністю ПТСР і ЧМТ; четверту групу – здорові демобілізовані особи.

Але у 2014 році дослідники визнали [1], що зіткнулись із непередбачуваними труднощами вже на етапі скринінгу. Вони повідомили, що для етапу первинного скринінгу планувалося залучити 11 377 демобілізованих осіб. За критерієм територіальної близькості проживання до центру дослідження для потенційного скринінгу було відібрано 445 осіб, але на контакт із дослідниками погодились 146 осіб (32,8 %), увійшли до

скринінгу 24 особи (5,4 %). Автори зазначили, що такий низький рівень залучення у дослідження здебільшого пояснювався відсутністю зацікавленості (до 47 % потенційних учасників) у суто діагностичній програмі без компонента лікування. Додатковими бар'єрами стали транспортні труднощі, мала грошова компенсація, а також стигматизація і самостигматизація.

Автори відмітити загалом низьку зацікавленість потенційних учасників у обсерваційних дослідженнях, особливо серед цивільного населення (від 0,5 % до 13 %). Серед ветеранів цей показник коливався від 3,5% до 44,9%, причому фактором, який найбільше обмежував скринінг, була нестача ресурсів, а не стигматизація [1].

У цьогогорічній роботі, присвяченій аналізу стратегій залучення ветеранів з ПТСР до участі в інтервенційних клінічних дослідженнях [2], за результатами аналізу даних 1 050 пацієнтів автори відмітили ефективність прицільної реклами дослідження і бесіди з лікарем. Направлення лікаря, на думку авторів, було найефективнішою стратегією залучення в дослідження.

Труднощі з залученням пацієнтів із ПТСР до клінічних досліджень певним чином пояснюють недостатність розробленості питань діагностики і терапії комбінованих хворобливих станів, але вже накопичені наукові дані дозволяють зробити аналіз і попередні висновки щодо цієї проблеми.

Матеріали та методи дослідження

Нами було проведено пошук у базах даних CrossRef, PubMed, Google Scholar, Directory of Open Access Scholarly Resources (ROAD), Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Directory of Open Access Journals (DOAJ) за період 2007–2017 рр. за ключовими словами: посттравматичний стресовий розлад, легка черепно-мозкова травма, діагностика, методика, тест, коморбідність, – з метою підбору батареї тестів для диференційної діагностики ПТСР, ЛЧМТ і коморбідних станів ЛЧМТ+ПТСР. Також проведено пілотне обстеження 56 учасників бойових дій в зоні АТО з ЛЧМТ і ПТСР окремо або в поєднанні з метою визначення обсягу діагностичної програми дослідження.

Результати та їх обговорення

У результаті аналізу наукових джерел ми визначили, що питання вибору діагностичних і лікувальних алгоритмів при коморбідності ПТСР та ЧМТ є досить суперечливими і неоднозначними. Ми з'ясували, що симптоми, властиві ПТСР, не є специфічними, вони можуть зустрічатися в рамках інших психогенних, екзогенних, екзогенно-органічних, посттравматичних розладів і захворювань. Органічна симптоматика, навіть за відсутності ЛЧМТ, починає домінувати на тлі функціонально-психогенних проявів у випадках хронічного ПТСР. Цей розлад може поєднуватися з іншими психічними та соматичними розладами, тобто проявляти хронологічну і патогенетичну коморбідність.

Грунтовний аналіз різних аспектів коморбідності ПТСР та ЧМТ дозволив знайти відповіді на ряд важливих клінічних, діагностичних, прогностичних та терапевтичних запитань, у тому числі щодо поширеності коморбідних ПТСР і ЛЧМТ, а також відносної

точності діагностичних тестів, які використовують для клінічної оцінки ЛЧМТ+ПТСР.

Naagsma J. A. і співавтори звернули увагу [3], що рівень інвалідизації пацієнтів після травматичного ураження головного мозку і якість їх життя можуть залежити від ряду факторів, включаючи наявність депресії або посттравматичного стресового розладу. Метою їх дослідження була оцінка поширеності та впливу депресії й ПТСР на функціонування і якість життя пацієнтів через 6 та 12 місяців після легкої ЧМТ. Загалом 797 (42 %) пацієнтів з ЛЧМТ завершили шестимісячне спостереження. Частота депресії та ПТСР протягом 7 і 12 місяців спостереження відповідно була 7 % та 9 %. Проживання на самоті було незалежним прогностичним фактором депресії та / або ПТСР при 6- та 12-місячному спостереженні. Депресія та ПТСР були пов'язані з суттєво зниженим функціонуванням (за шкалою Глазго) та якістю життя (за шкалами SF-36 та PQoL). Автори дійшли до висновку [3], що депресія та / або ПТСР відносно поширені серед пацієнтів з ЛЧМТ і пов'язані зі значним зниженням функціонування і якості життя.

Створенню прогностичної моделі щодо функціонального відновлення пацієнтів з ЛЧМТ шляхом поєднання демографічних показників, тяжкості травми та психологічних чинників було присвячене дослідження UPFRONT [4]. Автори зазначають, що психологічні фактори (емоційний дистрес та неадаптивне втручання безпосередньо після травми) у поєднанні з преморбідними проблемами психічного здоров'я, освіта та вік були важливими прогностичними факторами для одужання через 6 місяців після виникнення ЛЧМТ. Ці дані, за повідомленням дослідників, визначають цілі для ранніх втручань у підгрупі пацієнтів, які мають ризик неповного одужання від ЛЧМТ.

На гіподіагностику проявів ПТСР при цивільних ЛЧМТ вказує дослідження Д. Аарбауер-Крупа і співавт. [5]: частота позитивного для ПТСР скринінгу становила 26,8 % через 6 місяців після виявлення ЛЧМТ. Позитивний скринінг на ПТСР був суттєво асоційований з одночасною функціональною недостатністю, постконтузією та психіатричною симптоматикою, зниженням задоволеності життям та когнітивної продуктивності. Автори підкреслили, що ударний механізм травми (ОР 3,59; 95 % ДІ 1,69–7,63; $p = 0,001$) і попередній психіатричний анамнез (ОР 2,56; 95 % ДІ 1,42–4,61; $p = 0,002$) були значними предикторами позитивного скринінгу для ПТСР, тоді як освіта (на рік ОР 0,88; 95 % ДІ 0,79–0,98; $p = 0,021$) була пов'язана зі зменшенням частоти виникнення ПТСР.

Відомо, що діагностичні критерії легкої черепно-мозкової травми (ЛЧМТ) від Американського конгресу реабілітаційної медицини враховують наступні діагностичні риси. Пацієнт з ЛЧМТ мав отримати травму, яка проявляється порушенням функцій головного мозку у вигляді однієї або більше ознак, а саме: будь-яка втрата свідомості тривалістю до 30 хвилин; будь-яка втрата пам'яті на події безпосередньо перед або після травми на термін до 24 годин; будь-яка зміна психічного стану в момент травми (наприклад, відчуття приголомшеності, дезорієнтація або сплутаність) або фокальний неврологічний дефіцит, який може або не

може бути тимчасовим, але тяжкість травми не повинна перевищувати попередні критерії. Важливо, що втрата свідомості понад 30 хвилин, посттравматична амнезія більше 24 годин, або оцінка за шкалою коми Глазго нижче 13 балів через 30 хвилин після травми свідчать про більш тяжкий ступінь ураження головного мозку.

Проспективне біопсихосоціальне дослідження стійкої резидуальної симптоматики після легкого травматичного ураження головного мозку в порівнянні зі здоровими особами вказує на те, що можливість ретроспективної оцінки ЛЧМТ за цими критеріями може бути сумнівною [6]. Дослідження проводилося із застосуванням методів структурної (комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія) та мікроструктурної нейровізуалізації (тензорна дифузійна томографія, DTI) і когнітивних тестів впродовж одного місяця ($n = 126$) та одного року ($n = 103$) після травми. Відповідно до МКХ-10, 59 % пацієнтів з ЛЧМТ відповідали критеріям захворювання за місяць, 38 % відповідали критеріям за один рік. Проте 31 % контрольної вибірки здорових осіб також відповідав критеріям стійкої посттравматичної симптоматики, що ілюструвало високий рівень помилково-позитивної оцінки стану пацієнтів.

Важливими прогностичними факторами збереження стійкої посттравматичної симптоматики за МКХ-10 за один місяць були преморбідні психічні розлади та наявність екстракраніальних тілесних ушкоджень. Депресія була пов'язана зі збереженням резидуальних симптомів ЛЧМТ як за місяць, так і за рік після травми. Автори відмітили, що структурні аномалії на МРТ та мікроструктурні зміни білої речовини не були суттєво асоційовані з повідомленнями про наявність резидуальних симптомів ЛЧМТ. Обсяг скарг і навіть симптомів після ЛЧМТ може бути індивідуалізованим, що представляє кумулятивний ефект багатьох змінних, таких як генетика, історія психічного здоров'я, поточний життєвий стрес, медичні проблеми, хронічний біль, депресія, риси особистості та інші психосоціальні й екологічні фактори. Автори вважають, що ступінь пошкодження структури мозку, що сприяє збереженню резидуальних симптомів після ЛЧМТ, залишається неясним [6].

Одним із методів діагностики коморбідних станів ПТСР і ЛЧМТ може бути Оцінка інвалідизації за BOO3 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0, версія 12) [7]. WHODAS 2.0 – це неспецифічний самоопитувальник пацієнта для визначення міри неспроможності (інвалідизації), який містить шість блоків D1-D6 оцінки функціонування та діяльності пацієнта в різних сферах, включаючи пізнання, мобільність, самодопомогу, міжособистісне життя, власну життєдіяльність та соціальну активність. Дослідження за WHODAS 2.0 у вибірці з 79 дорослих пацієнтів з ЛЧМТ, проведене у Ванкувері (Канада), довело чутливість тесту до резидуальних симптомів ЛЧМТ, а також до порушень психічного здоров'я і хронічного болю, які часто зустрічаються разом з ЛЧМТ.

Порівняльне дослідження пацієнтів з травмами головного і спинного мозку за методикою WHODAS 2.0 довело, що в пацієнтів із ЧМТ достовірно більшою мі-

рою порушені пізнання, самозабезпечення, взаємини, життєдіяльність та суспільна активність ($p < 0,001$) [8]. Також було встановлено, що вік, стать, тип травми, соціально-економічний стан, місце проживання та тяжкість порушення були факторами, пов'язаними з рівнем порушення функціонування ($p < 0,05$). Автори зауважили, що окремі уразливі домени за методикою WHODAS 2.0 можуть бути мішенями психотерапевтичного втручання.

З огляду на те, що резидуальні симптоми ЛЧМТ часто підсилюють, повторюють або імітують симптоми психічних розладів, була зроблена спроба пояснити їх з позиції біопсихосоціального підходу на моделі уникнення страху, яка включає катастрофічні думки та поведінку уникнення страху. Було проведено поперечне дослідження 48 пацієнтів з ЧМТ, у 31 з яких була ЛЧМТ [9]. 92 % осіб всієї вибірки мали стійкі резидуальні симптоми ЛЧМТ (середній час після травми склав 48,2 місяця). Високий рівень катастрофізації був виявлений у 10 % обстежених, а високий рівень поведінки уникнення страху – у 35 % осіб. Катастрофізація, поведінка уникнення страху, депресивні та резидуальні симптоми ЧМТ значно корелювали один з одним ($p < 0,05$). Автори вважають, що модель запобігання страху пропонує можливе пояснення наявності стійких резидуальних симптомів ЧМТ, але наголошують на необхідності подальших поздовжніх прогностичних когортних досліджень для встановлення причинно-наслідкового характеру.

З іншого боку, в клінічній і судовій психіатрії описані випадки перебільшення і навіть симуляції симптоматики як ЛЧМТ, так і ПТСР, задля отримання неправомірної вигоди (сімейного або соціального бонусу, уникнення покарання тощо). Тому проблема клінічної верифікації цих хворобливих станів як окремо, так і коморбідно, потребує наукового вирішення. Parks A. C. і співавторами було проведено дослідження [10] щодо дієвості Структурованого опитувальника симульованої симптоматики (Structured Inventory Malingered Symptomatology, SIMS) у виявленні пізноманітних припущених резидуальних симптомів ЧМТ та ПТСР окремо та в сукупності. У цьому дослідженні розглянуто чутливість SIMS у виявленні симулянтів студентів ($N = 78$), що демонстрували симптоми ЧМТ і ПТСР. Загальна оцінка SIMS демонструвала найвищу чутливість до симптомів ЧМТ та поєднання ЧМТ і ПТСР (відповідно 0,89 та 0,85) та меншою мірою – до симптомів ПТСР (0,69). Підклас афективних розладів (AF) шкали SIMS був найчутливішим до групи симптомів ПТСР, порівняно з групами симптомів ЧМТ та ЧМТ+ПТСР. Ці дані підтвердили можливість використання SIMS як інструменту скринінгу валідності симптомів щодо перебільшення ознак ЧМТ та ПТСР при їх нейропсихологічній оцінці.

На можливості досить легкої симуляції ПТСР наголошували T. Merten зі співавторами [11], але вони підкреслювали, що викрити обман теж зовсім нескладно. Вони провели дослідження із залученням 80 добре обізнаних щодо проявів ПТСР студентів-психологів і фахівців психологів, які отримали чотири варіанти сценаріїв демонстрації ПТСР. Для діагностики ПТСР

використовували три групи тестів: на травматичні події і групи симптомів ПТСР; когнітивні тести; тести на перевірку достовірності симптомів. Автори показали, що учасники дослідження вдало пройшли тестування щодо травматичних подій і симптомів ПТСР та менш вдало – когнітивні тести, дещо занадто перебільшуючи тяжкість порушень. Взагалі, 78 % усіх учасників було неправильно класифіковано як таких, що страждають від ПТСР (95 % групи без отримання інформації щодо ПТСР, 80 % групи поінформованих щодо ПТСР осіб, 65 % групи попереджених щодо тестування на симуляцію симптомів ПТСР і 70 % групи поінформованих щодо ПТСР і попереджених щодо тестування на симуляцію симптомів ПТСР). У цьому дослідженні Структурований опитувальник симульованої симптоматики (SIMS) виявився особливо корисним у виявленні симуляції ПТСР, але тест на словесну пам'ять (Word Memory Test, WMT) та тест емоційного оніміння Мореля (Morel Emotional Numbing Test, MENT) також були здатні виявити понад три чверті від загальної кількості симульованих випадків.

Результати цих досліджень можуть створити уявлення про ПТСР як розлад, який можна легко симулювати. Значно поширена інформація про ПТСР у публічній сфері (включаючи Інтернет), а також некритичне використання діагностичних шкал щодо ПТСР без перевірки симптомів на дійсність може призвести до великої кількості помилкових діагнозів. Хоча вже у DSM-IV (1995) стверджувалось, що при діагностиці ПТСР необхідно виключити зловживання, цим запитом часто нехтують у клінічній роботі та судово-медичній експертизі.

Більше того, зміни діагностичних критеріїв в DSM-V (2013) у бік зменшення їх жорсткості також можуть сприяти збільшенню спроб фальсифікацій ПТСР. Але сучасні підходи до оцінки вірогідності симптомів є суттєвими бар'єрами для симуляції, яка може бути виявлена судово-медичним або клінічним експертом за сукупністю даних.

Отже, лікарі мають пам'ятати про вірогідність гіпердіагностики ПТСР на підставі рекомендованих DSM-V тестів (PCL-5). Дані тестування ніколи не повинні заміщати ретельну клінічну оцінку, оскільки пацієнти можуть бути схильні до представлення надмірної або недостатньої інформації. Таким чином, результати тільки анкетування самі по собі свідчать не про наявність чи відсутність симптомів, а лише про сприйняття ситуації пацієнтом.

Без ретельної перевірки достовірності таких самозвітів за допомогою емпірично підтверджених контрольних шкал (CAPS-5, SIMS, WMT, MENT тощо) обґрунтованість оцінок дуже обмежена. Для перевірки достовірності діагнозу потрібен досвідчений експерт та ретельний огляд усієї наявної інформації (включаючи клінічну оцінку самого експерта).

За думкою С. L. Scott, професора з клінічної психіатрії Каліфорнійського університету, у верифікації ПТСР доцільний саме тест емоційного оніміння Мореля (Morel Emotional Numbing Test, MENT), а не тести на словесну пам'ять. Тест MENT, розроблений у форматі двох альтернатив, створює у досліджуваної

особи враження, що дефіцит у розпізнаванні афекту є патогномонічним симптомом ПТСР. Таке враження складається за допомогою стверджень на кшталт: «Деяким особам із ПТСР може бути складно розпізнавати міміку». Насправді, будь-хто з дорослих, що прикладає розумну кількість зусиль (за винятком сліпих і неписьменних осіб) може виконати завдання з точністю 90–100 %, навіть якщо має ПТСР [12]. Ще одним дієвим інструментом виявлення симуляції симптомів ПТСР є тест Криміналістичної оцінки симптомів Міллера (Miller Forensic Assessment of Symptoms Test, M-FAST), який виявив суттєву різницю в понад 6 балів між симулянтами і особами з саме військовим ПТСР [13]. У будь-якому разі дослідники сходяться на думці щодо необхідності збирання додаткової інформації про пацієнта з можливим ПТСР (наприклад, від членів сім'ї, друзів або інших осіб) [14].

Труднощі в діагностиці могли б бути зменшені шляхом плідної співпраці лікаря і пацієнта, якби не заважали соціальні фактори, на кшталт рентних установок або стигматизації. Тому в науковому середовищі триває дискусія навколо доцільності можливої зміни термінології військового ПТСР на посттравматичне стресорне ушкодження (ПТСУ). Така зміна, на думку дослідників, сприятиме зменшенню стигматизації учасників бойових дій, що страждають на ПТСР, в тому числі в питаннях отримання ними нагород і соціальних компенсацій (як при фізичних ушкодженнях). Підставами для можливої зміни термінології науковці вважають велику поширеність ПТСР серед ветеранів через багато років після служби (від 8,5 % до 30 %) [15–18], наявність резидуальної симптоматики після лікування, високу коморбідність з фізичними травмами [19].

Незважаючи на величезний прогрес у розумінні ПТСР, думки науковців щодо симуляції і дисимуляції проявів ПТСР розходяться. Втім, останні ізраїльські і американські дані все ж вказують на низький рівень перебільшення та дисимуляції, що сягає 27,7 % для поточного ПТСР і 20,6 % для ПТСР протягом життя [20]. А 20-річне поздовжнє дослідження ветеранів Ліванської війни показало [21], що 39 % осіб контрольної групи, які ніколи не прагнули будь-якої компенсації від Міністерства оборони Ізраїлю, постраждали від ПТСР в різний час після війни.

У 2012 році, до публікації DSM-V, вчені намагалися переконати цільову групу Американської психіатричної асоціації (АПА) змінити назву ПТСР на ПТСУ [22]. У детальному листі до цільової групи АПА Френк Охберг та Джонатан Шей, два відомі вчені з дослідження травм, висловили свою думку про те, що при травмі «фізіологія мозку ушкоджена через вплив деяких зовнішніх сил» [23]. Вони також підкреслювали свою переконаність у тому, що «прийшов час...зменшити стигму та сором, який перешкоджає...пацієнтам отримувати...допомогу».

Основний аргумент цього [19] та інших досліджень [15–18, 20, 21] полягає в тому, що наукове співтовариство має вивчити можливість заміни терміну «розлад» (ПТСР) на «ушкодження» (PTSI), тим самим допомагаючи деконструювати термін, який підтримує

стигму [24] військового ПТСР. Автори зауважили, що в DSM-V (2013) вилучено ПТСР з розділу тривожних розладів, але цей стан зберіг свою «мітку» як розлад у новому розділі розладів, пов'язаних зі стресом [25].

Одним з останніх досліджень щодо коморбідного стану ЛЧМТ і ПТСР є робота Combs H. L. і співавторів з вивчення психічного здоров'я ветеранів війн в Іраку і Афганістані [26]. У дослідженні взяли участь 251 ветеран OIF / OEF. Було використано нейропсихологічні та психологічні методи дослідження з метою порівняння когнітивних і психопатологічних проявів у пацієнтів з ЛЧМТ та ПТСР окремо, а також при поєднанні ЛЧМТ+ПТСР, порівняно зі здоровими ветеранами.

За результатами дослідження група ЛЧМТ+ПТСР мала гірші результати за декількома нейропсихологічними тестами, порівняно зі здоровими ветеранами та особами з ЛЧМТ та ПТСР окремо. Група ЛЧМТ показала невелике зменшення показників швидкості обробки інформації та візуальної уваги, а група ПТСР – невелике зменшення показників словесної пам'яті.

Разом з тим, у групі ЛЧМТ+ПТСР був помірний рівень зниження усіх перерахованих показників. Крім того, група ЛЧМТ+ПТСР мала значно більшу психологічну обтяженість, порівняно з групою ПТСР. У свою чергу, група ПТСР мала більшу психологічну обтяженість, порівняно з групою здорових ветеранів та групою ЛЧМТ.

Результати цього дослідження переконливо свідчать про необхідність вчасного виявлення, комплексної діагностики і адекватної курації пацієнтів з коморбідними станами ЛЧМТ+ПТСР.

За період 2016–2017 рр. на базі Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні нами було обстежено 56 чоловіків, які були учасниками АТО на Сході України за 3–15 місяців перед обстеженням та перенесли ЛЧМТ під час бойових дій і на момент обстеження мали постстресові психічні порушення в межах ПТСР (F43.1 – 39 осіб) та розладів адаптації (F43.2 – 17 осіб). Верифікація клінічних проявів була проведена відповідно до МКХ-10 з урахуванням критеріїв ЛЧМТ і постконтузійного синдрому, а також клінічних шкал за DSM-5. Клінічні особливості ЛЧМТ і ПТСР окремо були оцінені відповідно до визначених нами критеріїв [27]. Додатково до даних анамнезу щодо змін свідомості і шкали коми Глазго (для ЛЧМТ), опитувальника PCL-5 та шкали CAPS-5 (для ПТСР) нами були використані тест Оцінки інвалідації за BOO3 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0, WHODAS 2.0, версія 12), Словесний тест пам'яті (Word Memory Test, WMT), тест емоційного оніміння Мореля (Morel Emotional Numbing Test, MENT) і Структурований опитувальник симульованої симптоматики (Structured Inventory Malingered Symptomatology, SIMS).

За даними пілотного дослідження, саме тести WHODAS 2.0 і SIMS довели доцільність їх включення в програму дослідження. В тесті WHODAS 2.0 для пацієнтів з ЛЧМТ+ПТСР найбільш значущими виявилися зміни показників пізнання, міжособистісного життя та соціальної активності (в усіх випадках $p < 0,05$). Тест SIMS виявився більш чутливим до різно-

манітних припущених резидуальних симптомів ЧМТ та ПТСР, окремо та в сукупності, порівняно з тестами WMT та MENT.

Висновки

У діагностичній програмі дослідження пацієнтів, що перенесли легку ЧМТ та мають ознаки ПТСР, доцільно поєднати ретроспективну оцінку ЛЧМТ і ПТСР; верифікувати наявну психопатологічну, в тому числі резидуальну, симптоматику цих розладів відповідно до критеріїв МКХ-10 та DSM-5; визначити рівень когнітивного дефіциту, ступінь інвалідазації, а також ймовірність симуляції та дисимуляції клінічної симптоматики.

Список використаної літератури

- Challenges to be overcome using population-based sampling methods to recruit veterans for a study of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury / P. J. Bayley, J. Y. Kong, D. A. Helmer [et al.] // *BMC medical research methodology*. – 2014. – Vol. 14, issue 1. – P. 48. DOI: 10.1186/1471-2288-14-48.
- Analysis of recruitment strategies: Enrolling veterans with PTSD into a clinical trial / E. M. Roberge, D. M. Benedek, C. E. Marx [et al.] // *Military Psychology*. – 2017. – Vol. 29, issue 5. – P. 407–417. DOI: 10.1037/mil0000178.
- Impact of depression and post-traumatic stress disorder on functional outcome and health-related quality of life of patients with mild traumatic brain injury / J. A. Haagsma, A. C. Scholten, T. M. Andriessen [et al.] // *Journal of neurotrauma*. – 2015. – Vol. 32, issue 11. – P. 853–862. DOI: 10.1089/neu.2013.3283.
- Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): an observational cohort study / J. van der Naalt, M. E. Timmerman, M. E. de Koning [et al.] // *Lancet Neurology*. – 2017. – Vol. 16, issue 7. – P. 532–540. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30117-5.
- Screening for post-traumatic stress disorder in a civilian emergency department population with traumatic brain injury / J. Haarbauer-Krupa, C. A. Taylor, J. K. Yue [et al.] // *Journal of neurotrauma*. – 2017. – Vol. 34, issue 1. – P. 50–58. DOI: 10.1089/neu.2015.4158.
- A prospective biopsychosocial study of the persistent post-concussion symptoms following mild traumatic brain injury / M. Wäljas, G. L. Iverson, R. T. Lange [et al.] // *Journal of neurotrauma*. – 2015. – Vol. 32, issue 8. – P. 534–547. DOI: 10.1089/neu.2014.3339.
- Preliminary Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 for Mild Traumatic Brain Injury / D. L. Snell, G. L. Iverson, W. J. Panenka, N. D. Silverberg // *Journal of neurotrauma*. – 2017. – Vol. 34, issue 23. – P. 3256–3261. DOI: 10.1089/neu.2017.5234.
- Functioning and disability analysis of patients with traumatic brain injury and spinal cord injury by using the world health organization disability assessment schedule 2.0 / C. Y. Kuo, T. H. Liou, K. H. Chang [et al.] // *International journal of environmental research and public health*. – 2015. – Vol. 12, issue 4. – P. 4116–4127. DOI: 10.3390/ijerph120404116.
- Does the fear avoidance model explain persistent symptoms after traumatic brain injury? / M. L. M. Wijenberg, S. Z. Stapert, J. A. Verbunt [et al.] // *Brain injury*. – 2017. – Vol. 31, issue 12. – P. 1597–1604. DOI: 10.1080/02699052.2017.1366551.
- Detecting feigned postconcussional and posttraumatic stress symptoms with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) / A. C. Parks, J. Gfeller, N. Emmert, H. Lammert // *Applied Neuropsychology: Adult*. – 2017. – Vol. 24, issue 5. – P. 429–438. DOI: 10.1080/23279095.2016.1189426.
- Merten T. Posttraumatic stress disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases / T. Merten, R. Lorenz, S. Schlatow // *German Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 13, issue 3. – P. 140–149.
- Morel K. R. Meta-analysis of the Morel Emotional Numbing Test for PTSD: Comment on Singh, Avasthi, and Grover / K. R. Morel, B. E. Shepherd // *German Journal of Psychiatry*. – 2008. – Vol. 11, issue 3. – P. 128–131.
- Malingering and PTSD: Detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST) / K. Ahmadi, Z. Lashani, M. H. Afzali [et al.] // *BMC psychiatry*. – 2013. – Vol. 13, issue 1. – P. 154. DOI: 10.1186/1471-244X-13-154.
- Scott C. L. Forensic psychiatry / C. L. Scott, P. J. Resnick // *The medical basis of psychiatry*. – Springer New York, 2016. – P. 799–808.
- The prevalence of posttraumatic stress disorder in the Vietnam generation: A multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder / W. E. Schlenger, R. A. Kulka, J. A. Fairbank // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – Vol. 5, issue 3. – P. 333–363. DOI: 10.1002/jts.2490050303.
- Friedman M. J. Acknowledging the psychiatric cost of war / M. J. Friedman // *New England Journal of Medicine*. – 2004. – Vol. 351, issue 1. – P. 75–77. DOI: 10.1056/NEJMe048129.
- Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans / H. K. Kang,

- B. H. Natelson, C. M. Mahan [et al.] // American journal of epidemiology. – 2003. – Vol. 157, issue 2. – P. 141–148.
18. Treating the invisible wounds of war: Conclusions and recommendations / T. Tanielian & L. H. Jaycox (Eds.) // Invisible Wounds of War. – RAND Corporation, 2008. – P. 431–543.
 19. Keynan I. War Trauma, Politics of Recognition and Purple Heart: PTSD or PTSI? / I. Keynan, J. N. Keynan // Social Sciences. – 2016. – Vol. 5, issue 4. – P. 57. DOI: 10.3390/socsci5040057.
 20. Frueh B. C. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder / B. C. Frueh, J. D. Elhai, A. L. Grubaugh // The British Journal of Psychiatry. – 2005. – Vol. 186, issue 6. – P. 467–472. DOI: 10.1192/bjp.186.6.467.
 21. Solomon Z. Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study / Z. Solomon, M. Mikulincer // American Journal of Psychiatry. – 2006. – Vol. 163, issue 4. – P. 659–666. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.4.659.
 22. Oachberg F. An Injury, Not a Disorder / Dart Center for Journalism & Trauma. – 2012. Available at: <http://dartcenter.org/content/injury-not-disorder-0> (accessed on 30 July 2017).
 23. Change Now. A letter to John M Oldham, President of APA / F. Ochberg, J. Shay // PTSINJURY. – 2012. Available at: <http://www.posttraumaticstressinjury.org/letters-endorsing-the-change-from-ptsd-to-pts-i/> (accessed on 30 July 2017).
 24. Fraser N. Social justice in the age of identity politics / N. Fraser // Geographic Thought: A Praxis Perspective / G. Henderson and M. Waterstone (eds.). – New York: British Library Cataloging, 2009. – P.72–91. DOI: 10.4135/9781446218112.n2.
 25. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD / DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released. – 2013. Available at: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic_criteria_dsm-5.asp (accessed on 23 February 2016).
 26. The effects of mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, and combined mild traumatic brain injury/post-traumatic stress disorder on returning veterans / H. L. Combs, D. T. Berry, T. Pape [et al.] // Journal of neurotrauma. – 2015. – Vol. 32, issue 13. – P. 956–966. DOI: 10.1089/neu.2014.3585.
 27. Хаустова О. О. Коморбідність посттравматичного стресового розладу та черепно-мозкової травми: мультифакторна модель взаємодії / О. О. Хаустова, О. Є. Смашна // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 1 (84). – С. 22–27.

References

1. Bayley, P. J., Kong, J. Y., Helmer, D. A., Schneiderman, A., Roselli, L. A., Rosse, S. M., ... MIND Study Group (2014). Challenges to be overcome using population-based sampling methods to recruit veterans for a study of post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury. *BMC medical research methodology*, vol. 14, issue 1, pp. 48. DOI: 10.1186/1471-2288-14-48.
2. Roberge, E. M., Benedek, D. M., Marx, C. E., Rasmussen, A. M., & Lang, A. J. (2017). Analysis of recruitment strategies: Enrolling veterans with PTSD into a clinical trial. *Military Psychology*, vol. 29, issue 5, pp. 407–417. DOI: 10.1037/mil0000178.
3. Haagsma, J. A., Scholten, A. C., Andriessen, T. M., Vos, P. E., Van Beeck, E. F., & Polinder, S. (2015). Impact of depression and post-traumatic stress disorder on functional outcome and health-related quality of life of patients with mild traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 32, issue 11, pp. 853–862. DOI: 10.1089/neu.2013.3283.
4. van der Naalt, J., Timmerman, M. E., de Koning, M. E., van der Horn, H. J., Scheenen, M. E., Jacobs, B., ... Spikman, J. M. (2017). Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): an observational cohort study. *Lancet Neurology*, vol. 16, issue 7, pp. 532–540. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30117-5.
5. Haarbauer-Krupa, J., Taylor, C. A., Yue, J. K., Winkler, E. A., Pirracchio, R., Cooper, S. R., ... Manley, G. T. (2017). Screening for post-traumatic stress disorder in a civilian emergency department population with traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 34, issue 1, pp. 50–58. DOI: 10.1089/neu.2015.4158.
6. Wäljas, M., Iverson, G. L., Lange, R. T., Hakulinen, U., Dastidar, P., Huhtala, H., ... Ohman, J. (2015). A prospective biopsychosocial study of the persistent post-concussion symptoms following mild traumatic brain injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 32, issue 8, pp. 534–547. DOI: 10.1089/neu.2014.3339.
7. Snell, D. L., Iverson, G. L., Panenka W. J. & Silverberg, N. D. (2017). Preliminary Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 for Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of neurotrauma*, vol. 34, issue 23, pp. 3256–3261. DOI: 10.1089/neu.2017.5234.
8. Kuo, C. Y., Liou, T. H., Chang, K. H., Chi, W. C., Escorpizo, R., Yen, C. F., ... Tsai, J. T. (2015). Functioning and disability analysis of patients with traumatic brain injury and spinal cord injury by using the world health organization disability assessment schedule 2.0. *International journal of environmental research and public health*, vol. 12, issue 4, pp. 4116–4127. DOI: 10.3390/ijerph120404116.
9. Wijenberg, M. L. M., Stapert, S. Z., Verbunt, J. A., Ponsford, J. L., & Van Heugten, C. M. (2017). Does the fear avoidance model explain persistent symptoms after traumatic brain injury? *Brain injury*, vol. 31, issue 12, pp. 1597–1604. DOI: 10.1080/02699052.2017.1366551.
10. Parks, A. C., Gfeller, J., Emmert, N., & Lammert, H. (2017). Detecting feigned postconcussional and posttraumatic stress symptoms with the structured inventory of malingering symptomatology (SIMS). *Applied Neuropsychology: Adult*, vol. 24, issue 5, pp. 429–438. DOI: 10.1080/23279095.2016.1189426.
11. Merten, T., Lorenz, R., & Schlato, S. (2010). Posttraumatic stress disorder can easily be faked, but faking can be detected in most cases. *German Journal of Psychiatry*, vol. 13, issue 3, pp. 140–149.
12. Morel, K. R., & Shepherd, B. E. (2008). Meta-analysis of the Morel Emotional Numbing Test for PTSD: Comment on Singh, Avasthi, and Grover. *German Journal of Psychiatry*, vol. 11, issue 3, pp. 128–131.
13. Ahmadi, K., Lashani, Z., Afzali, M. H., Tavalaie, S. A., & Mirzaee, J. Malingering and PTSD: Detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *BMC psychiatry*, vol. 13, issue 1, pp. 154. DOI: 10.1186/1471-244X-13-154.
14. Scott, C. L., & Resnick, P. J. (2016). Forensic psychiatry. In *The Medical Basis of Psychiatry: Fourth Edition* (pp. 799–808). Springer New York. DOI: 10.1007/978-1-4939-2528-5_36.
15. Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1992). The prevalence of posttraumatic stress disorder in the Vietnam generation: A multimethod, multisource assessment of psychiatric disorder. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 5, issue 3, pp. 333–363. DOI: 10.1002/jts.2490050303.
16. Friedman, M. J. (2004). Acknowledging the psychiatric cost of war. *New England Journal of Medicine*, vol. 351, issue 1, pp. 75–77. DOI: 10.1056/NEJMe048129.
17. Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y., & Murphy, F. M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population-based survey of 30,000 veterans. *American journal of epidemiology*, vol. 157, issue 2, pp. 141–148.
18. Tanielian & L. H. Jaycox (Eds.) (2008). Treating the invisible wounds of war: Conclusions and recommendations. In *Invisible Wounds of War* (pp 431–543). RAND Corporation.
19. Keynan, I., & Keynan, J. N. (2016). War Trauma, Politics of Recognition and Purple Heart: PTSD or PTSI? *Social Sciences*, vol. 5, issue 4, pp. 57. DOI: 10.3390/socsci5040057.
20. Frueh, B. C., Elhai, J. D., Grubaugh, A. L., Monnier, J., Kashdan, T. B., Sauvageot, J. A., ... Arana, G. W. (2005). Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 186, issue 6, pp. 467–472. DOI: 10.1192/bjp.186.6.467.
21. Solomon Z & Mikulincer M. (2006). Trajectories of PTSD: a 20-year longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, issue 4, pp. 659–666. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.4.659.
22. Oachberg, F. (19 sep 2012). An Injury, Not a Disorder. *Dart Center for Journalism & Trauma*. Available at: <http://dartcenter.org/content/injury-not-disorder-0> (accessed on 30 July 2017).
23. Ochberg, F., & Shay, J. (12 apr 2012). Change Now. A letter to John M Oldham, President of APA. *PTSIINJURY*. Available at: <http://www.posttraumaticstressinjury.org/letters-endorsing-the-change-from-ptsd-to-pts-i/> (accessed on 30 July 2017).
24. Fraser, N. (2009). Social justice in the age of identity politics. In *Geographic Thought: A Praxis Perspective* (pp.72–91). Edited by George Henderson and Marvin Waterstone. New York: British Library Cataloging. DOI: 10.4135/9781446218112.n2.
25. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (2013). *DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD Released*. Available at: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/diagnostic_criteria_dsm-5.asp (accessed on 23 February 2016).
26. Combs, H. L., Berry, D. T., Pape, T., Babcock-Parziale, J., Smith, B., Schleenbaker, R., ... High, W. M. Jr. (2015). The effects of mild traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, and combined mild traumatic brain injury/post-traumatic stress disorder on returning veterans. *Journal of neurotrauma*, vol. 32, issue 13, pp. 956–966. DOI: 10.1089/neu.2014.3585.
27. Khaustova, O. O., & Smashna, O. Ye. (2016). Komorbidnist posttravmatychnoho stresovoho rozladu ta cherepno-mozkovoї travmy: multyfaktorna model vzaiemodii [Comorbidity of PTSD and TBI: multifactor model of interaction]. *Arkhiv psykhiiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, issue 1 (84), pp. 22–27. (In Ukrainian).

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

О. Е. Смашна, О. О. Хаустова

Актуальность. Исследование коморбидности легкой черепно-мозговой травмы (ЛЧМТ) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в последние годы приобрело актуальность, поскольку такие болезненные состояния часто оказывают значительное негативное влияние на здоровье человека на протяжении всей жизни.

Цель исследования – подбор батареи тестов для дифференциальной диагностики ПТСР, ЛЧМТ и коморбидных состояний ЛЧМТ+ПТСР.

Материалы и методы. Нами было проведено пилотное обследование 56 участников боевых действий в зоне АТО с ЛЧМТ и ПТСР отдельно или в сочетании и проведен поиск в основных базах данных за период 2007–2017 гг. по ключевым словам «посттравматическое стрессовое расстройство», «легкая черепно-мозговая травма», «диагностика», «методика», «тест», «коморбидность», с целью определения объема диагностической программы исследования.

Результаты. Исследователи подчеркивают необходимость ретроспективной диагностики ЛЧМТ при обращении по поводу ПТСР; комплексной диагностики ПТСР с вовлечением клинических шкал DSM-5, когнитивных тестов и методик для выявления преувеличения симптомов или дисимуляции. Современные научные исследования по данной тематике также посвящены возможной целесообразности замены термина «расстройство» на «повреждение» относительно ПТСР с целью уменьшения стигматизации.

Выводы. В диагностической программе исследования пациентов, которые перенесли легкую ЧМТ и имеют признаки ПТСР, целесообразно объединить ретроспективную оценку ЛЧМТ и ПТСР; верифицировать актуальную психопатологическую, в том числе резидуальную, симптоматику этих расстройств соответственно с критериями МКБ-10 и DSM-5; обозначить уровень когнитивного дефицита, а также степень инвалидизации согласно тесту WHODAS 2.0 и вероятность симуляции и дисимуляции согласно тесту SIMS.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, легкая черепно-мозговая травма, диагностика.

FEATURES POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH MILD TRAUMATIC BRAIN INJURY

O. Ye. Smashna, O. O. Khaustova

Background. The study of comorbidity of the mild traumatic brain injury (mTBI) and posttraumatic stress disorder (PTSD) has become relevant in recent years since such painful conditions often have a significant negative impact on human health throughout life.

Objective. The goal is selection of recruitment tests for differential diagnostic of PTSD, mTBI and comorbidity PTSD & mTBI.

Materials and methods. We conducted a pilot survey of 56 participants in combat operations in the ATO area with mTBI and PTSD, alone or in combination and also we conducted a search of major databases for the period 2007-2017 for such keywords as «PTSD», «mild traumatic brain injury», «diagnosis», «method», «test», «comorbidity», to determine the diagnostic study program.

Results. This article is devoted to the diagnosis problems of comorbid states mTBI and PTSD separate and in combination. Researchers emphasize the necessity of mTBI retrospective diagnostics when the person applying for PTSD; comprehensive diagnosis of PTSD using DSM-5 scales, cognitive tests, and techniques for detecting exaggerated symptoms. Modern scientific research are also devoted to the feasibility of change the term from «disorder» to «damage» for war PTSD in order to reduce stigma.

Conclusion. In diagnostic study program for patients with mTBI and PTSD, it is advisable to combine a retrospective assessment of mTBI and PTSD; to verify existing psychopathological, including residual, symptomatology of these disorders in accordance with ICD-10 and DSM-5 criteria; to determine the cognitive deficiency level, the disability degree by WHODAS 2.0 test and the detecting exaggerated symptoms by SIMS test.

Keywords: posttraumatic stress disorder, mild traumatic brain injury, diagnosis.

Стаття надійшла до редакції 28.10.2017 р.

СМАШНА Олена Євгенівна, к. мед. н., доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна; e-mail: osmashna@gmail.com

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

СМАШНА Елена Евгеньевна, к. мед. н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины», г. Тернополь, Украина; e-mail: osmashna@gmail.com

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

SMASHNA Olena Yevgenivna, MD, PhD, Associate Professor of Chair of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: osmashna@gmail.com

KHAUSTOVA Olena Olexandrivna, MD, PhD, professor, professor of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Department, O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: 7974247@gmail.com

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

UDC 616.89-051:364-786-787.522

V.V. Vyun

THE RATIONALE AND CONTENT OF PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION
OF THE DEVELOPMENT OF MALADAPTATION STATES
OF INTERNSHIP DOCTORS IN MODERN CONDITIONS

Kharkiv National Medical University, Kharkiv

val.v.nnipo@gmail.com

Background. The issue of influence of emotional stress on a human is one of the leading medical and social problems of our time. In modern conditions, the main tasks of postgraduate education of doctors are to provide both the improvement of professional training of internship doctors, and the provision of medical and psychological support of doctors during the period of adaptation to their professional activity.

Objective – to develop a system of psychoprophylaxis support during the professional training of a specialist on the basis of a systematic approach to the study of mechanisms for the formation of maladaptation states of internship doctors to their professional activities.

Materials and methods. In compliance with the principles of bioethics and medical deontology, we conducted a comprehensive clinical-anamnestic and psychodiagnostic examination of 213 doctors of Kharkiv National Medical University, including 116 women and 97 men. The study took place in three stages. The first stage included screening of adaptation levels among internship doctors. At the second stage of the study, a comprehensive analysis of clinical manifestations and mechanisms for the formation of adaptation disorders in internship doctors. At the third stage, the developed system of complex psychoprophylaxis influences was tested and a comparative estimation of their effectiveness was conducted.

Results. Only 34.3 % of internship doctors (44.3 % of men and 31.4 % of women) were adapted to their professional activity (control group), in 65.7 % of internship doctors (55.7 % of men and 68.6 % of women) (main group), irrespective of socio-demographic and occupational peculiarities, maladaptation states were revealed. We have identified three main levels of adaptation of doctors to their professional activity: 1) the high level (14.1 % of surveyed internship doctors, 24.2 % of men and 12.3 % of women); 2) the average level (20.2 % of internship doctors, 20.1 % of men and 19.1 % of women); 3) the low level (65.7 % of internship doctors, 55.7 % of men and 68.6 % of women). In order to prevent and correct the disorders of adaptation to the professional activities of internship doctors, we have developed a system of medical and psychological support during the professional training period, which involves the use of complex psychotherapeutic, psychoeducational and psychoprophylaxis influences. The complex system of medical and psychological support consists of 3 stages: 1) psychodiagnostic; 2) correctional; 3) psychoprophylaxis.

Conclusions. The results of the three-year catamnestic study proved the effectiveness of the proposed system of psychotherapeutic correction of adaptation disorders among internship doctors, while the positive dynamics of the mental state was being noticed, and the maladaptive states were reduced; in 92.6 % of the surveyed people, there were no relapses of adaptation disorders.

Keywords: psychotherapy, prevention, maladaptation, psychological adaptation, internship doctors.

Background

The issue of influence of emotional stress on a human is one of the leading medical and social problems of our time. The most relevant question arises in the system of professional selection

and further medical and psychological support of the official activities of representatives of occupations associated with constant neuropsychic and physical stress. The main task in this case is to ensure the high efficiency of professional activity and to prevent the occurrence of maladaptive reactions and conditions [1, 2].

The World Health Organization pronounces professional stress as the disease of the 21st Century, this type of stress occurs in any occupation of any country in the world, reaching the size of the «global epidemic». The International Labor Organization estimates the loss due to the stress of two hundred billion dollars annually [3, 4].

The modern unfavorable socio-economic and political conditions in Ukraine have significantly exacerbated the problem of adapting doctors to their professional activity, raised the requirements for the quality and efficiency of medical care. The role of doctors is decisive and leading at all stages of the medical-diagnostic and rehabilitation processes. The profession of a doctor is of great social importance, since it is the responsibility of medical professionals not only for the physical health of patients who entrust the doctors with their lives, but also for their psychic health and social and psychological rehabilitation [5-7].

In modern conditions, the main tasks of postgraduate education of doctors are to provide both the improvement of professional training of internship doctors, and the provision of medical and psychological support of doctors during the period of adaptation to their professional activity. One of the most important pedagogical tasks of institutes of postgraduate education is the work of internship doctors aimed at quicker and more successful adaptation of their professional activities to a new system of social relations [8-10].

The foregoing stipulates the relevance and necessity of this research, the **purpose** of which is to develop a system of psychoprophylaxis support during the professional training of a specialist on the basis of a systematic approach to the study of mechanisms for the formation of maladaptation states of internship doctors to their professional activities.

Materials and methods of research

In order to achieve this purpose, in compliance with the principles of bioethics and medical deontology, a comprehensive clinical-anamnestic and psychodiagnostic examination of 213 doctors of Kharkiv National Medical University, including 116 women and 97 men was conducted.

The study took place in three stages. The first stage included screening of adaptation levels among internship doctors. Regarding the data obtained in this study, only 34.3 % of internship doctors (44.3 % of men and 31.4 % of women) were adapted to their professional activity (control group), in 65.7 % of internship doctors (55.7 % of men and 68.6 % of women) (main group), irrespective of socio-demographic and occupational peculiarities, maladaptation states were revealed. At the second stage of the study, a comprehensive analysis of clinical manifestations and mechanisms for the formation of adaptation disorders in internship doctors. At the third stage, the developed system of complex psychoprophylaxis influences was tested and a comparative estimation of their effectiveness was conducted.

Results

As the results of the study indicated, the adaptation of internship doctors to their occupational activity should be considered as a dynamic, multifaceted and integrated process of developing skills to meet the requirements of doctors in the period of their adaptation to professional activity. Regarding the results obtained in the study, 44.3 % of men and 31.4 % of women are adapted to their professional activity. We have

identified three main levels of adaptation of doctors to their professional activity:

1. The high level (14.1 % of surveyed internship doctors, 24.2 % of men and 12.3 % of women), is characterized by the high level of work capacity, psychological comfort, availability of reserves for overcoming critical situations, objective difficulties associated with disadvantages in the modern organization of the medical process.

2. The average level (20.2 % of internship doctors, 20.1 % of men and 19.1 % of women) is characterized by a decrease in the level of efficiency and psychological comfort in crisis situations and in the presence of shortcomings in the organization of the medical process, with a rapid recovery in their solution and the preservation of psychological comfort outside the work process.

3. The low level (65.7 % of internship doctors, 55.7 % of men and 68.6 % of women) is characterized by the development of maladaptation, psychological discomfort in everyday life. Constant feeling of dissatisfaction with themselves and their professional activities.

The work of a doctor is connected with a number of stress factors (informational, emotional, physiological, organizational) that often lead to disorders in adaptation to professional activity.

In the course of study, systematization of unfavorable social, psychological and biological factors leading to the development, maladaptation, which arise in internship doctors.

It was identified a complex of biological factors that determine the defect of the morpho-functional substrate of the brain and contribute to the development of adaptation disorders in the examined internship doctors: frequent catarrhal diseases (36.9 %), cranial traumas (16.3 %), chronic tonsillitis and sore throats (22.5 %), neuroinfections (5.6 %), chronic somatic pathology (38.5 %), alcohol abuse (4.1 %), use of toxic substances (1.3 %).

The abovementioned factors determine the biological basis and can be considered as basic factors in the formation of maladaptive states, the risk factors of which are the acquired defect of nonspecific systems (mainly limbic) of the brain, which is the basis of the notions of «personality neurology».

According to the results of the research of socio-psychological factors of the formation of adaptation disorders, 49.5 % of internship doctors are not satisfied with their working conditions, 75.6 % believe that the medical institutions are not fully provided with the necessary pharmaceutical products and medical devices, 36.4 % think that some aspects of their work are devoid of content, and only 4.2 % of the surveyed people consider their wages as sizeable and appropriate to the applied efforts.

The examined internship doctors with adaptation disorders note a deficit of positive emotions at and off work (69.2 %); awareness of inadequate level of competence (75.4 %); low motivation, lack of economic incentives (82.1 %); imperfection of the mechanisms of psychological protection (52.7 %); lack of self-regulation skills (55.2 %); conflicts in the medical environment (27.4 %); lack of professional communication (42.5 %).

As shown by the results of the study, for internship doctors with states of maladaptation, the most typical personality traits are the following: increased excitability and imbalance, conflict in relationships, vulnerability and maladministration, lability of emotions, demonstration of emotional manifestations, anxiety, and efficacy of behavior.

The surveyed people with adaptation disorders were characterized by low mood (76.2 %) with a feeling of anxiety and hopelessness (46.3 %), decreased overall activity and increased fatigue (67.2 %), decreased ability to concentrate (30.2 %), a feeling of tension, stiffness, sleep disturbance (42.2 %), characterized by difficulties in falling asleep, intermittent sleep, early awakening with the inability to fall asleep again; vegetative imbalance (38.5 %), manifested in fluctuations in blood pressure, unpleasant senses in the eyes; headache; pain in the back and neck; feeling of heaviness in the head; feelings of noise or ringing in the ears; a feeling of appearance of «flies» in front of the eyes; tachycardia.

Psychological manifestations of adaptation disorder were characterized by complaints of constant distress, dissatisfaction with the level of achievement of life goals, the lack of desire to communicate with others, the difficulties of establishing communicative contact with strangers, conflicts in the work team and in the family, reducing motivation to professional activity.

The data obtained during the study allowed to systematize the manifestations of maladaptive reactions and to identify asthenic, hypertensive, anxiodepressive, psychosomatic, asthenic-apathetic and addictive variants of maladaptive reactions among internship doctors.

In order to prevent and correct the disorders of adaptation to the professional activities of internship doctors, we have developed a system of medical and psychological support during the professional training period, which involves the use of complex psychotherapeutic, psychoeducational and psychoprophylaxis influences.

The complex system of medical and psychological support consists of 3 stages.

The first stage (psychodiagnostic) is monitoring of the psychological state through a comprehensive psychodiagnostics, which included the definition of pathological and psychological grounds for the occurrence of maladaptation (dynamic assessment of the level of anxiety and depression, assessment of the level of professional stress).

The second stage (correctional) includes a complex of psychotherapeutic and psychoeducational influences aimed at the correction of the psycho-emotional state, the level of manifestations of professional maladaptation, correction of negative individual and personal traits and false behavioral patterns.

The third stage (psychoprophylaxis) is aimed at preventing the emergence of psychological and professional maladaptation among internship doctors.

Psychotherapeutic complex in internship doctors with asthenic and asthenic-apathetic types of maladaptation included the use of rational psychotherapy (the classic version of Dubois P., 1912), autogenous training (psychotonic version of Shogham A. M. and Mirovsky K. I., 1963).

In case of hyperesthesia, the short-term psychodynamic psychotherapy (Karvasarsky B. D., 1999), cognitive training, progressive muscle relaxation developed by Jacobson E. (1963), art therapy (drawing techniques) were used.

The main forms of psychotherapeutic influence with anxiety-depressive variant were personality-oriented psychotherapy (Karvasarsky B. D., Insurina G. L., Tashlikov V. A., 1994), cognitive-behavioral therapy of Beck (Beck A. T., 2006), autogenous training in the modification of Lebedinsky M. S. and Bortnik T. L. (1969), art therapy (drawing techniques).

In the psychosomatic variant, it was used the cognitive-behavioral analytical psychotherapy (McCullough D., 2002), existential psychotherapy (Rogers C., 2002; Karasu T., 2006), as a method of psychic self-regulation it was used the method of segment training (Sukhorukov V. I., 1984).

When addictive variant, psychotherapeutic program included indirect psychotherapy (Velvovsky I. Z., 1984), existential psychotherapy (Rogers S., 2002; Karasu T., 2006) and autogenous training in the modification of Lebedinsky M. S. and Bortnik T. L. (1969).

An integral part of the psychotherapeutic program developed by us is psychoeducational trainings (Maruta N. O., Kozhina G. M., Korostiy V. I., 2011), which include the use of information modules, positive self-perception training, the formation of communicative skills and abilities, the solution of interpersonal interaction problems and problem-oriented discussions.

The purpose of the psychoprophylaxis stage was to prevent the emergence of maladaptation states of internship doctors, the increase of their socio-psychological competency, optimization of interpersonal interaction, psychological support during internship training.

The psychoprophylaxis stage includes the primary psychoprophylaxis (the development and implementation of a program of medical and psychological support, an assessment of the personal characteristics of internship doctors and predicting their adaptive reactions); the secondary psychoprophylaxis (early diagnostics of maladaptive reactions and conditions, their timely and adequate correction); the tertiary psychoprophylaxis (prophylaxis of relapse of maladaptive states of internship doctors).

Conclusions

The results of the three-year catamnestic study proved the effectiveness of the proposed system of psychotherapeutic correction of adaptation disorders among internship doctors, while the positive dynamics of the mental state was being noticed, and the maladaptive states were reduced; in 92.6 % of the surveyed people, there were no relapses of adaptation disorders.

References

- 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).
- Pshuk, N. G., & Kaminska, A. O. (2014). Delaki indyvidualno-psykholohichni predyktory formuvannya profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurhichnoho ta terapevtychnoho profilu [Some individual psychological predictors of professional disadaptation forming in surgery and therapeutic profile doctors]. *J. Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 22, issue 1 (78), pp. 84–87. (In Ukrainian).
- Vitenko, I. S., & Vjun, V. V. (2012). Profilaktika i korrekciia rasstrojstv adaptatsii 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 psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 20, issue 3 (72), pp. 169–170. (In Russian).
- 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: *Psykho-fiziologii. Medychna psykholohiia. Henetychna psykholohiia – Actual problems of psychology*, vol. 5, issue. 4: *Psychophysiology. Medical psychology. Genetic Psychology* (pp. 77–85). Kyiv: Milenium. (In Ukrainian).
- Arshava, I. F. (2006). Funktsionalni stany liudyny v protsesi adaptatsii do ekstremalnykh umov diialnosti (u paradyhmi «osobystist—stan») [Functional states of man in the process of adaptation to extreme conditions of activity (in the paradigm «person-state»)]. *Visnyk APN Ukrainy: Pedahohika i Psykholohiia – Newsletter of the NAPS of Ukraine Pedagogics and Psychology*, issue 4 (53), pp. 82–90. (In Ukrainian).
- Kozhyna, G. M., & Markova, M. V. (2012). Adaptatsiia studentiv pershoho kursu do navchalnoi diialnosti – pryorytetne zavdannia vyshchoho navchalnoho zakladu

- [Adaptation of students of the first year to the educational activity is a priority task of the higher educational institution]. *Mezhdunarodnyy psichiatricheskiy, psiho-terapevticheskij i psihoanaliticheskij zhurnal – International Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalytic Journal*, vol. 5, issue 2(28), pp. 28–34. (In Ukrainian).
7. Kozhyna, G. M., Markova, M. V., & Grynevych, Ye. H. (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).
 8. Sokolova, I. M. (2007). Psihofiziologicheskie mehanizmy adaptatsii studentov [Psychophysiological mechanisms of student adaptation]. Kharkiv: KhHMU, 412 p. (In Russian).
 9. Voloshyn, P. V., Maruta, N. O., Kozhyna, G. M., & Markova, M. V. (2016). Sotsialno-stresovyi rozlad (klinika, diahnostyka, profilaktyka) [Socio-stress disorder (clinical course, diagnostics, prevention)]. P. V. Voloshyn & N. O. Maruta (Eds.). Kharkiv: Strokov D. V., 335 p.
 10. Volosovets, O. P. (2006). Stratehiya 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).
 - Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 1 (78). – С. 84–87.
 3. Витенко И. С. Профилактика и коррекция расстройств адаптации врачей в условиях работы по принципам семейной медицины / И. С. Витенко, В. В. Вьюн // Украинский вестник психоневрології. – 2012. – Том 20, вып. 3 (72). – С. 169–170.
 4. Кокун О. М. Адаптація та адаптаційні можливості людини : прикладні аспекти / О. М. Кокун // Актуальні проблеми психології. – Т. 5, вип. 4 : Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія / За ред. С.Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2005. – С. 77–85.
 5. Аршава І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі «особистість—стан») / І. Ф. Аршава // Вісн. АПН України : Педагогіка і психологія. – 2006. – № 4 (53). – С. 82–90.
 6. Кожина А. М. Адаптація студентів першого курсу до навчальної діяльності – пріоритетне завдання вищого навчального закладу / А. М. Кожина, М. В. Маркова // Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал. – 2012. – Т. 5, № 2 (28). – С. 28–34.
 7. Кожина А. М. Проблеми адаптації студентів до навчальної діяльності у ВУЗі в умовах кредито-модульної системи освіти / А. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. Г. Гриневич // Науково-інформаційний вісник Академії наук вищої освіти України. – 2013. – № 3 (86). – С. 87–93.
 8. Соколова І. М. Психофізіологічні механізми адаптації студентів / І. М. Соколова // Монографія. – Харьков : ХГМУ, 2007. – 412 с.
 9. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / П. В. Волошин [та ін.] ; за ред. П. В. Волошина, Н. О. Марути. – Харків : Строков Д. В., 2016. – 335 с.
 10. Волосовець О. П. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної освіти України / О. П. Волосовець // Проблеми медичної науки та освіти. – 2006. – № 1. – С. 5–12.

Список використаної літератури

1. Витенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності : монографія / І. С. Витенко. – Вінниця : Нова книга, 2013. – 132 с.
2. Пшук Н. Г. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю /

ОБґРУНТУВАННЯ І ЗМІСТ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

В. В. В'юн

Актуальність. Питання впливу емоційного стресу на людину є однією з провідних медичних та соціальних проблем нашого часу. У сучасних умовах основними завданнями післядипломної освіти лікарів є забезпечення вдосконалення професійної підготовки лікарів-інтернів і надання медичної та психологічної підтримки лікарям у період адаптації до їх професійної діяльності.

Мета – розробити систему психопрофілактичного супроводу під час професійної підготовки фахівця на основі системного підходу до вивчення механізмів формування станів дезадаптації у лікарів-інтернів до їх професійної діяльності.

Матеріали та методи. Згідно з принципами біоетики та медичної деонтології ми провели комплексне клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 213 лікарів Харківського національного медичного університету (116 жінок та 97 чоловіків). Обстеження проходило в три етапи. Перший етап включав перевірку рівня адаптації лікарів-інтернів. На другому етапі проводили комплексний аналіз клінічних проявів та механізмів формування розладів адаптації у лікарів-інтернів. На третьому етапі була випробувана розроблена комплексна система психопрофілактики та проведена порівняльна оцінка її ефективності.

Результати. Лише 34,3 % інтернів (44,3 % чоловіків та 31,4 % жінок) адаптувалися до своєї професійної діяльності (контрольна група), у 65,7 % інтернів (55,7 % чоловіків та 68,6 % жінок) (основна група), незалежно від соціально-демографічних та професійних особливостей, виявлено стани дезадаптації. Ми визначили три основних рівні адаптації лікарів до їх професійної діяльності: 1) високий рівень (14,1 % опитаних лікарів стажування, 24,2 % чоловіків та 12,3 % жінок); 2) середній рівень (20,2 % стажистів, 20,1 % чоловіків та 19,1 % жінок); 3) низький рівень (65,7 % стажистів, 55,7 % чоловіків та 68,6 % жінок). З метою запобігання та корекції розладів адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності ми розробили систему медико-психологічної підтримки протягом періоду професійної підготовки, яка передбачає використання комплексних психотерапевтичних, психодукційних та психопрофілактичних впливів. Комплексна система медико-психологічної підтримки складається з 3 етапів: 1) психодіагностика; 2) корекційні втручання; 3) психопрофілактика.

Висновки. Результати трірічного катamnестичного дослідження підтвердили ефективність запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації лікарів-інтернів, спостерігалася позитивна динаміка психічного стану, зменшувались прояви станів дезадаптації; у 92,6 % опитаних не було рецидивів.

Ключові слова: психотерапія, профілактика, дезадаптація, психологічна адаптація, лікарі-інтерни.

ОБОСНОВАНИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РАЗВИТИЯ СОСТОЯНИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В. В. Вьюн

Актуальность. Вопрос влияния эмоционального стресса на человека является одной из ведущих медицинских и социальных проблем нашего времени. В современных условиях основными задачами последипломного образования врачей является обеспечение совершенствования профессиональной подготовки врачей-интернов и оказание медицинской и психологической поддержки врачам в период адаптации к их профессиональной деятельности.

Цель – разработать систему психопрофилактического сопровождения во время профессиональной подготовки специалиста на основе системного подхода к изучению механизмов формирования состояний дезадаптации у врачей-интернов к их профессиональной деятельности.

Материалы и методы. Согласно принципам биоэтики и медицинской деонтологии мы провели комплексное клинико-анамнестическое и психодиагностическое обследование 213 врачей Харьковского национального медицинского университета (116 женщин и 97 мужчин). Обследование проходило в три этапа. Первый этап включал проверку уровня адаптации врачей-интернов. На втором этапе проводился комплексный анализ клинических проявлений и механизмов формирования расстройств адаптации у врачей-интернов. На третьем этапе была испытана разработанная комплексная система психопрофилактики и проведена сравнительная оценка ее эффективности.

Результаты. Лишь 34,3 % интернов (44,3 % мужчин и 31,4 % женщин) адаптировались к своей профессиональной деятельности (контрольная группа), у 65,7 % интернов (55,7 % мужчин и 68,6 % женщин) (основная группа), независимо от социально-демографических и профессиональных особенностей, выявлено состояния дезадаптации. Мы определили три основных уровня адаптации врачей к их профессиональной деятельности: 1) высокий уровень (14,1 % опрошенных врачей стажировки, 24,2 % мужчин и 12,3 % женщин); 2) средний уровень (20,2 % стажеров, 20,1 % мужчин и 19,1 % женщин); 3) низкий уровень (65,7 % стажеров, 55,7 % мужчин и 68,6 % женщин). С целью предотвращения и коррекции расстройств адаптации к профессиональной деятельности врачей-интернов мы разработали систему медико-психологической поддержки в период профессиональной подготовки, которая предусматривает использование комплексных психотерапевтических, психодукционных и психопрофилактических воздействий. Комплексная система медико-психологической поддержки состоит из 3 этапов: 1) психодиагностика; 2) коррекционные вмешательства 3) психопрофилактика.

Выводы. Результаты трехлетнего катamnестического исследования подтвердили эффективность предложенной системы психотерапевтической коррекции расстройств адаптации врачей-интернов, наблюдалась положительная динамика психического состояния, уменьшались проявления состояния дезадаптации; у 92,6 % опрошенных не было рецидивов.

Ключевые слова: психотерапия, профилактика, дезадаптация, психологическая адаптация, врачи-интерны.

The article has been edited 03.11.2017 p.
Стаття надійшла до редакції 03.11.2017 p.

VYUN Valery Vasilovich, MD, PhD, Docent, Director of Faculty of Postgraduate Training of the Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: val.v.nnipo@gmail.com
В'ЮН Валерій Васильович, к.мед.н., доцент, директор Інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; e-mail: val.v.nnipo@gmail.com
В'ЮН Валерій Васильевич, к.мед.н., доцент, директор Інституту післядипломного образования Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина; e-mail: val.v.nnipo@gmail.com

І. В. Калугін^{1,2}, О. С. Осуховська¹**ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ФАКТОР ПОКРАЩЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПОЛІМОРБІДНІСТЮ**¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

²«Міська психіатрична лікарня № 7 м. Маріуполя», м. Маріуполь

psihlikar7glavny@ukr.net

Актуальність. В Україні на сучасному етапі проблема надання медичної допомоги пацієнтам похилого віку стає все актуальнішою. Стан здоров'я таких хворих поступово погіршується: поширеність захворювань серед осіб геронтологічного профілю за останнє десятиріччя зросла майже на 30 %. Наявність поліморбідності потребує диференційної поліфокусної терапії на тлі зміненої віковим фактором фармакодинаміки і фармакокінетики лікарських засобів з урахуванням наявності органічних психоневрологічних захворювань (атеросклероз, деменція, шизофренія тощо) та ризику надлишкового призначення медикаментів з потенційною можливістю формування медикаментозної залежності. Крім того, пацієнти з поліморбідністю схильні до недотримання медичних рекомендацій, самолікування та суб'єктивних пасивних відносин у лікувальному процесі. В результаті ускладнюється проведення діагностики, лікування, значно знижуються комплаєнс у взаєминах лікаря і пацієнта та задоволеність пацієнта медичною допомогою.

Метою дослідження було визначення впливу психотерапії на якість життя і задоволеність медичною допомогою у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю.

Матеріали та методи. У рандомізованому контрольованому дослідженні взяли участь 325 пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю. Основна група – 238 осіб – отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання, яке складалось з психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії. Група порівняння – 87 осіб – отримувала тільки стандартне лікування. Пацієнти були оцінені за шкалою якості життя SF-36 та опитувальником задоволеності пацієнта PSQ. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми SPSS for Windows.

Результати. Відмічено суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги, незалежно від її обсягу (8,32 бали; $p < 0,001$). Зміни в рівні задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) в основній групі, відносно групи порівняння, склали 3,63 бала та були наддостовірними ($p < 0,001$). Більш суттєве покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування демонстрували пацієнти молодшого віку ($r = -0,149$; $p = 0,007$), з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційоване з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії ($r = 0,121$; $p = 0,029$) і униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Однаки були більш чутливими щодо задоволеності медичною допомогою, порівняно з заміжними / одруженими пацієнтами ($r_s = -0,122$; $p = 0,028$). Схильні до самолікування пацієнти мали більші зміни якості життя після лікування ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), але менші зміни задоволеності медичною допомогою ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$).

Висновки. Доведено надзвичайну актуальність отримання комплексної медичної допомоги для пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю. Підтверджено наукову гіпотезу дослідження, що психотерапія сприяє покращенню якості життя і задоволеності пацієнтів.

Ключові слова:
психотерапія, якість життя, задоволеність, психічний розлад, поліморбідність, похилий вік, пацієнти геронтологічного профілю.

Актуальність. Стан поліморбідності майже півстоліття привертає увагу багатьох дослідників, тому що одночасна наявність у пацієнта декількох захворювань,

почасти не пов'язаних між собою патогенетичними механізмами [1], значно ускладнює процес курації і збільшує тягар хвороби для нього, його родини і системи охорони

здоров'я загалом. Наявність поліморбідності примушує пацієнтів звертатися до лікарів різних спеціальностей, що, в свою чергу, породжує проблему надмірної фармакотерапії у вигляді поліпрагмазії та поліфармації [2].

Зі збільшенням середнього віку зростає кількість людей, що страждають від хронічних захворювань (соматичних і психічних) та інвалідності внаслідок онкологічних, серцево-судинних, легеневих, цереброваскулярних захворювань, переломів та їх наслідків, дементуючих процесів тощо. Наявність декількох захворювань у однієї особи, їх прогредієнтність значною мірою залежать від конституціональної нейросоматичної уразливості і ало-статичного навантаження зовнішнього та внутрішнього середовища, насамперед періодичних гострих або хронічних стресових ситуацій. З віком явище поліморбідності набуває більшої поширеності та інтенсивності [3].

Вивчення коморбідності психічних і соматичних захворювань на прикладі шизофренії, біполярного афективного розладу, депресивних і тривожних та когнітивних розладів довело наявність позитивного статистично значущого зв'язку між загальносоматичною і психіатричною захворюваністю, в тому числі в осіб похилого віку [2]. За допомогою психонейроімуноендокринології для багатьох складних поєднаних хворобливих станів були визначені спільні патогенетичні ланки [4].

У дослідженні пацієнтів у віці 39–90 років (середній вік 65 років) середня кількість супутніх захворювань, виявлених у них, складала 2,3 (діапазон 1–7). Основними модифікаторами терапевтичної поведінки при цьому були визначені сподівання щодо здоров'я пацієнтів, стосунки між пацієнтом і лікарем, мотивація пацієнтів та сприйняття ними контролю захворювань. Важливо, що респонденти хотіли більшої власної участі в процесі прийняття рішень стосовно їхнього лікування та здоров'я в цілому, отримання більшої кількості інформації про свою хворобу і ліки [5].

Взаємовплив захворювань змінює класичну клінічну картину, характер перебігу, збільшує кількість ускладнень і їх тяжкість, погіршує якість життя і прогноз, в результаті – ускладнює лікувально-діагностичний процес, значно знижує комплаєнс у взаєминах лікаря і пацієнта та задоволеність пацієнта медичною допомогою. Пацієнти з поліморбідністю схильні до недотримання медичних рекомендацій, самолікування та суб'єкт-об'єктних пасивних стосунків у лікувальному процесі [2, 6].

Комплаєнс щодо вживання ліків є важливою частиною догляду за пацієнтами. Підвищення прихильності до лікування може мати значно ефективніший вплив на здоров'я населення, ніж удосконалення будь-якого конкретного методу лікування [7]. Навпаки, недотримання рекомендацій щодо лікування призводить до поганих клінічних результатів, збільшення захворюваності та смертності, непотрібних витрат на охорону здоров'я. Встановлено, що приблизно 50–60 % пацієнтів, особливо тих, хто страждає на хронічні захворювання, не дотримуються призначеного режиму лікування [8, 9].

Додатковим фактором ризику для пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю є використання потенційно невідповідних ліків. У бразильському дослідженні щодо прийому ліків пацієнтами, які перебували в будинках догляду, отримані наступні

дані. Серед літніх пацієнтів, які щоденно вживали препарати, 82,6 % приймали принаймні один препарат без призначення лікаря, з них найчастіше антипсихотики – 26,5 %, та анальгетики – 15,1 %. З усіх препаратів 32,4 % використовували для самолікування, причому 29,7 % з них були такими, яких людям похилого віку слід уника-ти, незалежно від їхнього стану, 1,1 % – неприйнятними ліками для літніх людей із певними захворюваннями або синдромами, а 1,6 % – ліками, які слід використовувати з обережністю [10].

Інше дослідження показало, що у Франції понад 20 % госпіталізацій людей похилого віку є наслідком побічної дії прийнятих ліків, половині яких можна було запобігти [11]. Разом з тим, фармакологічні рекомендації при виписці з психіатричного стаціонару містили достовірно менше потенційно неприйнятних ліків для літнього пацієнта, порівняно з госпіталізацією ($p < 0,001$) [12]. Отже, проблеми нераціональної фармакотерапії в стаціонарі та самолікування справді є значущими для пацієнтів похилого віку, особливо з психічними розладами і поліморбідністю [13].

Оцінка якості життя у світовій медичній практиці останніми роками також набуває все більшого значення – як показник загального стану пацієнта, ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, що проводяться, а також як прогностичний критерій захворювання. У літньому віці суб'єктивна оцінка якості життя впливає на перебіг соматичних і психічних розладів, визначається ступенем незалежності пацієнта від сторонньої допомоги, здатністю керувати власним життям [14].

Міжнародний досвід свідчить про збільшення очікувань пацієнтів щодо якості надання медичної допомоги пропорційно підвищенню рівня розвитку країни загалом і системи охорони здоров'я зокрема [15]. У більшості індустріально розвинених країн рівень задоволеності медичною допомогою досить високий – близько 90 % у Швеції і Швейцарії, близько 70 % – у Великобританії, Німеччині, Іспанії та Словенії. Разом з тим, 70 % опитаних пацієнтів в Італії та Польщі негативно оцінили досвід отримання медичної допомоги. Патерналізм у взаєминах «лікар – пацієнт», як і раніше, залишається найпоширенішою моделлю стосунків, обумовлюючи пасивну роль пацієнта в лікувальному процесі. Дослідження показало [15], що пацієнти європейських країн стурбовані поступовим витісненням довірчих стосунків прагматичним підходом лікарів до надання медичної допомоги, що знижує і рівень задоволеності пацієнтів в цілому. Експерти Cooperative Group на основі досвіду 5-річного періоду спостережень зауважили, що розуміння вимог і потреб пацієнтів шляхом оцінки їх задоволеності сприяє активній участі хворих у процесі лікування, збільшує його ефективність [16].

Нестача інформації та подальше виключення процесу обговорення і прийняття рішень про лікування є найчастішими скаргами пацієнтів із вадами психічного здоров'я, а підвищення обізнаності пацієнтів щодо захворювання зменшує занепокоєння з приводу лікування, підвищує його ефективність і якість життя [17]. Розуміння факторів та процесів взаємодії лікарів і пацієнтів може поліпшити багато аспектів надання медичної допомоги. Вік хворих пов'язаний зі стилем взаємодії з лікарем, із

задоволеністю пацієнтів. Лікарі частіше зустрічаються з пацієнтами старше 65 років, а літні особи більш задоволені зустрічами, зосередженими на пацієнтах [18, 19].

Сприяння незалежності має важливе значення на всіх стадіях терапії деменції [20, 24]. Хоча рівень незалежності зменшується з прогресивністю стадії деменції та інших захворювань, для забезпечення достатньої якості життя і благополуччя важливо дотримуватися балансу між доглядом за пацієнтом та його продуктивністю, дозволам, соціальною та духовною діяльністю [20, 21, 23].

Психотерапевтичне втручання, спрямоване на обізнаність пацієнта з питаннями свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, за нашою гіпотезою, сприяє підвищенню комплаєнсу, якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади [22, 24].

R. Kemp і співавт. [25] розробили метод комплаєнс-терапії, у якому використовується когнітивно-біхевіоральний підхід у поєднанні з мотиваційним інтерв'ю. Цей метод сфокусований на підвищенні критичного ставлення до захворювання і поліпшенні якості дотримання лікувальних рекомендацій. Надалі цей метод був удосконалений і набув продовження в проєкті Innovative Care for Chronic Conditions [26]. Саме ці розробки були використані нами як прототиби при створенні психотерапевтичної програми.

Метою дослідження було визначення впливу психотерапії на якість життя і задоволеність медичною допомогою у пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбідністю.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні, яке проводилося за умови отримання інформованої згоди, взяли участь 325 пацієнтів з поліморбідністю, які отримували стаціонарне лікування у геронтопсихіатричному відділенні ПНЛ м. Маріуполь. Дослідження мало дизайн рандомізованого контрольованого клінічного випробування. Рандомізування проводилось за допомогою комп'ютерної програми. Пацієнти були рандомізовані на основну та порівняльну групи за типом лікування у співвідношенні 3:1, з урахуванням віку й статі, з дотриманням репрезентативності за цими показниками. В основній групі було 238 пацієнтів, у групі порівняння – 87 пацієнтів.

Пацієнти основної групи отримували лікування відповідно до стандартів терапії основного та клінічно значущих супутніх захворювань, а також психотерапевтичне втручання за спеціальною програмою, яка складалася з трьох частин: інформаційної, спонукальної і рефлексивної, та передбачала поєднання психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії.

Група порівняння, до якої увійшли 87 осіб, отримувала тільки стандартне лікування основного психічного розладу і клінічно значущих супутніх соматичних захворювань.

У всіх пацієнтів визначали рівень поліморбідності за Сукупною шкалою оцінки захворювань для геріатрії Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G), медикаментозне навантаження (щоденне, періодичне, самолікування), а також рівень задоволеності наданням медичної допомоги за Опитувальником задоволеності пацієнтів Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), якості життя за шкалою SF-36 та комплаєнсу за шкалою оцінки рівня комплаєнсу MMAS.

Результати та їх обговорення

За результатами оцінки задоволеності якістю надання медичної допомоги ми виявили наступні особливості пацієнтів геронтопсихіатричного профілю. У всіх обстежених пацієнтів, незалежно від обсягу наданої стаціонарної допомоги, відмічалось суттєве покращення задоволеності наданням допомоги в цілому. За шкалою PSQ цей показник склав 8,32 бала із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$) (табл. 1).

Тобто, 95 % геронтопсихіатричних пацієнтів вказали на збільшення задоволеності наданням допомоги на 12,5–15,2 % незалежно від її обсягу, що, на нашу думку, підкреслює підвищену потребу цих пацієнтів в отриманні будь-якої медичної допомоги.

Міжгрупова різниця за базовими і кінцевими показниками PSQ в основній групі й групі порівняння була недостовірною (відповідно $p = 0,052$ і $p = 0,145$). Оцінка базових показників, з одного боку, свідчить про можливість порівняння окремих клінічних груп після рандомізування вибірки, а з іншого – про те, що загальний середній рівень задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) у клінічних групах суттєво не відрізнявся (відповідно ОГ – 68,63 бала; ПГ – 67,21 бала) (табл. 2).

Таблиця 1. Загальна кількість балів за шкалою PSQ та зміни під час лікування

Показник	Середня	Стандартне відхилення	Різниця	95 % довірчий інтервал	Статистична значимість
PSQ-9 до лікування	59,93	9,138	-8,32	-9,14...-7,50	<0,001
PSQ-9 після лікування	68,25	7,762			

Примітка. В середньому по вибірці відмічалось суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги. За шкалою PSQ воно склало 8,32 бала із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$).

Таблиця 2. Базові та кінцеві (після лікування) показники задоволеності пацієнта лікуванням (PSQ) у досліджуваних групах

Показник	Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
PSQ базовий	ПГ	87	61,55	9,528	59,52–63,58	0,052
	ОГ	238	59,33	8,938	58,19–60,47	
PSQ кінцевий	ПГ	87	67,21	8,087	65,48–68,93	0,145
	ОГ	238	68,63	7,762	67,40–69,09	

Примітка. Міжгрупова різниця за базовим і кінцевим показниками PSQ недостовірною.

За даними дисперсійного аналізу (ANOVA), зміни в рівні задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) в основній групі відносно порівняльної групи склали 3,63 бала та були наддоставірними ($p < 0,001$). Це підтвердило гіпотезу дослідження про те, що психотерапевтичні інтервенції (психоосвіта, комплаєнс-терапія, тренінг профілактики фармакоманії) покращують задоволеність пацієнтів лікуванням (табл. 3).

Таблиця 3. Зміни задоволеності лікуванням у рамках дослідження, різниця між кінцевим та базовим рівнями за шкалою PSQ. Дисперсійний аналіз (ANOVA)

Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
ПГ	87	5,66	8,264	3,89–7,42	<0,001
ОГ	238	9,29	6,941	8,41–10,18	

Примітка. Зміни в експериментальній групі, порівняно із контрольною, склали 3,63 бала та були наддоставірними ($p < 0,001$). Це підтверджує гіпотезу дослідження, що психологічні інтервенції покращують задоволеність пацієнтів лікуванням.

Проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок окремих клінічних груп виявився статистично недоставірним, що підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій у цих групах за шкалою PSQ та можливість проведення дисперсійного аналізу (табл. 4).

Таблиця 4. Тест Левене для дисперсійного аналізу за змінами за PSQ

Індекс Левене	Df1	Df2	Статистична значимість
2,783	1	323	0,096

Примітка. Тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок статистично недоставірний, що підтверджує гіпотезу про рівність дисперсій щодо шкали PSQ та можливість проведення дисперсійного аналізу.

При оцінці прихильності до лікування ми з'ясували, що вона суттєво відрізнялась між групами, включаючи вихідні (базові) показники. В основній групі комплаєнтність за шкалою MMAS була достовірно більшою на 0,52 бала, ніж у групі порівняння до початку лікування ($p = 0,007$) (табл. 5). Це означає, що ми не мали можливості спиратися на результати дисперсійного аналізу щодо впливу психологічних інтервенцій на зміну в комплаєнтності обстежених нами пацієнтів геронтопсихіатричного профілю.

За даними дисперсійного аналізу (ANOVA), достовірних відмінностей у зміні комплаєнтності між основною

та порівняльною групами виявлено не було ($p = 0,490$) (табл. 6).

Проведений нами тест Левене на гомогенність дисперсії вибірок окремих клінічних груп виявився статистично недоставірним, що підтвердило гіпотезу про рівність дисперсій у цих групах щодо шкали комплаєнтності MMAS та можливість проведення дисперсійного аналізу (табл. 7). Але попередні дані з порівняння початкових показників за цією шкалою унеможливають дисперсійний аналіз.

За даними кореляційного аналізу було визначено, що зміни за шкалою якості життя SF-36 протягом лікування достовірно обернено слабо корелювали із віком ($r = -0,149$; $p = 0,007$). Таким чином, якість життя внаслідок стаціонарного лікування більш суттєво покращилася у пацієнтів молодшого віку. Також зміни в якості життя за шкалою SF-36 достовірно прямо слабо корелювали із загальним балом за шкалою MMSE ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Отже, більше покращення якості життя було у пацієнтів із меншим дефіцитом когнітивного функціонування (більшим загальним балом за шкалою MMSE). Зміни за шкалою задоволеності наданням медичної допомоги PSQ прямо корелювали із загальною кількістю препаратів, які пацієнт приймав постійно ($r = 0,121$; $p = 0,029$), і обернено корелювали з кількістю препаратів, які пацієнт приймав періодично ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Тобто, збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційоване з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії і униканням додаткового періодичного прийому препаратів.

Кореляційний аналіз за Пірсоном між змінами у якості життя / задоволеності лікуванням та різними показниками дозволив зробити наступні висновки. Зміни за SF-36 протягом лікування достовірно обернено корелювали із віком, сила кореляції – слабка. Це означає, що суттєвіше покращення якості життя мали молодші пацієнти. Зміни за SF-36 достовірно прямо корелювали із загальним балом MMSE (сила кореляції слабка). Це означає, що більше покращення якості життя спостерігалось у пацієнтів, які набирали більше балів по MMSE. Зміни за PSQ прямо корелювали із загальною кількістю препаратів, які пацієнт приймав постійно.

Ми відмітили пряму кореляцію середньої сили ($r_s = 0,226$; $p < 0,001$) між змінами задоволеності наданням

Таблиця 5. Початкові та кінцеві показники комплаєнтності за шкалою MMAS

Показник	Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
MMAS, базова	ПГ	87	2,60	1,40	2,30–2,90	0,007
	ОГ	238	3,12	1,60	2,92–3,33	
MMAS, кінцева	ПГ	87	3,81	1,23	3,55–4,07	<0,001
	ОГ	238	4,41	1,36	4,24–4,58	

Примітка. Прихильність до лікування суттєво відрізнялась між групами, включаючи вихідні (базові) показники. В експериментальній групі комплаєнтність була достовірно більшою на 0,52 бала, ніж у контрольній групі, до початку лікування ($p = 0,007$).

Таблиця 6. Зміни за шкалою MMAS у рамках дослідження, різниця між кінцевим та базовим рівнями за шкалою дисперсійного аналізу (ANOVA)

Група	Кількість пацієнтів	Середня	Стандартне відхилення	95 % довірчий інтервал	p
ПГ	87	1,21	0,891	1,02–1,40	0,490
ОГ	238	1,29	0,934	1,17–1,41	

Примітка. Достовірних відмінностей у зміні комплаєнтності між експериментальною та контрольною групами виявлено не було.

Таблиця 7. Тест Левене для дисперсійного аналізу за змінами за Шкалою комплаєнтності MMAS

Індекс Левене	Df1	Df2	Статистична значимість
0,010	1	323	0,922

Примітка. Тест Левене на гомогенність дисперсій вибірок статистично недостовірний, що підтверджує гіпотезу про рівність дисперсій щодо шкали MMAS та можливість проведення дисперсійного аналізу.

медичної допомоги за шкалою PSQ та клінічною групою, до якої входив пацієнт (без психотерапевтичного компонента або з ним). Також пряма сильна кореляція була виявлена між змінами якості життя за шкалою SF-36 ($r_s=0,5$; $p<0,001$) та клінічною групою, до якої входив пацієнт. Таким чином, були підтверджені дані дисперсійного аналізу щодо того, що психотерапевтичні інтервенції сприяють покращенню якості життя та задоволеності пацієнта наданням медичної допомоги.

Слабка обернена кореляція виявлена між сімейним станом пацієнта та змінами за шкалою PSQ ($r_s=-0,122$; $p=0,028$). Це свідчить про те, що одинаки були більш чутливими щодо задоволеності наданням медичної допомоги, про що свідчать зміни за шкалою PSQ, порівняно з заміжними та одруженими пацієнтами. Самолікування пацієнтів геронтопсихіатричного профілю обернено корелювало із змінами задоволеності медичною допомогою за шкалою PSQ, але прямо – із змінами якості життя за шкалою SF-36. В обох випадках сила кореляції була дуже слабкою (відповідно $r_s=-0,115$; $p=0,038$ та $r_s=0,119$; $p=0,033$). Варто зауважити, що у пацієнтів, які були схильні до самолікування, виявлені більші зміни якості життя за шкалою SF-36 після лікування, але, водночас, – менші зміни задоволеності медичною допомогою за шкалою PSQ.

Кореляційний аналіз за Спірменом між змінами у якості життя / задоволеності лікуванням та різними дихотомічними показниками показав наступне. Статистично достовірна різниця мала місце у таких випадках. Пряма кореляція середньої сили ($r=0,226$) виявлена між змінами PSQ та групою, до якої входив пацієнт. Пряма сильна кореляція виявлена між змінами за шкалою SF-36 ($r=0,5$) та групою, до якої входив пацієнт. Це підтверджує дані дисперсійного аналізу про те, що психологічні інтервенції покращують якість життя та задоволеність пацієнта лікуванням. Слабка обернена кореляція виявлена між сімейним станом та змінами за PSQ ($r=-0,122$), це означає, що у одинаків зміни за PSQ були більшими, ніж у одружених/заміжних. Самолікування обернено корелювало із змінами за PSQ, та прямо – із змінами за SF-36; сила кореляції дуже слабка ($-0,115$ та $0,119$ відповідно). У пацієнтів, які займалися самолікуванням, виявлені більші зміни за SF-36 після лікування, але, в той же час, менші – за PSQ.

Отримані нами дані щодо суттєвого ($p<0,001$) покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги для всієї вибірки обстежених пацієнтів, незалежно від обсягу наданої стаціонарної допомоги, збігаються з даними дослідження М. Crosier щодо потенційних переваг використання зворотного зв'язку з пацієнтами, які страждають на тяжкі перманентні психічні захворювання. На підвищену потребу пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю в отриманні будь-якої медичної допомоги, незалежно від її обсягу,

вказують позитивні зміни задоволеності на 12,5–15,2 % у 95 % геронтопсихіатричних пацієнтів.

Підтвердженням гіпотези дослідження, що психотерапевтичні інтервенції (психоосвіта, комплаєнс-терапія, тренінг профілактики фармакоманії) покращують задоволеність пацієнтів лікуванням, можна вважати наддоставні зміни в рівні задоволеності наданням медичної допомоги після лікування (PSQ) в основній групі відносно порівняльної (3,63 бала; $p<0,001$).

Більш суттєве покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування демонстрували пацієнти молодшого віку ($r=-0,149$; $p=0,007$). Також більше покращення якості життя спостерігали у пацієнтів із меншим дефіцитом когнітивного функціонування (більшим загальним балом за шкалою MMSE) ($r=0,282$; $p<0,001$).

Ми виявили, що збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційоване з більшою кількістю ліків у постійній схемі терапії ($r=0,121$; $p=0,029$) і униканням додаткового періодичного прийому препаратів ($r=-0,134$; $p=0,015$). На наш погляд, такі результати виявилися наслідком оптимізації фармакотерапії, призначеної психосоматичним консилиумом з урахуванням супутніх захворювань в активній фазі. Крім того, ми визначили, що психотерапевтичні інтервенції сприяли покращенню якості життя ($r_s=0,5$; $p<0,001$) та задоволеності пацієнта наданням медичної допомоги ($r_s=0,226$; $p<0,001$).

Додатково ми визначили, що одинаки були більш чутливими щодо зміни задоволеності наданням медичної допомоги в процесі лікування, порівняно з заміжними та одруженими пацієнтами ($r_s=-0,122$; $p=0,028$). Це могло бути відображенням їх більшого залучення в лікувальний процес та часткового відновлення комунікативного простору при перебуванні в стаціонарі.

У пацієнтів, схильних до самолікування, виявлені більші зміни якості життя після лікування ($r_s=0,119$; $p=0,033$), але менші – в задоволеності медичною допомогою ($r_s=-0,115$; $p=0,038$). Отже, оптимізація фармакотерапії в стаціонарі і зменшення самолікування пацієнтів, які були схильними до нього, сприяли підвищенню якості життя. Менші зміни в задоволеності медичною допомогою пацієнтів, схильних до самолікування, могли бути обумовлені суб'єктивним зменшенням незалежності у прийомі ліків і певним відтермінуванням у часі ефективності психотерапевтичного втручання.

Висновки

У проведеному дослідженні доведено підвищену потребу пацієнтів похилого віку з психічними розладами і поліморбідністю в отриманні медичної допомоги. Підтверджено гіпотезу дослідження, що психотерапія, спрямована на обізнаність пацієнта щодо свого захворювання і методів його лікування, створення терапевтичного альянсу і запобігання самолікуванню, сприяє підвищенню якості життя і задоволеності медичною допомогою поліморбідних пацієнтів похилого віку, які страждають на психічні розлади.

Список використаної літератури

1. Feinstein A. R. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease / A. R. Feinstein // Journal of chronic diseases. – 1970. – Vol. 23, issue 7. – P. 455–468.
2. Luzny J. Does gerontopsychiatry belong to medicine? Cross-sectional study monitoring polymorbidity in hospitalized gerontopsychiatric patients / J. Luzny,

- J. Bellova, E. Donek // Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. – 2010. – Vol. 154, issue 1. – P. 89–92.
3. Zarea K. Adherence to Medication Regimen in Patients with Severe and Chronic Psychiatric Disorders: A Qualitative Study / K. Zarea, M. Fereidooni-Moghadam, A. Hakim // Issues in mental health nursing. – 2016. – Vol. 37, issue 11. – P. 868–874. DOI: 10.1080/01612840.2016.1239147.
4. Nemeroff C. B. Psychoneuroimmunoendocrinology: The biological basis of mind-body physiology and pathophysiology / C. B. Nemeroff // *Depress Anxiety*. – 2013. – Vol. 30, issue 4. – P. 285–287. DOI: 10.1002/da.22110.
5. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study / N. Pagès-Puigdemont, M. A. Mangues, M. Masip [et al.] // *Advances in therapy*. – 2016. – Vol. 33, issue 10. – P. 1740–1754. DOI: 10.1007/s12325-016-0394-6.
6. Lam W. Y. Medication Adherence Measures: An Overview [Electronic resource] / W. Y. Lam, P. Fresco // *BioMed Research International*. – 2015. – Article ID 217047. – 12 p. – DOI: 10.1155/2015/217047. – Available at: <http://doi.org/10.1155/2015/217047> (accessed 05.09.2017).
7. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action 2003. [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization. – Available at: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en (accessed 05.09.2017).
8. Lavsa S. M. Selection of a validated scale for measuring medication adherence / S. M. Lavsa, A. Holzworth, N. T. Ansani // *Journal of the American Pharmacists Association*. – 2011. – Vol. 51, issue 1. – P. 90–94. DOI: 10.1331/JAPhA.2011.09154.
9. The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence / B. L. Svarstad, B. A. Chewning, B. L. Sleath, C. Claesson // *Patient Education & Counseling*. – 1999. – Vol. 37, issue 2. – P. 113–124. DOI: 10.1016/S0738-3991(98)00107-4.
10. Potentially inappropriate medications used by the elderly: prevalence and risk factors in Brazilian care homes / T. J. Vieira de Lima, C. A. Garbin, A. J. Garbin [et al.] // *BMC geriatrics*. – 2013. – Vol. 13, issue 1. – P. 52. DOI: 10.1186/1471-2318-13-52..
11. Impact of acute geriatric care in elderly patients according to the Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment criteria in northern France / A. Frély, E. Chazard, A. Pansu [et al.] // *Geriatrics & gerontology international*. – 2016. – Vol. 16, issue 2. – P. 272–278. DOI: 10.1111/ggi.12474.
12. Evaluation of prescription pattern of psycholeptic medications at hospital discharge for patients with cardiovascular diseases in national cardiovascular disease hospital of Bangladesh / M. M. N. Uddin, M. S. H. Kabir, M. M. Al-Amin [et al.] // *Journal of Applied Pharmaceutical Science*. – 2017. – Vol. 7, issue 03. – P. 017–023. DOI: 10.7324/JAPS.2017.70304.
13. Чабан О. С. Психосоматическая коморбидность и качество жизни у пациентов пожилого возраста / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // *Таврический журнал психиатрии*. – 2015. – Т. 19, № 3 (72). – С. 13–21.
14. Мелёхин А. И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы [Электронный ресурс] / А. И. Мелёхин // *Современная зарубежная психология*. – 2016. – Т. 5, № 1. – С. 53–63. DOI: 10.17759/jmfp.2016050107.
15. Фоменко А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения [Электронный ресурс] / А. Г. Фоменко // *Медицинские новости*. – 2011. – № 11. – С. 31–38. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=5136> (дата обращения: 05.09.2017).
16. Crosier M. Improving Satisfaction in Patients Receiving Mental Health Care: A Case Study / M. Crosier, J. Scott, B. Steinfeld // *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. – 2012. – Vol. 39, issue 1. – P. 42–54. DOI: 10.1007/s11414-011-9252-0.
17. Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives / K. Pollock, J. Grime, E. Baker, K. Mantala // *Journal of Mental Health*. – 2004. – Vol. 13, issue 4. – P. 389–401. DOI: 10.1080/09638230410001729834.
18. Graham J. Happy with your care? / J. Graham, I. Denoual, D. Cairns // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2005. – Vol. 12, issue 2. – P. 173–178. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00814.x.
19. Mitchell Peck B. Age-Related Differences in Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction / B. Mitchell Peck // *Current Gerontology and Geriatrics Research*. – 2011. – Vol. 2011. – Article ID 137492. – 10 p. DOI: 10.1155/2011/137492.
20. A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment / D. Smith, J. Lovell, C. Weller [et al.]. – PLoS one. – 2017. – Vol. 12, issue 2. – Article ID e0170651. DOI: 10.1371/journal.pone.0170651.
21. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care: NICE Clinical Guidelines, No. 42 / National Collaborating Centre for Mental Health (UK). – Leicester (UK): British Psychological Society, 2007.
22. Bowling A. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief) / A. Bowling, M. Hankins // *Archives of Gerontology and Geriatrics*. – 2013. – Vol. 56, No. 1. – P. 181–187. DOI: 10.1016/j.archger.2012.08.012.
23. Machado F. Quality of life and Alzheimer's disease Influence of participation at a rehabilitation center / F. Machado, P. V. Nunes // *Dementia and Neuropsychologia*. – 2009. – No. 3. – P. 241–247. DOI: 10.1590/S1807-59322011000800015.
24. Adherence to medication in patients with dementia / S. Arlt, R. Lindner, A. Rösler, W. Von Renteln-Kruse // *Drugs & aging*. – 2008. – Vol. 25, issue 12. – P. 1033–1047. DOI: 10.2165/0002512-200825120-00005.
25. Kemp R. Insight and compliance / R. Kemp, A. David // *Treatment compliance and the therapeutic alliance in serious mental illness* // B. Blackwell (ed.). – The Netherlands: Harwood Academic Publishers, 1997. – P. 61–84.
26. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report. – Geneva: WHO, 2002 [ISBN 9241590173].

References

1. Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of chronic diseases*, vol. 23, issue 7, pp. 455–468.
2. Luzny, J., Bellova J., & Donek, E. (2010). Does gerontopsychiatry belong to medicine? Cross-sectional study monitoring polymorbidity in hospitalized gerontopsychiatric patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*, vol. 154, issue 1, pp. 89–92.
3. Zarea, K., Fereidooni-Moghadam, M., & Hakim, A. (2016). Adherence to Medication Regimen in Patients with Severe and Chronic Psychiatric Disorders: A Qualitative Study. *Issues in mental health nursing*, vol. 37, issue 11, pp. 868–874. DOI: 10.1080/01612840.2016.1239147.
4. Nemeroff, C. B. (2013). Psychoneuroimmunoendocrinology: The biological basis of mind-body physiology and pathophysiology. *Depress Anxiety*, vol. 30, issue 4, pp. 285–287. DOI: 10.1002/da.22110.
5. Pagès-Puigdemont, N., Mangues, M. A., Masip, M., Gabriele, G., Fernández-Maldonado, L., Blancafort, S., & Tuneu, L. (2016). Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Advances in therapy*, vol. 33, issue 10, pp. 1740–1754. DOI: 10.1007/s12325-016-0394-6.
6. Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, article ID 217047, 12 p. DOI: 10.1155/2015/217047. Available at: <http://doi.org/10.1155/2015/217047> (accessed 05.09.2017).
7. Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action 2003. Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en (accessed 05.09.2017).
8. Lavsa, S. M., Holzworth, A., & Ansani, N. T. (2011). Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 51, issue 1, pp. 90–94. DOI: 10.1331/JAPhA.2011.09154.
9. Svarstad, B. L., Chewning, B. A., Sleath, B. L., & Claesson, C. (1999). The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education & Counseling*, vol. 37, issue 2, pp. 113–124. DOI: 10.1016/S0738-3991(98)00107-4.
10. Vieira de Lima, T. J., Garbin, C. A., Garbin, A. J., Sumida, D. H., & Saliba, O. (2013). Potentially inappropriate medications used by the elderly: prevalence and risk factors in Brazilian care homes. *BMC geriatrics*, vol. 13, issue 1, pp. 52. DOI: 10.1186/1471-2318-13-52.
11. Frély, A., Chazard, E., Pansu, A., Beuscart, J. B., & Puisieux, F. (2016). Impact of acute geriatric care in elderly patients according to the Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment criteria in northern France. *Geriatrics & gerontology international*, vol. 16, issue 2, pp. 272–278. DOI: 10.1111/ggi.12474.
12. Uddin, Mir Muhammad Nasir, Kabir, Mohammad Shah Hafez, Al-Amin, Md. Mamun, Hasan, Mynul, Emran, Talha Bin, Islam, Mohammad Touhidul, Islam, Md Ashiqul, & Ahmed, Shahriar (2017). Evaluation of prescription pattern of psycholeptic medications at hospital discharge for patients with cardiovascular diseases in national cardiovascular disease hospital of Bangladesh. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, vol. 7, issue 3, pp. 17–23. DOI: 10.7324/JAPS.2017.70304.
13. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2015). Psihosomaticheskaja komorbidnost' i kachestvo zhizni u pacientov pozhilogo vozrasta [Psychosomatic comorbidity and quality of life in elderly patients]. *Tavriskij zhurnal psichiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca*, vol. 19, no. 3 (72), pp. 13–21. (In Russian).
14. Melehin, A. I. (2016). Kachestvo zhizni v pozhilom i starcheskom vozraste: problemnye voprosy [Quality of life in elderly age: areas of concern]. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija – Journal of Modern Foreign Psychology*, vol. 5, no. 1, pp. 53–63. DOI: 10.17759/jmfp.2016050107.
15. Famenka, A. G. (2011). Udovletvorennost' pacientov kachestvom medicinskoj pomoshhi i ih ozhidaniya otnositel'no perspektiv razvitiya zdorvoohranenija [Patient expectations and satisfaction with health care]. *Medicinskie novosti – Medical News*, no. 11, pp. 31–38. Available at: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=5136> (accessed 05.09.2017).
16. Crosier, M., Scott, J., & Steinfeld, B. (2012). Improving Satisfaction in Patients Receiving Mental Health Care: A Case Study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 39, issue 1, pp. 42–54. DOI: 10.1007/s11414-011-9252-0.
17. Pollock, K., Grime, J., Baker, E., & Mantala, K. (2004). Meeting the information needs of psychiatric inpatients: Staff and patient perspectives. *Journal of Mental Health*, vol. 13, issue 4, pp. 389–401. DOI: 10.1080/09638230410001729834.
18. Graham, J., Denoual, I., & Cairns, D. (2005). Happy with your care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. – 2005. – Vol. 12, issue 2. – P. 173–178. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00814.x.
19. Mitchell Peck B. (2011). Age-Related Differences in Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, vol. 2011, article ID 137492, 10 p. DOI: 10.1155/2011/137492.
20. Smith, D., Lovell, J., Weller, C., Kennedy, B., Winbolt, M., Young, C., & Ibrahim, Joseph (2017). A systematic review of medication non-adherence in persons with dementia or cognitive impairment. *PloS one*, vol. 12, issue 2, article ID e0170651. DOI: 10.1371/journal.pone.0170651.

21. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care (2007). *NICE Clinical Guidelines*, no. 42, National Collaborating Centre for Mental Health (UK), Leicester (UK); British Psychological Society.
22. Bowling, A., & Hankins, M. (2013). A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 56, no. 1, pp. 181–187. DOI: 10.1016/j.archger.2012.08.012.
23. Machado, F., & Nunes, P. V. (2009). Quality of life and Alzheimer's disease Influence of participation at a rehabilitation center. *Dementia and Neuropsychologia*, no. 3, pp. 241–247. DOI: 10.1590/S1807-59322011000800015.
24. Arlt, S., Lindner, R., Rösler, A., & Von Renteln-Kruse, W. (2008). Adherence to medication in patients with dementia. *Drugs & aging*, vol. 25, issue 12, pp. 1033–1047. DOI: 10.2165/0002512-200825120-00005.
25. Kemp, R., & David, A. (1997). Insight and compliance. In B. Blackwell (ed.), *Treatment compliance and the therapeutic alliance in serious mental illness*, (pp. 61–84). The Netherlands: Harwood Academic Publishers.
26. World Health Organization (2002). *Innovative care for chronic conditions. Building blocks for action: global report*. Geneva: WHO. [ISBN 9241590173].

ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ФАКТОР УЛІДШЕННЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТІ МЕДИЦИНСКОЇ ПОМОЦЬЮ І УЛІДШЕННЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНІ ПАЦІЕНТІВ ГЕРОНТОЛОГІЧЕСКОГО ПРОФІЛЯ С ПСИХІЧЕСКИМИ РАСТРОЙСТВАМИ І ПОЛІМОРБІДНОСТЮ

І. В. Калугін, Е. С. Осуховська

Актуальність. В Україні на сучасному етапі проблема надання медичної допомоги пацієнтам пожилого віку стає все актуальнішою. Стан здоров'я таких хворих поступово погіршується: поширеність захворювань серед осіб геронтологічного профілю за останнє десятиліття зросла майже на 30 %. Наявність поліморбидності вимагає диференційованої поліфокусної терапії на фоні зміненої вікової фармакокінетики та фармакокінетики лікарських засобів з урахуванням органічних психоневрологічних захворювань (атеросклероз, деменція, шизофренія і т. д.) і ризику надмірного призначення медикаментів з потенційною можливістю формування лікарської залежності. Крім того, пацієнти з поліморбидністю схильні до несоблюдення медичних рекомендацій, самолікування і суб'єкт-об'єктним пасивним відносинам в лікувальному процесі. В результаті ускладнюється проведення діагностики, лікування, значно знижуються комплаєнс в взаємодіях лікаря і пацієнта і задоволеність пацієнта медичною допомогою.

Цілью дослідження було визначення впливу психотерапії на якість життя і задоволеність медичною допомогою пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбидністю.

Матеріали і методи. В рандомізованому контрольованому дослідженні брали участь 325 пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбидністю. Основна група – 238 осіб – отримувала стандартне лікування і психотерапевтичне втручання, яке складалося з психоосвіти, комплаєнс-терапії і тренінгу профілактики фармакоманії. Група порівняння – 87 осіб – отримувала тільки стандартне лікування. Пацієнти були оцінені за шкалою якості життя SF-36 і опитувальником задоволеності пацієнта PSQ. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми SPSS for Windows.

Результати. Відзначено суттєве покращення задоволеності пацієнта наданням допомоги, незалежно від її обсягу (8,32 бала; $p < 0,001$). Зміни в рівні задоволеності медичною допомогою після лікування (PSQ) в основній групі, порівняно з групою порівняння, склали 3,63 бала і були надійними ($p < 0,001$). Більше суттєве покращення якості життя внаслідок стаціонарного лікування демонстрували пацієнти молодшого віку ($r = -0,149$; $p = 0,007$), з меншим дефіцитом когнітивного функціонування ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Збільшення задоволеності наданням медичної допомоги було асоційовано з більшим кількістю ліків в постійній схемі терапії ($r = 0,121$; $p = 0,029$) і униканням додаткового періодичного приєму препаратів ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Не перебуваючі в шлюбі були більш чутливими до задоволеності медичною допомогою, порівняно з подружжями / жінками пацієнтами ($r_s = -0,122$; $p = 0,028$). Схильні до самолікування пацієнти мали більші зміни якості життя після лікування ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), ніж менші зміни задоволеності медичною допомогою ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$).

Висновки. Доведено надзвичайну актуальність надання комплексної медичної допомоги для пацієнтів геронтологічного профілю з психічними розладами і поліморбидністю. Підтверджено наукову гіпотезу дослідження про те, що психотерапія сприяє покращенню якості життя і задоволеності пацієнтів.

Ключові слова: психотерапія, якість життя, задоволеність, психічний розлад, поліморбидність, похилий вік, пацієнти геронтологічного профілю.

PSYCHOTHERAPY AS FACTOR OF IMPROVEMENT OF MEDICAL ASSISTANCE AND IMPROVEMENT OF LIFE QUALITY IN PATIENTS OF GERONTOLOGICAL PROFILE WITH MENTAL DISORDERS AND MULTIMORBIDITY

I. V. Kalugin, O. S. Osukhovska

Background. In Ukraine, at the present stage, the problem of providing medical care to the elderly is becoming more and more relevant. The state of health of such patients is gradually deteriorating: the prevalence of diseases among gerontological persons has increased by almost 30 % over the last decade. The presence of polymorbidity requires differentiated polyphasic therapy against the background of the changed age factor of pharmacodynamics and kinetics of drugs, taking into account the presence of organic psychoneurological diseases (atherosclerosis, dementia, schizophrenia, etc.) and the risk of excessive appointment of medicines with the potential for the formation of drug dependence. In addition, patients with polymorbidity are prone to non-compliance with medical recommendations, self-treatment and subject-object passive relationships in the medical process. As a result, complications in the relationship between the physician and the patient and the patient's satisfaction with medical assistance are significantly reduced by performing diagnosis, treatment, and significantly reducing compliance.

Objective – to determine the impact of psychotherapy on the life quality and medical care satisfaction in elderly patients with mental disorders and polymorbidity.

Material and methods. In a randomized, controlled trial, 325 elderly patients with mental disorders and polymorbidity took part. The main group of 238 people received standard treatment and psychotherapy. The psychotherapeutic program consisted of psycho-education, compliance therapy and prevention pharmacomania training. A comparison group of 87 people had only standard treatment. Patients were assessed on SF-36 and a PSQ. The statistical processing of the results was carried out using the SPSS program.

Results. Significant improvements in patient satisfaction were given, regardless of its volume (8,32 points; $p < 0,001$). Changes in PSQs in the main group relative to the comparator group were 3,63 points and were highly reliable ($p < 0,001$). A more significant improvement in the quality of life due to inpatient treatment was demonstrated by younger patients ($r = -0,149$; $p = 0,007$), with a lower deficit in cognitive functioning ($r = 0,282$; $p < 0,001$). Increased satisfaction with the provision of medical care was associated with more drugs in the constant treatment scheme ($r = 0,121$; $p = 0,029$) and the avoidance of additional periodic dosing ($r = -0,134$; $p = 0,015$). Loners were more susceptible to satisfaction with medical assistance than married patients ($r_s = -0,112$; $p = 0,028$). Patients prone to self-healing had greater changes in the quality of life after treatment ($r_s = 0,119$; $p = 0,033$), but less change in the satisfaction of medical care ($r_s = -0,115$; $p = 0,038$).

Conclusions. The increased need of elderly patients with mental disorders and polymorbidity in obtaining medical care has been proved. The hypothesis of the study that psychotherapy improves the quality of life and patient satisfaction has been confirmed.

Keywords: quality of life, patient satisfaction, mental disorder, polymorbidity, elderly.

Стаття надійшла до редакції: 13.10.2017 р.

КАЛУГІН Ігор Віталійович, заочний аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України, головний лікар КЛПУ «Міська психіатрична лікарня № 7 м. Маріуполя», м. Маріуполь, Україна; e-mail: psihlikar7glavny@ukr.net
ОСУХОВСЬКА Олена Сергіївна, д.мед.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу соціальної та клінічної наркології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: tabak2007@meta.ua

КАЛУГІН Ігорь Витальевич, заочный аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии МЗ Украины, главный врач КЛПУ «Городская психиатрическая больница № 7 г. Мариуполя», г. Мариуполь, Украина; e-mail: psihlikar7glavny@ukr.net
Осуховская Елена Сергеевна, д.мед.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела социальной и клинической наркологии Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: tabak2007@meta.ua

KALUGIN Igor Vitaliiovych, graduate student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Head doctor of KLPU "City Psychiatric Hospital No. 7, Mariupol", Mariupol, Ukraine; e-mail: psihlikar7glavny@ukr.net
OSUKHOVSKA Olena Serhiivna, MD, PhD., Senior Researcher, Leading Researcher of the Department of Social and Clinical Narcology of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: tabak2007@meta.ua

М. М. Хаустов

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ
У СТУДЕНТІВ В АСПЕКТІ ЇХ ІНТЕГРАТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

haustov217@gmail.com

Актуальність. У сучасних умовах процес навчання студентів відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження, супроводжується значними змінами з боку різних систем організму, зокрема порушеннями психічної та соціальної адаптації.

Мета – вивчення психологічних та патопсихологічних особливостей розладів адаптації у студентів як основи для розробки програми їх психотерапевтичної корекції.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 412 студентів I–III курсів Харківського національного медичного університету (ХНМУ) обох статей (216 жінок та 196 чоловіків) у віці 17–22 роки. Обстежених поділили на три групи: 1 група – 215 студентів, мешканців Східної України; 2 група – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які вступили на навчання до ХНМУ перед початком АТО; 3 група – 110 студентів-переселенців із зони АТО.

Результати. 73,0 % обстежених студентів I групи, 63,6 % – II групи та 7,8 % – III групи не мали ознак дезадаптації; у 27,0 % обстежених студентів I групи, у 36,4 % – II та у 92,2 % – III груп психічний стан можна було класифікувати в рамках клінічно оформлених станів психічної дезадаптації, проявами яких були емоційні порушення: зниження настрою, поява пов'язаних із цим думок про свою невисоку значимість, нездатність справитися з навчальним навантаженням. Високий рівень дезадаптації, що вимагав вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявлено у 0,5 % студентів I групи, у 2,2 % студентів II групи та у 25,4 % студентів III групи; виражений рівень дезадаптації, що вимагав обов'язкового втручання психологів, проведення програми з реадaptaції, виявлено у 2,4 % студентів I, у 9,2 % – II, та у 36,4 % – III групи відповідно; помірний рівень дезадаптації, при якому корисне проведення консультативної роботи фахівців, був у 24,1 % студентів I групи, у 25,0 % – II групи та у 30,4 % – III групи.

Висновки. Визначено психологічні та психопатологічні особливості розладів адаптації у студентів. З урахуванням виявлених особливостей розроблено програму психотерапевтичної корекції, яка включає раціональну психотерапію, особистісно-орієнтовану психотерапію, аутогенне тренування та психоосвітні тренінги.

Ключові слова:
психологічні та
психопатологічні
особливості, розлади
адаптації, студенти,
психотерапія,
психотерапевтична
корекція.

Актуальність. Навчальна діяльність студентів на сучасному етапі розвитку суспільства потребує засвоєння великого обсягу інформації й формування широкого спектра професійних навичок і умінь. Цей процес, як правило, здійснюється в умовах дефіциту часу і супроводжується значними змінами з боку різних систем організму студентів, зокрема порушеннями психічної та соціальної адаптації. Крім цього, активна інтеграція українського суспільства до Європейської

співдружності визначила необхідність глибокого реформування системи освіти в цілому, і, зокрема, галузі підготовки медичних кадрів; істотно змінився режим і підвищилася інтенсивність навчального процесу, а також збільшилися обсяги навчального навантаження [1–3].

Одним із найважливіших педагогічних завдань будь-якого вищого навчального закладу є робота зі студентами, спрямована на швидку й успішну їх адаптацію до

системи навчання, до нової системи соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі студентів [4, 5].

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів медичних університетів до навчальної діяльності обумовлена тим, що процес навчання відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження [6].

Мета дослідження – вивчення психологічних та патопсихологічних особливостей розладів адаптації у студентів як основи для розробки програми їх психотерапевтичної корекції.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 412 студентів I–III курсів Харківського національного медичного університету обох статей (216 жінок та 196 чоловіків), у віці 17–22 роки (середній вік $18,0 \pm 2,0$ роки).

Усіх обстежених було поділено на три групи: 1 група – 215 студентів, мешканців Східної України; 2 група – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які вступили на навчання до ХНМУ перед початком АТО; 3 група – 110 студентів, переселенців із зони АТО.

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, 73,0 % обстежених студентів I групи, 63,6 % студентів II групи та 7,8 % студентів III групи не мали ознак дезадаптації у ряді випадків вони мали лише поодинокі скарги, в основному на загальне самопочуття при напруженому навчанні.

У 27,0 % обстежених студентів I групи, у 36,4 % – II та у 92,2 % – III групи психічний стан можна було класифікувати в рамках клінічно оформлених станів психічної дезадаптації, проявами яких були емоційні порушення: зниження настрою, поява пов'язаних із цим думок про свою невисоку значимість, нездатність справитися з навчальним навантаженням.

Високий рівень дезадаптації, що вимагав вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних), виявлено у 0,5 % студентів I групи, у 2,2 % студентів II групи та у 25,4 % студентів III групи. Для клінічної картини були характерні погіршення загального самопочуття (68,3 % обстежених), астеничний симптомокомплекс (89,7 %), знижений фон настрою (74,5 %), внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися (75,9 %), немотивоване занепокоєння (38,2 %), тривога (41,2 %), дратівливість (38,2 %), зниження розумової продуктивності після незначної інтелектуальної напруги (72,5 %), неухильність (87,6 %), зниження запам'ятовування поточних подій (35,6 %), труднощі в розумінні змісту прочитаного або почутого (55,6 %).

Як показали результати психодіагностичного дослідження, у 46,1 % студентів III групи були наявні клінічні прояви тривоги (за клінічною шкалою тривоги і депресії), порівняно з 4,2 % студентів I та 6,6 % студентів II груп; клінічні прояви депресії були харак-

терні для 32,4 % студентів III групи, 18,2 % студентів II групи та 2,4 % – I групи.

Виражений рівень дезадаптації, що вимагав обов'язкового втручання психологів, проведення програми з реадаптації, виявлений у 2,4 % студентів I, у 9,2 % – II та у 36,4 % III груп відповідно. Для нього були притаманні тривожно-депресивний фон настрою (65,8 %), відчуття розбитості (46,2 %), дратівливість, нестриманість, нетерплячість, що підсилювалися при стомленні і напрузі (41,2 %), розумова втома (69,2 %), утруднення при пригадуванні необхідної інформації (31,2 %), зниження кмітливості (35,4 %). Субклінічні прояви тривоги виявлені у 40,2 % студентів I, у 12,5 % – II та у 8,4 % – III груп; субклінічні прояви депресії – у 33,1 %, 15,6 % та 4,9 % студентів відповідно.

Помірний рівень дезадаптації, при якому корисне проведення консультативної роботи фахівців, виявлений у 24,1 % студентів I групи, у 25,0 % студентів II групи та у 30,4 % студентів III групи. Він проявлявся занепокоєнням, тривогою, почуттям внутрішньої напруженості (59,4 %), зниженням розумової працездатності (38,6 %), гіперестезією на тлі напруженої навчальної діяльності (45,9 % студентів), що, у свою чергу, могла поєднуватися з емоційною нестриманістю, дратівливістю (79,3 %), підвищеною відволікальністю уваги (43,4 %).

У структурі клінічних проявів порушень адаптації було виявлено порушення циклу «сон – неспання» – утруднене засинання, що поєднується з поверхневим тривожним сном і пробудженнями серед ночі (76,7 %).

Як показали результати дослідження, для клінічної картини дезадаптивних станів у студентів облігатними були вегетативно-судинні пароксизми. У 35,6 % обстежених вегетативні кризи починалися з ознобу, супроводжувалися прискореним серцебиттям, нерідко з почуттям оніміння або похолодання кінцівок, тобто мали симпатoadреналову спрямованість; у 33,2 % починалися з елементів «завмирання серця», задишки, почуття «припливу жару до лица або тіла», що змінюється ознобом і тахікардією, тобто мали вагоінсулярну спрямованість; у 29,8 % обстежених структуру кризи можна було віднести до змішаних, з тісним переплетенням як симпатoadреналових, так і вагоінсулярних проявів.

На основі отриманих даних, що відображають механізми формування розладів адаптації у студентів, ми розробили методи їх корекції.

Виходячи із сутності розладів адаптації як хвороби особистості, можна стверджувати, що психотерапевтичні форми впливу при корекції дезадаптивних станів набувають першорядної значимості, будучи основними методами патогенетичної терапії, за допомогою цих же методів необхідно проводити і психо-профілактичну роботу.

Результати проведеного нами дослідження показують, що для корекції розладів адаптації у студентів доцільно застосовувати комплексні психокорекційні програми, які передбачають поетапне введення психотерапевтичних методик, залежно від індивідуальних особливостей студентів і змістовної частини психотерапії. При цьому завдання змістовної частини по-

винні включати принцип взаємного потенціювання, незалежно від застосування та введення методів психотерапії. До складу вищевказаних програм входять наступні психотерапевтичні методики.

Рациональна психотерапія, спрямована на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск реакції дезадаптації, активація позитивних особливостей особистості, корекція неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки, переробка патологічного стереотипу поведінки, нормалізація системи емоційно-вольового реагування, зміна системи відносин.

Особистісно-орієнтована психотерапія (за Карвасарським Б. Д., Інсуриною Г. Л. і Тишлаковим В. А., 1994), спрямована на формування адекватної самосвідомості, розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту і корекцію неадекватних особистісних відносин. Механізми лікувальної дії даного методу лежать у трьох основних площинах – когнітивній, емоційній та поведінковій.

З метою активації психотерапевтичного процесу, тобто активної участі студентів у реалізації психотерапевтичної програми, доцільне запровадження методів психічної саморегуляції.

Аутогенне тренування ми застосовували в різних модифікаціях, залежно від особливостей особистісного реагування студента. При домінуванні тривожних радикалів ми використовували модифікацію Клейн-зорге і Клумбієса (1965), спрямовану на непоширення тривожної симптоматики, активацію захисних психологічних механізмів; при яскраво вираженій астенізації застосовували психотонічний варіант Шогама А. М. – Мировського К. І. (1963), спрямований на підвищення самооцінки й адекватного сприйняття оточуючих, купірування астенічної симптоматики.

Невід'ємним компонентом розробленої нами психотерапевтичної програми є психоосвітні тренінги (Марута Н. О., Кожина Г. М., Коростій В. І., 2011), які включають у себе використання інформаційних модулів, тренінгів позитивного самосприйняття, формування комунікативних вмінь і навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії та проблемно-орієнтованих дискусій.

Ефективність психотерапевтичного впливу можлива лише в поєднанні із заходами організаційного та педагогічного плану.

Висновки

Визначено психологічні та психопатологічні особливості розладів адаптації у студентів. Встановлено, що 73,0 % обстежених студентів I групи, 63,6 % – II групи та 7,8 % – III групи не мали ознак дезадаптації; у 27,0 % обстежених студентів I групи, у 36,4 % – II та у 92,2 % – III груп психічний стан можна було класифікувати в рамках клінічно оформлених станів психічної дезадаптації, проявами яких були емоційні порушення: зниження настрою, поява пов'язаних із цим думок про свою невисоку значимість, нездатність справитися з навчальним навантаженням. Високий рівень дезадаптації, що вимагав вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявлено у 0,5 %

студентів I групи, у 2,2 % студентів II групи та у 25,4 % студентів III групи; виражений рівень дезадаптації, що вимагав обов'язкового втручання психологів, проведення програми з реадaptaції, виявлено у 2,4 % студентів I, у 9,2 % – II, та у 36,4 % – III групи відповідно; помірний рівень дезадаптації, при якому корисне проведення консультативної роботи фахівців, був у 24,1 % студентів I групи, у 25,0 % – II групи та у 30,4 % – III групи. Для корекції розладів адаптації у студентів доцільно застосовувати комплексні психокорекційні програми, які передбачають поетапне введення психотерапевтичних методик, залежно від індивідуальних особливостей студентів і змістовної частини психотерапії.

Список використаної літератури

1. Киосева Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов / Е. В. Киосева // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 60–63.
2. Коваленко М. В. Структурний аналіз перфекціонізму у студентів вищих навчальних медичних закладів / М. В. Коваленко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 3 (80). – С. 65–68.
3. Пшук Н. Г. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді / Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 86–91.
4. Зеленская Е. А. Сравнительный анализ особенностей адаптации к учебной деятельности студентов первокурсников / Е. А. Зеленская // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 2 (52). – С. 22.
5. Гавенко В. Л. Дезадаптивные расстройства у студентов медиков / В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, В. В. Бойко // Материалы научно-практической конференции «Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации психических заболеваний», Харьков. – 2010. – С. 112–113.
6. Малахов П. С. Проблемність адаптації студентів-медиків / П. С. Малахов, Ю. О. Асеева, А. С. Харітонова // Медична психологія. – 2016. – Т. 11, № 2 (42). – С. 3–5.
7. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III–IV уровней аккредитации / А. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. Г. Гриневич, Е. А. Зеленская // Архив психиатрии. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 32–35.

References

1. Kioseva, O. V. (2016). Psihopatologicheskaja harakteristika jemocional'noj sfery u studentov mladshih kursov [Psychopathological characteristics of an emotional sphere of university first year students]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 1 (86), pp. 60–63. (In Russian).
2. Kovalenko, M. V. (2014). Strukturnyi analiz perfektsionizmu u studentiv vyshchikh navchalnykh medychnykh zakladiv [The structural analysis of students perfectionism]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 65–68. (In Ukrainian).
3. Pshuk, N. H., & Slobodianiuk, D. P. (2015). Rol psykhosotsialnykh chynnykiv v genezi sotsialnoi dezadaptatsii u studentskoi molodi [Role of psychosocial factors in the genesis of social exclusion among student youth]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 23, issue 2 (83), pp. 86–91. (In Ukrainian).
4. Zelenska, K. O. (2011). Sravnitel'nyj analiz osobennostej adaptacii k uchebnoj dejatel'nosti studentov pervokursnikov [Comparative analysis of the features of adaptation to the academic activity of first-year students]. *Tavrisheskij zhurnal psichiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrica*, vol. 15, no. 2 (52), pp. 22. (In Russian).
5. Gavenko, V. L., Gavenko, N. V., & Bojko, V. V. (2010). Dezadaptivnye rasstrojstva u studentov medikov [Disadaptive disorders in medical students]. *Materialy nauchno-prakticheskoj konferencii «Novye podhody k diagnostike, lecheniju i reabilitacii psichicheskikh zabolevanij» – Proc. of the conference “New approaches to the diagnosis, treatment and rehabilitation of mental illness”*, Kharkiv, pp. 112–113. (In Russian).
6. Malachov, P. S., Asieieva, Yu. O., & Kharitonova, A. S. (2016). Problemnist adaptatsii studentiv-medykiv [Problems of adaptation of medical students]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 11, no. 2 (42), pp. 3–5. (In Ukrainian).
7. Kozhyna, H. M., Markova, M. V., Hrynevych, Ye. H., & Zelenska, K. O. (2011). K probleme adaptacionnogo sindroma studentov mladshih kursov VUZov III–IV urovnej akkreditacii [The problem of the undergraduate students of universities III–IV accreditation levels]. *Arkhiv psichiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 17, no. 4 (67), pp. 32–35. (In Russian).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ
В АСПЕКТЕ ИХ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

М. М. Хаустов

Актуальность. В современных условиях процесс обучения студентов происходит в условиях информационного и эмоционального стресса, значительного психического и физического напряжения, сопровождается значительными изменениями со стороны различных систем организма студентов, в частности нарушением психической и социальной адаптации.

Цель – изучение психологических и патопсихологических особенностей расстройств адаптации у студентов как основы для разработки программы их психотерапевтической коррекции.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 412 студентов I–III курсов Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ) обоих полов (216 женщин и 196 мужчин) в возрасте 17–22 года. Обследованных поделили на три группы: 1 группа – 215 студентов, жителей Восточной Украины; 2 группа – 87 студентов, жителей Луганской и Донецкой областей, поступивших на обучение в ХНМУ до начала АТО; 3 группа – 110 студентов-переселенцев из зоны АТО.

Результаты. 73,0 % обследованных студентов I группы, 63,6 % студентов II и 7,8 % III группы не проявляли признаков дезадаптации; у 27,0 % обследованных студентов I группы, у 36,4 % – II и у 92,2 % – III групп психическое состояние можно было классифицировать в рамках клинически оформленных состояний психической дезадаптации, проявлениями которых были эмоциональные нарушения: снижение настроения, появление связанных с этим мыслей о своей невысокой значимости, неспособность справиться с учебной нагрузкой. Высокий уровень дезадаптации, который требовал принятия неотложных мер (психологических и медицинских) выявлен у 0,5 % студентов I группы, у 2,2 % студентов II группы и у 25,4 % студентов III группы; выраженный уровень дезадаптации требовал обязательного вмешательства психологов, проведения программы по реадaptации у 2,4 % студентов I, у 9,2 % – II и у 36,4 % III групп соответственно; умеренный уровень дезадаптации, при котором полезно проведение консультативной работы специалистов – у 24,1 % студентов I группы, у 25,0 % II группы и у 30,4 % студентов III группы.

Выводы. Определены психологические и психопатологические особенности расстройств адаптации у студентов. С учетом выявленных особенностей разработана программа психотерапевтической коррекции, которая включает рациональную психотерапию, личностно-ориентированную психотерапию, аутогенную тренировку и психообразовательные тренинги.

Ключевые слова: психологические и психопатологические особенности, расстройства адаптации, студенты, психотерапия, психотерапевтическая коррекция.

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF THE ADJUSTMENT DISORDERS IN STUDENTS
IN THE ASPECT OF THEIR INTEGRATED PSYCHOTHERAPY

M. M. Khaustov

Background. In modern conditions, the study process of students occurs in conditions of information and emotional stress, significant mental and physical stress, accompanied by significant changes in the various systems of the body in particular, a violation of mental and social adaptation.

Objective – to study the psychological and pathopsychological features of adjustment disorders in students as the basis for developing a program of their psychotherapeutic correction.

Materials and methods. We carried out complex clinical, psychopathological and psychodiagnostic examination of 412 students of I–III courses of Kharkiv National Medical University (KhNMU) of both sexes (216 women and 196 men) aged 17–22 years. All students were divided into three groups: 1st group – 215 students, residents of Eastern Ukraine; 2nd group – 87 students, residents of Lugansk and Donetsk regions, who came to study at KhNMU before the beginning of the ATO; 3rd group – 110 students-settlers from the ATO zone.

Results. 73.0 % of the students surveyed in group I, 63.6 % of students group II and 7.8% of group III showed no signs of disadaptation. 27.0 % of the students surveyed in group I, 36.4 % in group II and 92.2 % in group III had mental states that could be classified as clinically established states of mental disadaptation, which were characterized by emotional disturbances such as a decrease in mood, the appearance of related thoughts about their low significance, inability to cope with the training load. A high level of disadaptation, which required the adoption of urgent measures (psychological and medical), was found in 0.5 % of the students in group I, 2.2 % of the students in group II and 25.4 % of students in group III. The pronounced level of disadaptation required mandatory intervention by psychologists, the implementation of the readaptation program for 2.4 % of students group I, 9.2 % – group II and 36.4 % of students group III, respectively. A moderate level of disadaptation, in which was useful carrying out the consultative work of specialists, was identified in 24.1 % of the students group I, 25.0 % of the group II and 30.4 % of the students in group III.

Conclusions. We determined psychological and psychopathological features of adaptation disorders in students. Based into account the revealed features, we developed a program of psychotherapeutic correction, which included rational psychotherapy, personality-oriented psychotherapy, autogenic training and psycho-educational training.

Keywords: psychological and psychopathological features, adjustment disorders, students, psychotherapy, psychotherapeutic correction.

Стаття надійшла до редакції 23.10.2017 р.

ХАУСТОВ Максим Миколайович, к.мед.н., доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, декан II медичного факультету, м. Харків, Україна; e-mail: haustov217@gmail.com

ХАУСТОВ Максим Николаевич, к.мед.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, декан II медицинского факультета, г. Харьков, Украина; e-mail: haustov217@gmail.com

KHAUSTOV Maksym Mykolaiovych, MD, PhD, Docent, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of KhNMU, Dean of 2nd medical faculty, Kharkiv, Ukraine; e-mail: haustov217@gmail.com

Ю. В. Ячнік

ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ПІДЛІТКІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ
yuliaya4nik@gmail.com

Актуальність. Психосоматичні розлади – поширена проблема підліткового віку, який є особливо сенситивним періодом для розвитку дезадаптивних станів. Питання адаптації підлітка в умовах ризику і розвитку навичок подолання є критичним з точки зору подальшого розвитку особистості.

Мета – дослідження соціально-психологічної адаптації та копінг-стратегій підлітків із психосоматичними розладами.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 142 підлітки з психосоматичними розладами віком від 13 до 16 років (73 підлітки з бронхіальною астмою, 69 підлітків з соматоформною вегетативною дисфункцією дихальної та серцево-судинної систем). Використовували наступні психодіагностичні методики: Опитувальник соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса, Торонтську алекситимічну шкалу TAS-26.

Результати. Порівняльний аналіз соціально-психологічної адаптованості підтверджує, що підлітки з психосоматичними розладами характеризуються менш сприятливими значеннями показників соціально-психологічної адаптації, ніж їх здорові однолітки (показник «адаптивність»), меншим прийняттям себе та прийняттям інших, а також більш вираженим емоційним дискомфортом. Підлітки з психосоматичними розладами частіше використовують копінг-стратегії «дистанціювання», «прийняття відповідальності» та рідше використовують стратегії пошуку соціальної підтримки і вирішення проблем. Рівень алекситимії підлітків з психосоматичними розладами достовірно вищий, ніж у здорових однолітків. Проведений кореляційний аналіз показав достовірний позитивний зв'язок між адаптивністю і копінг-стратегією пошуку вирішення проблем та негативний зв'язок між адаптивністю і стратегіями дистанціювання, втечі й прийняття відповідальності. Виявлений негативний кореляційний зв'язок адаптивності і алекситимії, а також позитивний кореляційний зв'язок алекситимії та стратегій дистанціювання, втечі, самоконтролю.

Висновки. Підлітки з психосоматичними розладами характеризуються зниженою соціально-психологічною адаптацією і частішим використанням непродуктивних копінг-стратегій, порівняно з їх здоровими однолітками. Підвищений рівень алекситимії при психосоматичних розладах у підлітків пов'язаний з меншою адаптивністю та використанням непродуктивних копінг-стратегій.

Ключові слова:

підлітки,
психосоматичні
розлади, соціально-
психологічна адаптація,
копінг.

Актуальність. Соціально-психологічна адаптація є динамічним процесом взаємодії особистості та соціального середовища, спрямованим на досягнення балансу, при якому особистість зможе не лише пристосуватися до середовища і досягти стабільності, а й реалізувати свій потенціал та позитивно впливати на середовище [1]. Порушення адаптації особистості може бути джерелом розвитку психосоматичних розладів, що пов'язано з виснаженням адаптаційних можливостей організму. Розвиток психосоматозів проходить ряд етапів, багато дослідників вважають функціональні психосоматичні

порушення попередньою ланкою психосоматичних захворювань (Ю. Ю. Александровський, Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко, Д. Н. Ісаєв, А. М. Вейн, В. І. Гарбузов, А. Б. Смулевич). Функціональні симптоми соматизації включені до Діагностичних критеріїв для психосоматичних досліджень [2] та часто розглядаються дослідниками як синдром тілесного дистресу, який об'єднує соматичні функціональні синдроми та соматоформні розлади [3], або як окремі нозологічні категорії. Втім, порівняльний вплив функціональних психосоматозів і психосоматичних захворювань на соціально-психологічну адаптацію

особистості потребує додаткового вивчення, що дозволить не лише дослідити динамічний аспект розвитку психосоматичних станів, а й виявити особливі фактори ризику і захисту на кожному з етапів.

Психосоматичні розлади є поширеною проблемою підліткового віку, який є особливо чутливим періодом для розвитку дезадаптивних станів. Хронічний перебіг психосоматичних захворювань, в свою чергу, викликає сильний дискомфорт, тілесне страждання та впливає на якість життя підлітка і його сім'ї [4–8]. Таким чином, можливе формування хибного кола, при якому психосоматичний процес запускається і підтримує соціально-психологічну дезадаптацію.

Для формування ефективної соціально-психологічної адаптації суттєве значення мають механізми подолання – поведінкові копінг-стратегії. Копінг визначається як когнітивні та поведінкові зусилля особистості для управління зовнішніми та / або внутрішніми потребами, що виникли під час конкретної стресової ситуації (Lazarus & Folkman, 1984). Від здатності сформувати та використовувати ефективні та відповідні до ситуації копінг-стратегії залежать адаптація та самореалізація особистості [8–10]. Алекситимічний радикал, характерний для психосоматичних розладів, ускладнює процеси рефлексії [11] та впливає на здатність до подолання проблемних ситуацій [12, 13].

Питання адаптації підлітка до захворювання і його подолання є критичним з точки зору подальшого розвитку особистості. Можливість позитивної адаптації в умовах ризику заслуговує на додаткове вивчення. Це дозволить не лише розширити теоретичні уявлення про вплив психосоматичного захворювання на психосоціальну адаптацію підлітка, а й сформулювати програму психологічної корекції та посилення життєстійкості для формування у нового покоління навичок справлятися зі стресом та адаптуватися до нових умов життя.

Метою роботи є дослідження соціально-психологічної адаптації та копінг-стратегій підлітків із психосоматичними розладами.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 142 підлітки з психосоматичними розладами віком від 13 до 16 років, які перебували на лікуванні у Київській міській дитячій клінічній лікарні № 2. Середній вік обстежених склав

14,7±1,2 р. До групи 1 були включені 73 підлітки з бронхіальною астмою (БА), до групи 2 – 69 підлітків з соматоформною вегетативною дисфункцією (СВД) дихальної та серцево-судинної систем. Контрольну групу (група 3) склали 56 здорових підлітків, учнів 9–10 класів загальноосвітньої школи. У 1 групі було 59 % опитаних чоловічої статі і 41 % жіночої, у групі 2 – 57 % опитаних жіночої статі, 43 % чоловічої.

Для діагностики загальних характеристик соціально-психологічної адаптації використовували Опитувальник соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда. Визначення провідних копінг-стратегій підлітків проводили за допомогою Опитувальника копінг-стратегій Р. Лазаруса. Рівень алекситимії оцінювали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали TAS-26. Статистичну обробку даних проводили з використанням критерію Стюдента, коефіцієнта кореляції Пірсона.

Результати та їх обговорення

При порівнянні соціодемографічних показників досліджуваних виявлено, що підлітки з психосоматичними розладами (1 і 2 група) частіше виховувалися в неповних сім'ях (31 % і 29 % відповідно), порівняно зі здоровими підлітками (18 %). У 92 % випадків причиною неповної сім'ї було розлучення батьків. У більшості сімей підлітків з БА (82 %) розлучення сталося понад 5 років тому. В сім'ях підлітків із СВД у 19 % випадків розлучення сталося менше року тому, і в 27 % випадків – від 1 до 5 років тому.

Регулярною спортивною активністю (більше 2 разів на тиждень) займалися 35 % підлітків з астмою, 20 % підлітків з СВД і 52 % здорових підлітків. Підлітки з БА (33 %) і їхні здорові однолітки (31 %) частіше відвідували репетиторів і додаткові заняття зі шкільних предметів, порівняно з підлітками із СВД (9 %). Інші секції (спів, живопис, гра на музичних інструментах, ліплення, конструювання) відвідували 26 % підлітків з БА, 25 % підлітків з СВД і 32 % здорових підлітків. Про активну участь у житті класу повідомляли 29 % підлітків з 1 групи, 21 % підлітків з 2 групи і 40 % здорових підлітків. Хорошу і відмінну успішність мали 68 % підлітків з БА, 64 % здорових підлітків і 45 % підлітків із СВД. Регулярно спілкувалися з однолітками поза школою (більше 2 разів на тиждень) 67 % здорових підлітків, 41 % підлітків із СВД і 34 % підлітків з бронхіальною астмою. Про інтенсивне інтернет-спілкування (5 і більше разів на тиждень) говорили 78 % здорових підлітків, 86 % підлітків із СВД і 55 % підлітків з БА.

За тривалістю захворювання обстежені розподілили наступним чином: 8 % підлітків з БА хворіли менше року, 24 % мали стаж захворювання від 1 до 5 років і 68 % – більше 5 років; 39 % підлітків з СВД хворіли менше року, у 57 % розлад почався до 5 років тому і тільки 4 % мали стаж захворювання понад 5 років.

Порівняльний аналіз соціально-психологічної адаптованості (табл. 1) підтверджує, що підлітки з психосоматичними розладами характеризуються менш сприятливими значеннями показників соціально-психологічної адаптації, ніж їх здорові однолітки (показник «адаптивність», $t_1=2,18$, $p<0,05$; $t_2=2,04$, $p<0,05$).

Статистично значимі відмінності виявлені за показниками «Прийняття себе» ($t_1=2,23$, $p<0,05$; $t_2=2,63$, $p<0,01$)

Таблиця 1. Середні значення інтегральних показників соціально-психологічної адаптації за Опитувальником соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда

Інтегральні показники соціально-психологічної адаптації	Група 1	Група 2	Група 3
Адаптивність	60,35*	61,45*	66,05
Прийняття себе	64,47*	59,57**	71,77
Прийняття інших	59,28**	63,7*	71,03
Емоційний комфорт	59,5*	55,22**	65,13
Інтернальність	63,24*	66,12	68,97
Прагнення до домінування	54,89	52,15	52,55

Примітки: 1. * – вірогідна різниця з контрольною групою ($p<0,05$); 2. ** – вірогідна різниця з контрольною групою ($p<0,01$).

і «Прийняття інших» ($t_1=2,71$, $p<0,01$; $t_2=2,59$, $p<0,05$). Це означає, що наявність психосоматичного захворювання пов'язана з більш низьким рівнем самоприйняття, розуміння, схвалення себе, своєї унікальності і достоїнств. З іншого боку, фіксованість на своїх власних хворобливих переживаннях не сприяє достатньому прийняттю і розумінню оточуючих. Підлітки з психосоматичними захворюваннями менш схильні цінувати і приймати унікальність іншого, поважати його думку і встановлювати позитивні стосунки. Крім того, для них характерні більш виражений емоційний дискомфорт ($t_1=2,36$, $p<0,05$; $t_2=2,64$, $p<0,01$), що свідчить про тенденції підлітків з 1 і 2 груп до песимістичності, тривожності, та труднощі у вираженні почуттів.

Виявлена також різниця у показниках соціально-психологічної адаптації підлітків з 1 та 2 груп. Так, підлітки з БА відрізняються меншим прийняттям інших і меншою інтернальністю, порівняно з підлітками із СВД, що свідчить про їх меншу товариськість, відкритість у стосунках і менше відчуття контролю над власним життям. З іншого боку, підлітки із СВД менше приймають себе і мають вищий емоційний дискомфорт, порівняно з підлітками 1 групи.

Порівняльний аналіз копінг-стратегій показав (табл. 2), що підлітки 1 і 2 груп частіше використовують копінг-стратегії «дистанціювання» ($t_1=2,37$, $p<0,05$; $t_2=2,41$, $p<0,05$), «уникнення» ($t_1=2,62$, $p<0,01$; $t_2=2,73$, $p<0,01$), «прийняття відповідальності» ($t_1=2,34$, $p<0,05$; $t_2=2,51$, $p<0,05$) і рідше – стратегії пошуку соціальної підтримки ($t_1=2,71$, $p<0,01$; $t_2=2,45$, $p<0,05$) і вирішення проблем ($t_1=2,81$, $p<0,01$; $t_2=2,58$, $p<0,05$). Таким чином, підлітки з психосоматичними проблемами воліють відокремитися і ухилитися від проблемної ситуації, аж до її знецінення та ігнорування. Відхід від вирішення проблем може проявитися в запереченні, недооцінці значимості і можливостей дієвого подолання проблемних ситуацій, надмірному фантазуванні, невиправданих очікуваннях, відволіканні тощо. Разом з тим, виражене прийняття відповідальності призводить до невиправданої самокритики, переживання почуття провини і незадоволеності собою. При цьому зовнішній ресурс малодоступний за рахунок низької орієнтації на пошук соціальної підтримки.

Відмінності між 1 і 2 групами полягають у тому, що підлітки з БА більш схильні до самоконтролю, що свідчить про виражене прагнення до самовладання і часте придушення і стримування емоцій. Подібна стратегія призводить до труднощів у вираженні почуттів і потреб у зв'язку з проблемною ситуацією і надконтролю поведінки. До того ж, підлітки 1 групи менше схильні долати негативні переживання за рахунок позитивного переосмислення проблемної ситуації і розгляду її як стимулу для особистісного зростання. Підліткам із СВД, в свою чергу, більшою мірою притаманний конфронтаційний копінг – імпульсивні, не завжди цілеспрямовані спроби впоратися з ситуацією.

Рівень алекситимії у підлітків з психосоматичними розладами достовірно вищий, ніж у здорових однолітків ($M_1=71,4$, $t_1=2,62$, $p<0,01$; $M_2=67,3$, $t_2=2,49$, $p<0,05$), причому рівень алекситимії у підлітків з БА перевищує такий у підлітків із СВД.

Проведений кореляційний аналіз показав достовірний позитивний зв'язок між адаптивністю і копінг-стратегією пошуку вирішення проблем ($r=0,23$, $p<0,01$) і негативний зв'язок між адаптивністю і стратегіями дистанціювання ($r=-0,24$, $p<0,01$), втечі ($r=-0,22$, $p<0,01$), самоконтролю ($r=-0,19$, $p<0,05$) і прийняття відповідальності ($r=-0,2$, $p<0,05$). Показник прийняття інших позитивно корелює зі стратегією пошуку соціальної підтримки ($r=0,22$, $p<0,01$), а емоційний дискомфорт – зі стратегією втечі ($r=0,17$, $p<0,05$), дистанціюванням ($r=0,18$, $p<0,05$) і самоконтролем ($r=0,18$, $p<0,05$). Конфронтаційний копінг корелює з показником схильності до домінування ($r=0,167$, $p<0,05$). Показник інтернальності корелює з копінг-стратегіями втечі ($r=0,18$, $p<0,05$), самоконтролю ($r=-0,22$, $p<0,01$), дистанціювання ($r=0,17$, $p<0,05$). Виявлені негативний кореляційний зв'язок адаптивності і алекситимії, а також позитивний кореляційний зв'язок алекситимії та стратегій дистанціювання ($r=0,18$, $p<0,05$), втечі ($r=0,169$, $p<0,05$), самоконтролю ($r=0,183$, $p<0,05$).

Висновки

Підлітки з психосоматичними розладами характеризуються зниженою соціально-психологічною адаптацією і частішим використанням непродуктивних копінг-стратегій, порівняно з їх здоровими однолітками. Підвищений рівень алекситимії при психосоматичних розладах у підлітків пов'язаний із меншою адаптивністю та використанням непродуктивних копінг-стратегій.

Порушення фізичного здоров'я, тілесний дискомфорт і періодичні госпіталізації не сприяють повноцінній соціальній адаптації підлітків. Замість цього формується почуття несхожості на інших і неприйняття себе. Не маючи можливості контролювати соматичне здоров'я, підліток відчуває, що втрачає контроль над своїм життям, і прагне будь-якими способами отримати контроль над своїми емоціями. Емоційний дискомфорт не може бути повною мірою вербалізований завдяки існуючій алекситимії, що, разом з труднощами прийняття інших, може обумовлювати низький рівень звернення за соціальною підтримкою. Порушення соціальної адаптації проявляється в меншій залученості підлітків із психосоматичними розладами в соціальне життя (меншою спільною активністю з однолітками, зниженим соціальним функціонуванням), а використання непродуктивних копінг-стратегій додатково ускладнює соціальну

Таблиця 2. Середні значення інтегральних показників напруженості копіngu за Опитувальником копінг-стратегій Р. Лазаруса

Середні показники напруженості копіngu	1 група, %	2 група, %	3 група, %
Конфронтаційний копінг	54,33	58,66*	55,78
Дистанціювання	57,41*	59,2*	45,11
Самоконтроль	60,22*	57,64	56,06
Пошук соціальної підтримки	54,17**	59,58*	66,08
Прийняття відповідальності	63,97*	67,53*	59,33
Втеча	51,24**	56,61**	43,01
Вирішення проблем	63,97**	66,57*	73,5
Позитивна переоцінка	53,99*	60,67	60,43

Примітки: 1. * – вірогідна різниця з контрольною групою ($p<0,05$); 2. ** – вірогідна різниця з контрольною групою ($p<0,01$).

адаптацію підлітка. Фіксованість на власних хворобливих переживаннях стає перешкодою для формування конструктивних моделей реагування та поведінки. Труднощі та соціальні невдачі, які закономірно виникають, підлітки сприймають через призму самозвинувачення, що призводить до зниженої самооцінки.

Емоційний дискомфорт та тілесне страждання, вступаючи у взаємодію з особистісними характеристиками підлітка, формують замкнене коло психосоціальної дезадаптації.

Перспективи майбутніх досліджень

Актуальною є розробка психокорекційних програм та програм профілактики для підлітків із психосоматичними розладами, орієнтованих на розвиток якостей та рис, що сприяють соціально-психологічній адаптації, з наступною оцінкою їх ефективності.

Список використаної літератури

- Григорьева М. В. Понятийный аппарат психологии адаптации личности / М. В. Григорьева // Изв. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Акрмеология образования. Психология развития. – 2014. – Т. 3, вып. 3 (11). – С. 259–263.
- Porcelli P. The Clinical Utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: A Review of Studies / P. Porcelli, J. Guidi // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2015. – Vol. 84, issue 5. – P. 265–272. DOI: 10.1159/000430788.
- Schröder A. Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: organizational aspects and evidence-based treatment / A. Schröder, P. Fink // *The Psychiatric Clinics of North America*. – 2011. – Vol. 34, issue 3. – P. 673–687. DOI: 10.1016/j.psc.2011.05.008.
- Svedberg P. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents / P. Svedberg, M. Eriksson, E. Boman // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2013. – Vol. 11. – P. 176. DOI: 10.1186/1477-7525-11-176.
- Ibeziako P. Approach to psychosomatic illness in adolescents / P. Ibeziako, S. Bujoreanu // *Current Opinion in Pediatrics*. – 2011. – Vol. 23, issue 4. – P. 384–389. DOI: 10.1097/MOP.0b013e3283483f1c.
- Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study / B. Vanaelst, T. De Vriendt, W. Ahrens [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. – 2012. – Vol. 21, issue 5. – P. 253–265. DOI: 10.1007/s00787-012-0258-9.
- Extra Burden of Psychosomatic Complaints Among Adolescents Suffering From Chronic Conditions / J. C. Suris, R. E. Bélanger, A. E. Ambresin, J. M. Chablotz, P. A. Michaud // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. – 2011. – Vol. 32, issue 4. – P. 328–331. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3283181fa5727.
- Пипа Л. В. Соматоформні (психосоматичні) розлади у дітей. Актуальність проблеми в сучасній педіатричній практиці (частина II) / Л. В. Пипа, Ю. М. Лисиця, Р. В. Свістільник // *Современная педиатрия*. – 2015. – № 4 (68). – С. 135–139. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sped_2015_4_30 (дата звернення: 01.09.2017 р.). DOI: 10.15574/SP.2015.68.135.
- Малышев И. В. Характеристика социально-психологической адаптации и копинг-стратегий личности в разных условиях социализации / И. В. Малышев // *Современные исследования социальных проблем*. – 2012. – № 12. – С. 23.
- Корсакова Л. И. Копинг-поведение и защитные механизмы системы адаптации личности [Электронный ресурс] // ТРУДЫ СГА. – 2010. – № 8. – Режим доступа: http://www.edit.muh.ru/content/mag/trudy/08_2010/11.pdf (дата обращения: 01.09.2017 г.).
- Симоненко И. А. Рефлексия как фактор защиты подростка в преодолении стрессовых воздействий дисфункциональной семейной системы в условиях психосоматического расстройства // *Медицинская психология в России*. – 2015. – № 3 (32). – С. 170–186.
- Besharat M. A. Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems / M. A. Besharat // *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. – 2010. – Vol. 5. – P. 614–618. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.152.
- Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder / T. Tominaga, H. Choi, Y. Nagoshi, Y. Wada, K. Fukui // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2014. – Vol. 10. – P. 55–62. DOI: 10.2147/NDT.S55956.

References

- Grigoreva, M. V. (2014). Ponjatijnyj apparat psihologii adaptacii lichnosti [Concept Apparatus in Psychology of Personality's Adaptation]. *Izv. Sarat. un-ta Nov. ser. Ser. Akmeologija obrazovanija. Psihologija razvitiia – The Journal "Izvestiya of Saratov University. New Series. Series: Educational Acmeology. Developmental Psychology"*, vol. 3, issue 3 (11), pp. 259–263. (In Russian).
- Porcelli, P., & Guidi, J. (2015). The Clinical Utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: A Review of Studies. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 84, issue 5, pp. 265–272. DOI: 10.1159/000430788.
- Schröder, A., & Fink, P. (2011). Functional somatic syndromes and somatoform disorders in special psychosomatic units: organizational aspects and evidence-based treatment. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 34, issue 3, pp. 673–687. DOI: 10.1016/j.psc.2011.05.008.
- Svedberg, P., Eriksson, M., & Boman, E. (2013). Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 11, pp. 176. DOI: 10.1186/1477-7525-11-176.
- Ibeziako, P., & Bujoreanu, S. (2011). Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 23, issue 4, pp. 384–389. DOI: 10.1097/MOP.0b013e3283483f1c.
- Vanaelst, B., De Vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Kons-tabel, K., ... & Henauw, S. (2012). Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 21, issue 5, pp. 253–265. DOI: 10.1007/s00787-012-0258-9.
- Suris, J. C., Bélanger, R. E., Ambresin, A. E., Chablotz, J. M., & Michaud, P. A. (2011). Extra Burden of Psychosomatic Complaints Among Adolescents Suffering From Chronic Conditions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 32, issue 4, pp. 328–331. DOI: 10.1097/DBP.0b013e3283181fa5727.
- Pypa, L., Lisitsa, J. N., & Svislitsnik, R. V. (2015). Somatoformni (psichosomatichni) rozlady u ditei. Aktualnist problemy v suchasni peditrychnii praktytysi (chastyna II) [Psychosomatic frustration at children. The problem urgency in modern pediatrics (part II)]. *Sovremennaya pediatriya – Modern pediatrics*, issue 4(68), pp. 135–139. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sped_2015_4_30 (accessed date 01.09.2017). DOI: 10.15574/SP.2015.68.135. (In Ukrainian).
- Malyshev, I. V. (2012). Harakteristika social'no-psihologicheskoy adaptacii i koping-strategij lichnosti v raznyh usloviyah socializacii [The characteristic of the social-psychological adaptation and the coping-strategy of a personality in different conditions of the socialization]. *Sovremennye issledovaniya sotsialnykh problem – Russian Journal of Education and Psychology*, issue 12 (20). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-sotsialno-psihologicheskoy-adaptatsii-i-koping-strategij-lichnosti-v-raznyh-usloviyah-sotsializatsii> (accessed date 01.09.2017). (In Russian).
- Korsakova, L. I. (2010). Koping-povedenie i zashhitnye mehanizmy sistemy adaptacii lichnosti [Coping behavior and protective mechanisms of the personal adaptation system]. *Trudy SGA – Works of SGA*, issue 8. Retrieved from: http://www.edit.muh.ru/content/mag/trudy/08_2010/11.pdf (accessed date 01.09.2017). (In Russian).
- Simonenko, I. A. (2015). Refleksija kak faktor zashchity podrostka v preodolenii stressovyh vozdejstvij disfunkcional'noj semejnoi sistemy v usloviyah psichosomaticheskogo rasstrojstva [Reflection as an adolescent's defence factor in coping with stress impacts of dysfunctional family system in the conditions of psychosomatic disorder]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii – Medical psychology in Russia*, issue 3 (32), pp. 170–186. (In Russian).
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 5, pp. 614–618. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.152.
- Tominaga, T., Choi, H., Nagoshi, Y., Wada, Y., & Fukui, K. (2014). Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 10, pp. 55–62. DOI: 10.2147/NDT.S55956.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПОДРОСТКОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ю. В. Ячник

Актуальность. Психосоматические расстройства – распространенная проблема подросткового возраста, который является особенно чувствительным периодом для развития дезадаптивных состояний. Вопрос адаптации подростка в условиях риска и развития навыков преодоления является критическим с точки зрения дальнейшего развития личности.

Цель – исследование социально-психологической адаптации и копинг-стратегий подростков с психосоматическими расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 142 подростка с психосоматическими расстройствами в возрасте от 13 до 16 лет (73 подростка с бронхиальной астмой, 69 подростков с соматоформной вегетативной дисфункцией дыхательной и сердечно-сосудистой систем). Использовали следующие психодиагностические методики: Опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, Опросник копинг-стратегий Р. Лазаруса, Торонтскую алекситимическую шкалу TAS-26.

Результаты. Сравнительный анализ социально-психологической адаптированности подтверждает, что подростки с психосоматическими расстройствами характеризуются менее благоприятными значениями показателей социально-психологической адаптации, чем их здоровые сверстники (показатель «адаптивность»), меньшим принятием себя и принятием других, а также более выраженным эмоциональным дискомфортом. Подростки с психосоматическими расстройствами чаще используют копинг-стратегии «дистанцирование», «принятие ответственности» и реже – стратегии поиска социальной поддержки и решения проблем. Уровень alexithymia подростков с психосоматическими расстройствами достоверно выше, чем у здоровых сверстников. Обнаружена положительная связь между адаптивностью и копинг-стратегией поиска решения проблем и отрицательная связь – между адаптивностью и стратегиями дистанцирования, бегства и принятия ответственности. Обнаружена отрицательная корреляционная связь адаптивности и alexithymia, а также положительная корреляционная связь alexithymia и стратегий дистанцирования, бегства, самоконтроля.

Выводы. Подростки с психосоматическими расстройствами характеризуются сниженной социально-психологической адаптацией и более частым использованием непродуктивных копинг-стратегий, по сравнению с их здоровыми сверстниками. Повышенный уровень alexithymia при психосоматических расстройствах у подростков связан с меньшей адаптивностью и использованием непродуктивных копинг-стратегий.

Ключевые слова: подростки, психосоматические расстройства, социально-психологическая адаптация, копинг.

STUDY OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION AND COPING STRATEGIES OF ADOLESCENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISEASES

Yu. V. Yachnik

Background. Psychosomatic disorders are a common problem of adolescence, which is a particularly sensitive period for the development of maladaptive states. The adolescent adaptation in the face of risk and development of coping skills are critical in terms of further development of personality and resilience.

Objective: to study the social-psychological adaptation and coping of adolescents with psychosomatic disorders.

Materials and methods. 142 adolescents with psychosomatic disorders aged 13 to 16 years old (73 adolescents with bronchial asthma, 69 adolescents with somatoform autonomic respiratory and cardiovascular dysfunction) participated in the study. The following psychodiagnostic techniques were used: Social-psychological adaptation questionnaire by K. Rogers and R. Diamond, The questionnaire of coping strategies by R. Lazarus, Toronto Alexithymic Scale TAS-26.

Results. A comparative analysis of socio-psychological adaptation confirms that adolescents with psychosomatic disorders have lower adaptability than their healthy peers, less self-acceptance and acceptance of others, as well as more emotional discomfort. Teenagers with psychosomatic disorders often use the coping strategies of «distance», «taking responsibility», and are less likely to use strategies for finding social support and solving problems. The level of alexithymia of adolescents with psychosomatic disorders is significantly higher than in healthy peers. Positive correlation was found between adaptability and coping strategy problem solving and the negative relationship between adaptability and strategies distance, escape and taking responsibility. The negative correlation between adaptability and alexithymia was found, as well as a positive correlation between alexithymia and strategies of distance, escape, self-control.

Conclusions. Adolescents with psychosomatic disorders are characterized by reduced socio-psychological adaptation and more frequent use of non-productive coping strategies in comparison with their healthy peers. The elevated level of alexithymia in adolescents with psychosomatic disorders is associated with less adaptability and use of non-productive coping strategies.

Keywords: adolescents, psychosomatic disorders, socio-psychological adaptation, coping.

Стаття надійшла до редакції 20.10.2017 р.

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

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

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

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.3-036.22"2016"

І. Я. Пінчук¹, О. В. Колодежний¹, О. О. Петриченко², І. Ф. Здорик¹АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ
ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК УЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У 2015–2016 РОКАХ¹Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ²Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ
undisspn@ukr.net

Актуальність. Сучасна тенденція щодо вживання психоактивних речовин (ПАР) в Україні характеризується невідомим зростанням. Перше місце психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР в структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки, зростання випадків хімічної залежності, збільшення серед споживачів ПАР осіб молодого віку підкреслюють актуальність моніторингу та оцінки динаміки показників захворюваності та поширеності розладів психіки і поведінки внаслідок вживання ПАР в Україні.

Мета – провести аналіз статистичних показників щодо розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР у 2015–2016 роках.

Матеріали та методи. Проаналізовано статистичні показники щодо розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР у 2015–2016 роках за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України. Методи дослідження – аналітичний, статистичний.

Результати. Питома вага захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР у загальній захворюваності класу F у 2016 році становила 60,1 %, 115 170 осіб, 270,4 на 100 тис. населення (у 2015 році – 58,4 %). У структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки на першому місці – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (41,7 %, 694 928 осіб, 1631,6 на 100 тис. населення). Серед показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (диспансерна група нагляду) у 2016 році переважали розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (хронічний алкоголізм та алкогольні психози). Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин становила 84,1 % усієї кількості осіб під наглядом на кінець року групи розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин. Охоплення амбулаторним лікуванням осіб з хронічними алкогольними синдромами в 2016 р. сягало 41,4 %, стаціонарним лікуванням були охоплені 16,9 %. У 2016 році кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (наркоманії) під диспансерним наглядом, охоплених амбулаторним лікуванням, сягнула 35,5 %, стаціонарним – 22,2 %. Смертність населення внаслідок вживання ПАР у 2016 році становила 24,6 на 100 тис. населення.

Висновки. Проведений аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР показав, що дані розлади займають перше місце у загальній захворюваності класу F. Охоплення амбулаторним та стаціонарним лікуванням осіб з хронічними алкогольними синдромами та осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (наркоманії) є недостатнім. Залежна поведінка та розлади психіки і поведінки внаслідок вживання ПАР є серйозною медико-соціальною проблемою, розв'язання якої полягає у профілактичній і лікувальній роботі, спрямованій на своєчасне виявлення та лікування осіб, які мають залежність від ПАР.

Ключові слова:розлади психіки
та поведінки, вживання
психоактивних речовин,
медична статистика.

Актуальність. Сучасна тенденція щодо вживання психоактивних речовин (ПАР) в Україні характеризується невідомим зростанням. Цьому сприяє складна соціально-економічна ситуація в країні, доступність населенню різних видів ПАР. Розлади психіки та пове-

дінки внаслідок вживання ПАР займають перше місце в структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки [1, 3]. Варто зазначити, що розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (хронічний алкоголізм та алкогольні психози) переважають серед

розладів психіки та поведінки внаслідок уживання інших видів ПАР. Збільшення серед споживачів ПАР осіб молодого віку [2], зростання випадків хімічної залежності ілюструє негативну медико-соціальну ситуацію й підкреслює актуальність моніторингу та оцінки динаміки показників захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР[1, 3].

Мета – провести аналіз статистичних показників щодо розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР у 2015–2016 роках.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано статистичні показники щодо розладів психіки і поведінки внаслідок уживання ПАР у 2015–2016 роках за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України. Методи дослідження – аналітичний, статистичний.

Результати та їх обговорення

1. Захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки

Захворюваність класу F за МКХ-10 «Розлади психіки та поведінки» (наркологія і психіатрія, усі групи нагляду) у 2016 році в Україні складала 191 729 осіб, 450,2 осіб на 100 тис. населення (на 1,01 % менше, ніж у 2015 році).

Питома вага захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин (далі – ПАР) у загальній захворюваності класу F у 2016 році становила 60,1 %, 115 170 осіб, 270,4 на 100 тис. населення (у 2015 році – 58,4 %) (рис. 1, 2).

Поширеність розладів психіки та поведінки (психіатрія і наркологія, усі групи нагляду) у 2016 році становила 1 667 869 осіб, 3916,0 на 100 тис. населення (на 0,42 % менше, ніж у 2015 році). У структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки перше місце посідають показники розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) – 41,7 %, 694 928 осіб, 1631,6 на 100 тис. населення. Питома вага за 2 роки зросла з 41,6 % у 2015 році до 41,7 % у 2016 році (рис. 3, 4).

Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) у 2016 році складала 270,4 на 100 тис. населення, або 115 170 осіб. Показник у 2016 році зріс на 1,8 %, порівняно з 2015 роком, з 265,7 на 100 тис. населення у 2015 році до 270,4 у 2016 році.

Середній в Україні показник захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) складає 270,4 на 100 тис. населення. У 2016 році цей показник у Київській області перевищено у 3,4 раза (925,9 на 100 тис. населення), у Харківській – у 2,7 раза (721,7), у Вінницькій – у 1,9 раза (518,5), у Черкаській – на 88,6 % (509,9), у Сумській – на 69,1 % (457,2), у Чернівецькій – на 58,0 % (427,1).

Значно менший, ніж середній в Україні, показник захворюваності у м. Києві – у 7,5 раза (35,9 на 100 тис. населення), у Херсонській менший у 2,4 раза (115,2), у Одеській – на 48,15% (140,2), у Тернопільській – на 45,0 % (148,6), у Львівській – на 43,9 % (151,8) областях.

У 2016 році в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР (диспансерній

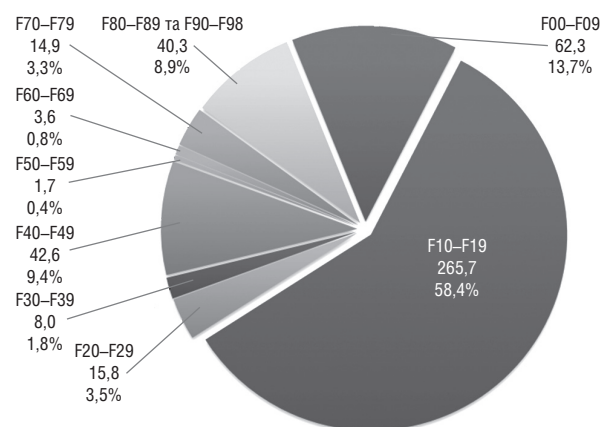


Рис. 1. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2015 році (у %)

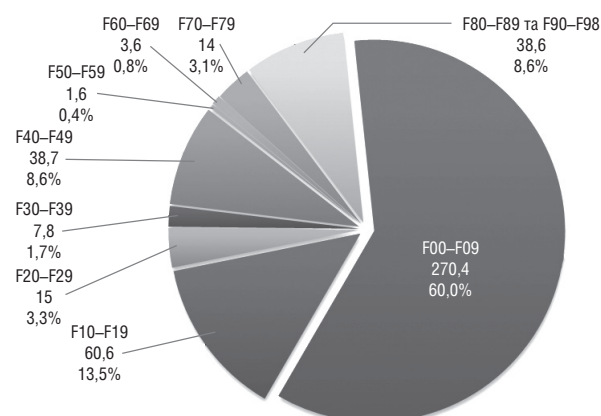


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2016 році (у %)

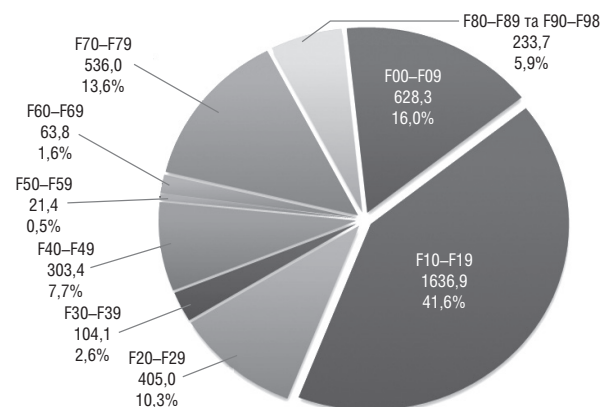


Рис. 3. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 році (у %)

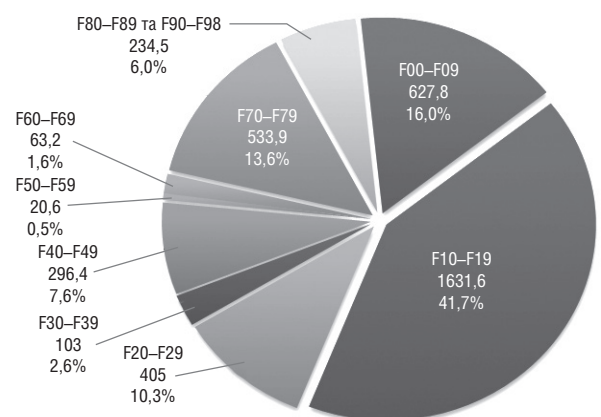


Рис. 4. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2016 році (у %)

і профілактичній групі нагляд) показники диспансерної групи нагляду склали 28,8 % (у 2015 – 28,7 %).

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) у 2016 році склали 33203 осіб, 78,0 на 100 тис. населення (на 2,35 % більше, ніж у 2015 році).

У цій групі в 2016 році показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми та стан відміни з делірієм, хронічні психотичні алкогольні розлади (хронічний алкоголізм і алкогольні психози), склали 88,5 %, 29 381 особа, 69,0 на 100 тис. населення (на 2,0 % більше, ніж у 2015 році).

Частка розладів психіки та поведінки через уживання наркотичних ПАР (наркоманії) серед показників захворюваності складала у 2016 році 11,2 %, 3 719 осіб, 8,7 на 100 тис. населення.

На показники захворюваності внаслідок вживання інших (крім алкоголю, наркотичних) ПАР (токсикоманії) у 2016 році припадало лише 0,31 %, 103 особи, 0,24 на 100 тис. населення.

Показники захворюваності з профілактичної групи нагляду у 2016 році займали 71,2 % серед показників захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду), причому показники захворюваності на гостру інтоксикацію та розлади психіки з шкідливими наслідками через уживання алкоголю переважали усі інші у цій групі нагляду і у 2016 році склали 83,4 %, 68 397 осіб, 160,6 на 100 тис. населення.

Показники захворюваності на гостру інтоксикацію та розлади психіки з шкідливими наслідками внаслідок уживання наркотичних речовин – 6,64 %, 5 444 особи, 12,8 на 100 тис. населення, показники захворюваності на гостру інтоксикацію та розлади психіки з шкідливими наслідками через уживання інших (крім алкоголю, наркотичних) ПАР – 9,92 %, 8 126 особи, 19,08 на 100 тис. населення.

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (профілактична група нагляду) у 2016 році склали 81 967 осіб, 192,45 на 100 тис. населення. За 2 роки показник зріс на 1,6 %, з 189,48 на 100 тис. населення у 2015 році до 192,45 у 2016 році.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) у 2016 році склали 1631,6 на 100 тис. населення, 694 928 осіб. Показник у 2016 році знизився на 0,32 %, порівняно з 2015 роком, з 1636,9 на 100 тис. населення у 2015 році до 1631,6 у 2016 році.

Середній в Україні показник поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР у 2016 році становив 1631,6 на 100 тис. населення.

Перевищення середнього показника по Україні у 2016 році зафіксоване у 20 областях. Найвищий показник 2016 року спостерігали у Харківській – 2318,2 (перевищення складало 42,1 %), у Кіровоградській – 2290,1 (перевищення на 40,4 %), у Чернігівській – 2199,9 (перевищення на 34,8 %), у Сумській – 2191,9 (перевищення на 34,3 %), у Хмельницькій – 2169,2 (перевищення на 33,0 %), у Донецькій – 2138,9 (перевищення на 31,1 %), у Київській – 2127,7 (перевищення на 30,4 %) областях.

На 33,0 % нижче середнього по Україні цей показник був у м. Києві – 1062,3 (нижче середнього по Україні на 34,9 %), у Дніпропетровській – 1308,0 (нижче на 19,8 %), у Тернопільській – 1412,5 (нижче на 13,4 %) та у Житомирській – 1479,4 (нижче на 9,3 %) областях.

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) в Україні у 2016 році становила 76,6 % серед усього контингенту осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду), 532400 осіб, 1250,0 на 100 тис. населення. Показник протягом 2 років знизився на 0,54 %, з 1256,8 на 100 тис. населення у 2015 році до 1250,0 у 2016 році.

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (профілактична група нагляду) в Україні у 2016 році становила 23,4 % серед усього контингенту осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду), у абсолютних числах – 162 528 осіб, 381,6 на 100 тис. населення. Протягом 2 років цей показник зріс на 0,37 %, з 380,2 на 100 тис. населення у 2015 році до 381,6 у 2016 році.

Серед показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) у 2016 році переважали розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (хронічний алкоголізм та алкогольні психози) – 88,3 %, 470 196 осіб, 1104,0 на 100 тис. населення (у 2015 році – 88,5 %, 475 670 осіб, 1102,4 на 100 тис. населення). За 2 роки показник зріс на 0,15 %, з 1102,4 у 2015 до 1104,0 у 2016 році.

Показники поширеності стану відміни з делірієм, психотичних алкогольних розладів (алкогольних психозів) у цій групі розладів психіки та поведінки займали лише 0,85 %, але за тяжкістю перебігу захворювань переважали усі інші розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю. Показник на 100 тис. населення за 2 роки зріс на 5,6 %, з 8,9 у 2015 році до 9,4 у 2016 році, у абсолютних числах – з 3811 до 3987 осіб (табл. 1).

Показники поширеності стану відміни з делірієм, психотичних алкогольних розладів (алкогольних психозів) в регіонах у 2016 році мали відхилення від середнього по Україні (9,4 на 100 тис. населення), від 36,9 – у Хмельницькій, 24,9 – у Черкаській, 22,9 – у Івано-Франківській до 0,81 – у Харківській, 1,2 – у Дніпропетровській, 1,68 – у Київській областях.

Показники поширеності хронічних алкогольних синдромів (хронічного алкоголізму) у 2016 році займали 87,6 % серед показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду), у абсолютних числах – 466 209 осіб, 1094,6 на 100 тис. населення. Показник на 100 тис. населення за 2 роки знизився на 0,8 %, з 1103,5 у 2015 році до 1094,6 у 2016 році.

Показники поширеності хронічних алкогольних синдромів у регіонах мали відхилення від середнього по Україні (1094,6 на 100 тис. населення), від 1668,9 – у Хмельницькій, 1664,6 – у Чернігівській, 1521,0 – у Івано-Франківській областях до 631,0 – у м. Києві, 756,2 – у Дніпропетровській області.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) у 2016 році займали 11,4 % серед усіх розладів психіки

та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду), у абсолютних числах це відповідало 60 696 особам, показник на 100 тис. населення – 142,5. Протягом 2 років показник зріс на 1,2 %, з 140,8 у 2015 році до 142,5 у 2016 році.

У цій групі захворювань переважали показники поширеності опіоїдів – 69,0 % або 41884 особи, 98,3 на 100 тис. населення, та поєднане уживання ПАР (декількох наркотичних речовин, алкоголю та наркотичної речовини тощо) – 22,3 % усієї групи розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин, у абсолютних числах – 13 537 осіб, 31,8 на 100 тис. населення.

Показники поширеності вживання канабіноїдів займали 7,5 % усієї групи розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин, у абсолютних числах – 4 551 особа, 10,7 на 100 тис. населення; кокаїн, галюциногени, відповідно, 0,08 %, 0,06 % у цій групі.

2. Ін'єкційні споживачі ПАР

Слід зазначити, що ін'єкційні споживачі наркотичних речовин становили 84,1 % усієї кількості осіб під наглядом на кінець року групи розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (у 2015 році

– 84,7 %). Їх кількість у 2016 році складала 51 030 осіб, показник на 100 тис. населення – 119,8.

Вище середнього в Україні (119,8) у 2016 році був показник у Запорізькій області – 321,4, або 5633 особи. Це 87,0 % усіх наркозалежних цієї області, у м. Києві – 271,9 або 7790 осіб, 95,8 % наркозалежних у місті, у Донецькій області – 213,8, 4203 особи, 83,6 % наркозалежних цієї області.

Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин з уперше в житті встановленим діагнозом у 2016 році становила 2 906 осіб або 6,8 на 100 тис. населення (та ж кількість і показник у 2015 році) (рис. 5).

Вище середнього в Україні (6,8 на 100 тис. населення) показник у 2016 році був у Запорізькій – 17,5, 307 осіб, 78,9 % усіх наркозалежних цієї області, у Дніпропетровській – 14,8, 480 осіб, 80,9 % усіх наркозалежних цієї області, у Донецькій – 13,3, 262 особи, 81,6 % усіх наркозалежних цієї області (рис. 6).

Показники поширеності розладів психіки внаслідок уживання інших (крім алкоголю, наркотичних) ПАР (токсикоманії) на кінець 2016 року складали лише 0,3 % від кількості осіб усієї диспансерної групи нагляду, у абсолютних числах – 1508 осіб, 3,5 на 100 тис. населення (у 2015 році – 0,3 %, 1528 осіб, 3,6 на 100 тис. населення).

Таблиця 1. Структура захворюваності на наркологічні розлади у 2015–2016 рр.

Найменування	Усього					
	абсолютні числа		на 100 000 населення		% до всього	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Гостра інтоксикація та розлади психіки через уживання:						
- алкоголю	67 773	68 397	158,5	160,6	83,7	83,4
- опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інших ПАР	5 165	5 444	12,1	12,8	6,4	6,6
- седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів	230	359	0,5	0,8	0,3	0,4
- тютюну, F17.0,1	7 854	7 767	18,4	18,2	9,7	9,5
Усього (профілактична група нагляду), F1x.0,1	81 022	81 967	189,5	192,5	100,0	100,0
Розлади психіки і поведінки через уживання алкоголю	28 921	29 381	67,6	69,0	88,8	88,5
стан відміни з делірієм, F10.4, F10.5	2 026	2 157	4,7	5,1	6,2	6,5
хронічні алкогольні синдроми	26 895	27 224	62,9	63,9	82,5	82,0
Розлади психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин усього	3 591	3 719	8,4	8,7	11,0	11,2
у т.ч. опіоїдів, F11.2-9	2 292	2 230	5,4	5,2	7,0	6,7
канабіноїдів, F12.2-9	324	351	0,8	0,8	1,0	1,1
кокаїну, F14.2-9	1	1				
галюциногенів, F16.2-9	4	10	0,0	0,0	0,0	0,0
кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин F19.2-9	958	1 117	2,2	2,6	2,9	3,4
Розлади психіки та поведінки через уживання інших психоактивних речовин	75	103	0,2	0,2	0,2	0,3
у т.ч. седативних або снодійних речовин F13.2-9	5	5	0,0	0,0	0,0	0,0
інших стимуляторів включно з кофеїном, F15.2-9 (частина)	59	81	0,1	0,2	0,2	0,2
тютюну, F17.2-9	7	12	0,0	0,0	0,0	0,0
легких розчинників, F18.2-9	4	5	0,0	0,0	0,0	0,0
Всього (диспансерна група нагляду), F1x.2-9	32587	33203	76,2	78,0	100,0	100,0
Всього (диспансерна, профілактична групи нагляду)	113609	115170	265,7	270,4		

Таблиця 2. Структура поширеності наркологічних розладів у 2015–2016 рр.

Найменування	Усього					
	абсолютні числа		на 100000 населення		% до всього	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Гостра інтоксикація та розлади психіки через уживання:						
– алкоголю	129830	129154	303,6	303,2	79,9	79,5
– опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інших ПАР	23368	23 794	54,7	55,9	14,4	14,6
– седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів	1280	1 388	3,0	3,3	0,8	0,9
– тютюну, F17.0,1	8079	8 192	18,9	19,2	5,0	5,0
Усього, F1x.0,1(профілактична група нагляду)	162557	162528	380,2	381,6	100,0	100,0
Розлади психіки і поведінки через уживання алкоголю	475670	470196	1112,4	1104,0	88,5	88,3
В тому числі хронічні алкогольні синдроми	471859	466209	1103,5	1094,6	87,8	87,6
стан відміни з делірієм, F10.4, F10.5	3 811	3 987	8,9	9,4	0,7	0,8
Розлади психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин (усього)	60 187	60 696	140,8	142,5	11,2	11,4
у тому числі опіоїдів, F11.2-9	42 021	41 884	98,3	98,3	7,8	7,9
канабіноїдів, F12.2-9	4 417	4 551	10,3	10,7	0,8	0,9
кокаїну, F14.2-9	44	46	0,1	0,1	0,008	0,009
галюциногенів, F16.2-9	27	34	0,1	0,1	0,005	0,006
кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин F19.2-9	12 981	13537	30,4	31,8	2,4	2,5
Розлади психіки та поведінки через уживання інших ПАР	1 528	1508	3,6	3,5	0,3	0,3
у т.ч. седативних або снодійних речовин F13.2-9	215	206	0,5	0,5	0,04	0,04
інших стимуляторів, включно з кофеїном, F15.2-9 (частина)	1 108	1111	2,6	2,6	0,2	0,2
тютюну, F17.2-9	8	16	0,02	0,04	0,0015	0,003
летких розчинників, F18.2-9	197	175	0,5	0,4	0,04	0,03
Всього, F1x.2-9 (диспансерна група нагляду)	537385	532400	1256,8	1250,0	100,0	100,0
Всього (диспансерна, профілактична групи нагляду)	699942	694928	1636,9	1631,6		

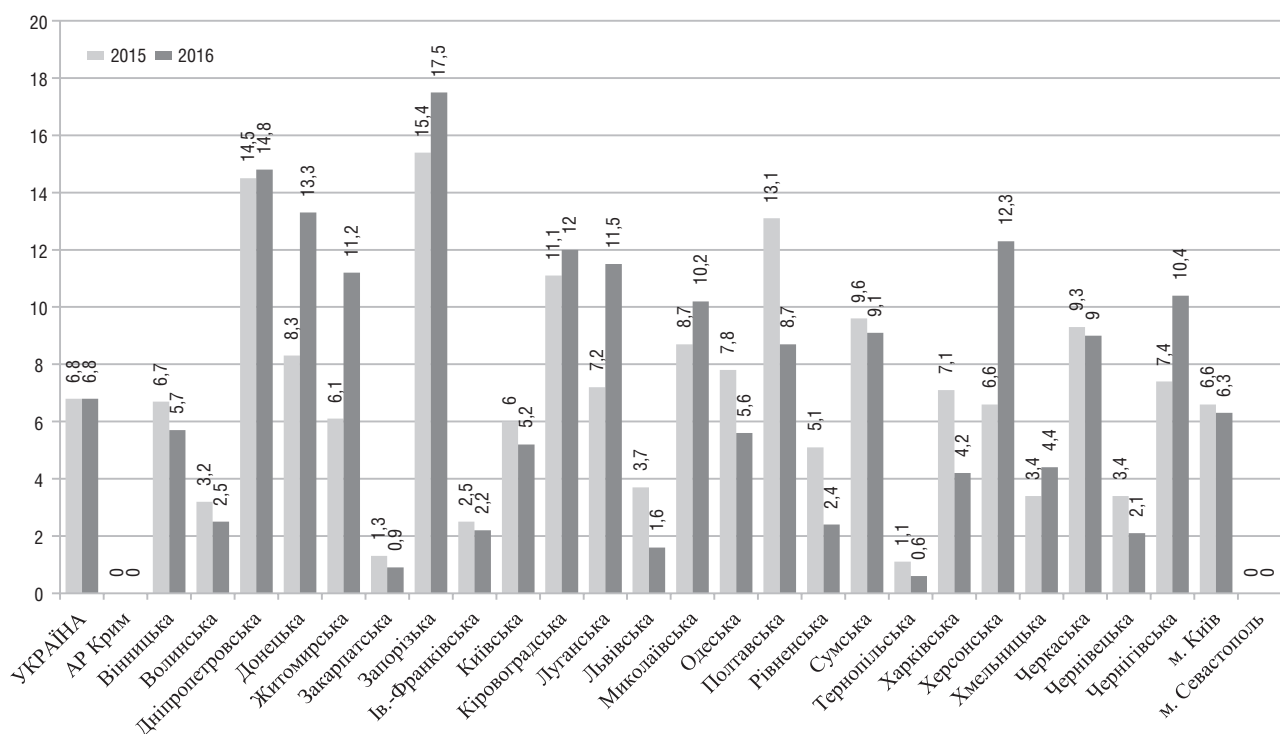


Рис. 5. Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом у 2015–2016 рр. (показник на 100 тис. населення)

ня). У цій групі 2016 року виділялися показники розладів психіки та поведінки внаслідок уживання інших стимуляторів, включно з кофеїном, шифр F15.2–F15.9 (частина) – 73,7 % показників цієї групи, 1 111 осіб, 2,6 на 100 тис. населення; через уживання седативних або снодійних речовин, шифр F13.2–F13.9 – 13,7 % показників цієї групи, 206 осіб, 0,5 на 100 тис. населення; легких речовин – 11,6 % від показників цієї групи, 175 осіб, 1,4 на 100 тис. населення.

3. Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (хронічний алкоголізм), які охоплені різними видами лікування

Під диспансерним наглядом на кінець 2016 року перебували 466 209 осіб з хронічними алкогольними синдромами (хронічний алкоголізм). У 2015 році – на 1,2 % більше, тобто 471 859 осіб.

У 2016 році з цієї кількості осіб 16,9 % (78 841 осіб) були охоплені стаціонарним лікуванням (кількість осіб, які вибули з стаціонару, та кількість осіб, які на кінець року перебували у стаціонарі, але також отримали стаціонарну допомогу, разом – проліковані хворі). У 2015 році кількість осіб, охоплених стаціонарним лікуванням, була дещо вищою – 17,2 %.

У 2016 році в регіонах цей відсоток сягав 30,7 % у Харківській, 27,5 % – у Львівській, 26,6 % – у Сумській, 26,4 % – у Рівненській, 25,5 % – у Житомирській областях. У Херсонській області він сягав лише 4,7 %, у Донецькій – 6,2 %, у Вінницькій – 7,5 % (рис. 7).

У 2016 році кількість осіб з хронічними алкогольними синдромами, які були охоплені амбулаторним лікуванням, сягала 41,4 %, 193 087 осіб у абсолютних числах (у 2015 році – 41,8 %, 197 033 осіб у абсолютних числах).

У регіонах 2016 року спостерігалася велика варіація цього показника: від 86,5 % у Харківській, 58,8 % – у Закарпатській, 57,3 % – у Сумській областях до 0,7 % –

у м. Києві, 6,8 % – у Волинській, 8,0 % – у Івано-Франківській областях.

Кількість осіб з вищезгаданою патологією, примусово пролікованих у наркологічних закладах системи МОЗ України, була незначною і у 2016 році займала 0,007 % (31 особа) від кількості осіб під наглядом (2015 року – 0,014 %, 64 особи). Причому у 2016 році 45,2 % їх припадало на Хмельницьку область (14 осіб). Відсоток осіб, охоплених примусовим лікуванням у виправно-трудових установах (далі – ВТУ) у 2016 році займав 0,023 % від кількості осіб під наглядом з цієї патологією, у абсолютних числах – 108 осіб. 50,9 % (55 осіб) проліковано у Хмельницькій, 41,7 % (45 осіб) – у Тернопільській областях.

Під диспансерним наглядом у наркологічних закладах України у 2016 році перебувало 60 696 осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) (рис. 8). Це на 0,8 % більше, ніж 2015 року.

У 2016 році 22,2 % з цієї кількості осіб (13450 осіб) охоплені стаціонарним лікуванням (у 2015 році – 21,5 %).

У регіонах 2016 року спостерігалася коливання показника від 49,8 % у Полтавській, 44,4 % – у Черкаській, 42,1 % – у Харківській, 41,8 % – у Житомирській областях до 7,6 % – у Одеській, 8,1 % – у Волинській, 8,4 % – у Чернівецькій, 9,2 % – у Донецькій областях.

У 2016 році кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин під диспансерним наглядом, охоплених амбулаторним лікуванням, сягнула 35,5 % (21 561 осіб). У 2015 році їх було 34,9 %, або 20 976 осіб.

У регіонах 2016 року відсоток охоплених амбулаторним лікуванням коливався від 64,1 % у Хмельницькій, 64,0 % – у Київській, 62,0 % – у Харківській, 54,9 % у Сумській областях до 8,1 % у м. Києві, 17,3 % – у Волинській, 17,7 % – у Закарпатській областях.

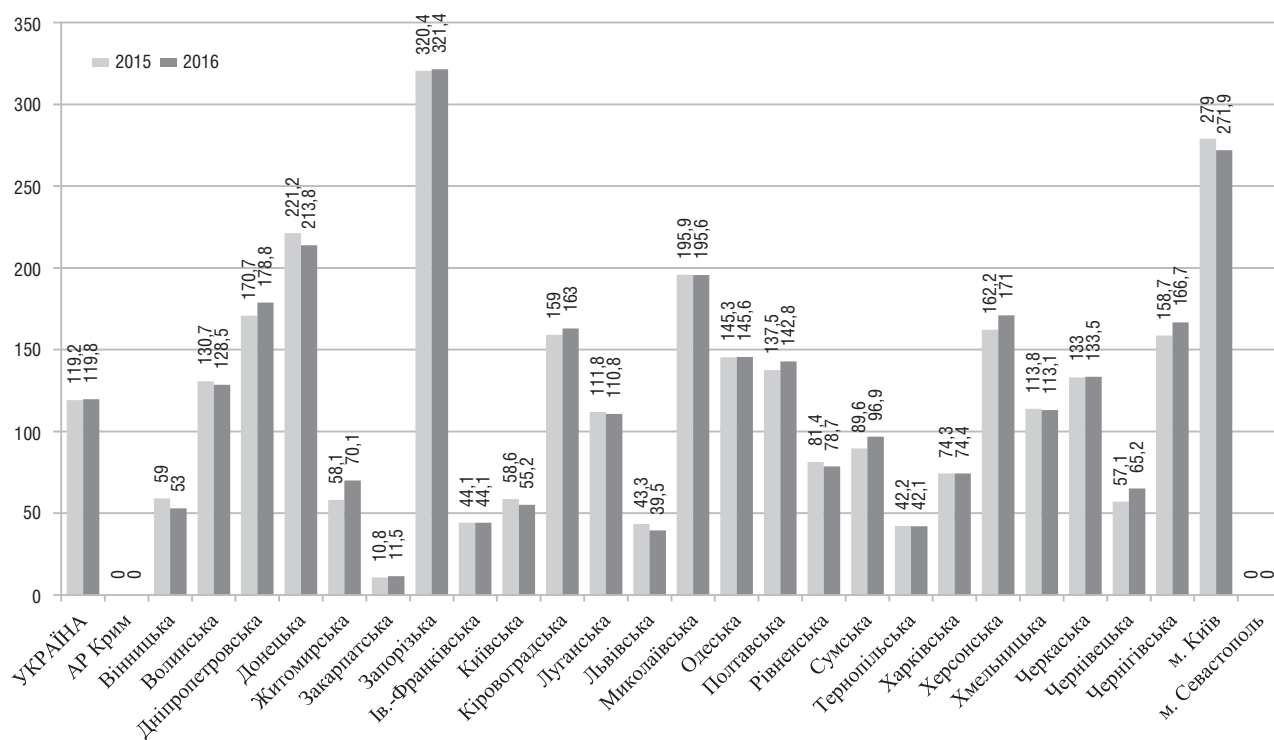


Рис. 6. Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин серед контингенту на кінець року у 2015–2016 рр. (показник на 100 тис. населення)

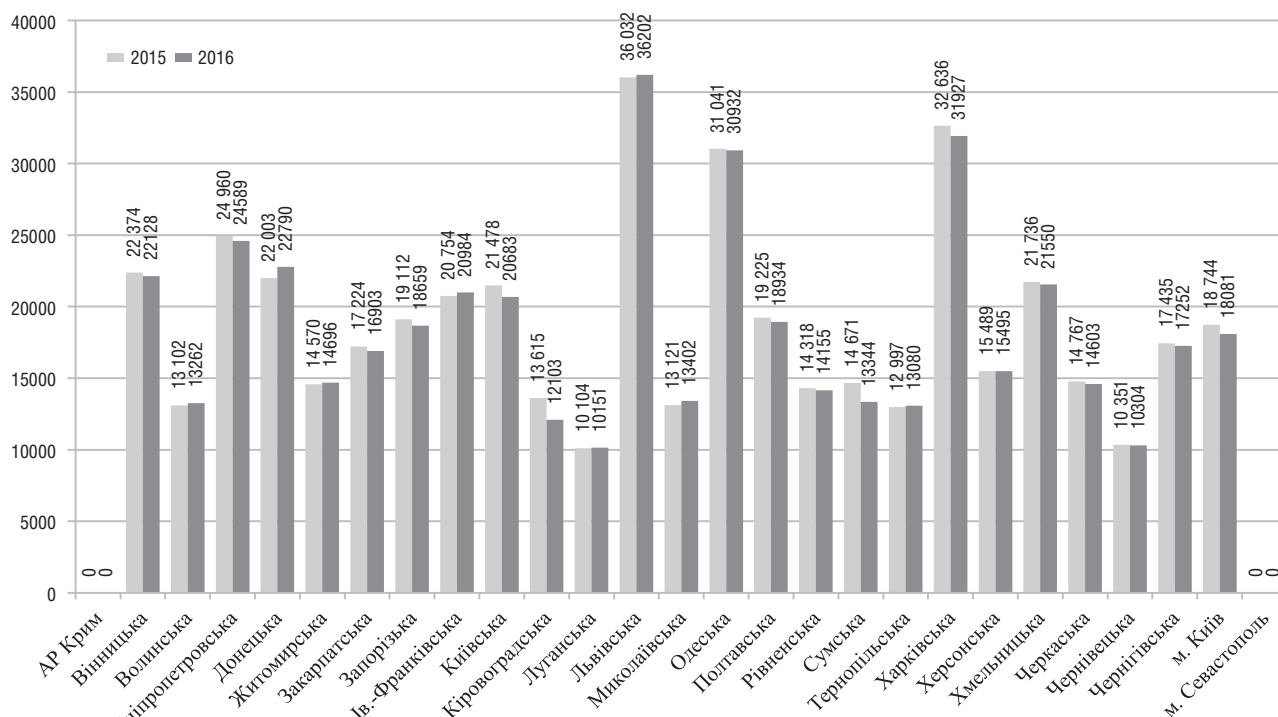


Рис. 7. Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю, охоплених лікуванням за 2015–2016 рр. (диспансерна група нагляду, абсолютні значення)

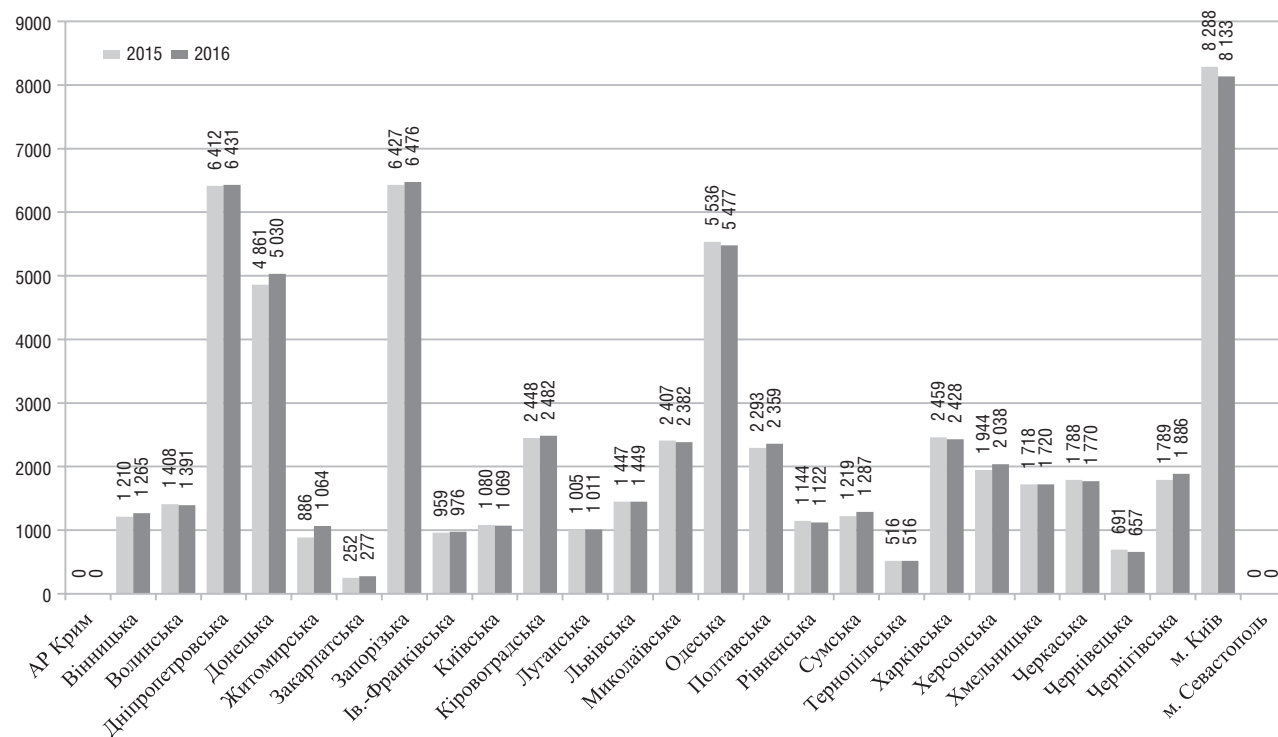


Рис. 8. Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин, які охоплені різними видами лікування за 2015–2016 рр. (диспансерна група нагляду, абсолютні значення)

Кількість осіб у цій групі захворювань, охоплених примусовим лікуванням у закладах системи МОЗ України, у 2016 році складала лише 0,018 % (11 осіб), усі проліковані у Хмельницькій області. У 2015 році відсоток охоплених примусовим лікуванням у закладах системи МОЗ України складав 0,025 % (15 осіб).

Кількість осіб з цієї ж групи захворювань, пролікованих примусово у ВТУ, у 2016 році сягала 0,22 % або 134 особи (0,27 % або 164 особи у 2015 році). 41,8 % (56 осіб) припадало на Тернопільську,

29,9 % (40 осіб) – на Хмельницьку, 23,9 % (32 особи) – на Вінницьку області.

4. Смертність внаслідок уживання ПАР

У 2016 році смертність населення внаслідок уживання ПАР становила 24,6 на 100 тис. населення (у перерахунку на 38815,4 населення України без населення окупованих територій) і 22,3 (у перерахунку на 42590,9). Протягом 2 років показник знизився на 3,5 %, з 23,1 у 2015 році до 22,3 у 2016 році. Абсолютне число померлих внаслідок

уживання ПАР у 2016 році – 9 536 осіб. Вище середнього в Україні (24,6 на 100 тис. населення) показник смертності внаслідок уживання ПАР був у Запорізькій – 51,5 (903 особи), Хмельницькій – 43,0 (555 осіб), Закарпатській і Сумській – по 42,0 (відповідно 528 і 467 осіб), Миколаївській – 41,1 (476 осіб) областях. Нижче середнього в Україні показник був у м. Києві – 1,9 (55 осіб), Івано-Франківській – 6,2 (86 осіб), Київській – 7,6 (136 осіб) областях.

У структурі причин смертності внаслідок уживання ПАР переважали показники алкогольної кардіоміопатії – 33,8 % (3218 осіб).

Показники смертності від випадкового отруєння алкоголем займали 30,7 % (2 930 осіб); показники смертності від алкогольної хвороби печінки – 17,8 % (1 693 особи), показники смертності через розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю – 7,3 % (694 особи), показники смертності від дегенерації нервової системи, спричиненої уживанням алкоголю – 5,9 % (560 осіб), показники смертності від отруєння алкоголем, намір не визначений, – 3,6 % (340 осіб). На показники смертності через розлади психіки та поведінки внаслідок уживання інших (крім алкоголю) ПАР та алкогольний панкреатит припадало, відповідно, 0,72 % (69 осіб) та 0,3 % (30 осіб).

Серед показників смертності від алкогольної кардіоміопатії, яка займала перше місце серед показників смертності внаслідок уживання ПАР у регіонах 2016 року, вище середнього в Україні були показники у Запорізькій області – 30,5 на 100 тис. населення (535 осіб), Житомирській – 19,8 (248 осіб), Харківській – 15,4 (416 осіб). У м. Києві – лише 0,45 на 100 тис. населення (13 осіб), у Чернівецькій області – 1,2 (11 осіб), у Тернопільській (14 осіб), Донецькій (26 осіб) областях – по 1,3. За 2 роки показник по Україні знизився на 5,0 %, з 8,0 у 2015 році до 7,6 у 2016 році.

Висновки

1. Питома вага захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР у загальній захворюваності класу F у 2016 році становила 60,1 %, 115 170 осіб, 270,4 на 100 тис. населення (у 2015 році – 58,4 %).

2. У структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки на першому місці – розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду). Це 41,7 %, або 694 928 осіб, 1631,6 на 100 тис. населення.

3. У диспансерній групі нагляду 2016 року показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми та стан відміни з делірієм, хронічні психотичні алкогольні розлади (хронічний алкоголізм і алкогольні психози), займали 88,5 %, 29 381 особа, 69,0 на 100 тис. населення (на 2,0 % більше, ніж у 2015 році).

4. Показники захворюваності на гостру інтоксикацію та розлади психіки з шкідливими наслідками через уживання алкоголю переважали усі інші у профілактичній групі нагляду і у 2016 році складали 83,4 %, 68 397 осіб, 160,6 на 100 тис. населення.

5. Серед показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) у 2016 році переважали розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (хронічний

алкоголізм та алкогольні психози) – 88,3 %, 470 196 осіб, 1104,0 на 100 тис. населення (у 2015 році – 88,5 %, 475 670 осіб, 1102,4 на 100 тис. населення).

6. Показники поширеності хронічних алкогольних синдромів (хронічного алкоголізму) у 2016 році займали 87,6 % серед показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду), у абсолютних числах – 466 209 осіб, 1094,6 на 100 тис. населення.

7. Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин становила 84,1 % (51 030 осіб, показник на 100 тис. населення – 119,8) усієї кількості осіб під наглядом на кінець року групи розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин.

8. У 2016 році кількість осіб з хронічними алкогольними синдромами, які були охоплені амбулаторним лікуванням, сягала 41,4 %, 193 087 осіб у абсолютних числах, 16,9 %, 78 841 особа, були охоплені стаціонарним лікуванням.

9. У 2016 році кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) під диспансерним наглядом охоплених амбулаторним лікуванням сягнула 35,5 % (21 561 осіб), стаціонарним – 22,2% (13 450 осіб).

10. У 2016 році смертність населення внаслідок уживання ПАР становила 24,6 на 100 тис. населення (у перерахунку на 38815,4 населення України без населення окупованих територій) і 22,3 (у перерахунку на 42590,9).

Проведений аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР показав, що дані розлади займають перше місце у загальній захворюваності класу F. Охоплення амбулаторним та стаціонарним лікуванням осіб з хронічними алкогольними синдромами та осіб з розладами психіки і поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) є недостатнім. Залежна поведінка та розлади психіки і поведінки внаслідок уживання ПАР є серйозною медико-соціальною проблемою, розв'язання якої полягає у профілактичній і лікувальній роботі, що спрямована на своєчасне виявлення та лікування осіб, які мають залежність від ПАР.

Список використаної літератури

- Захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед учасників антитерористичної операції в Україні за перше півріччя 2016 року / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний [та ін.] // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 4 (87). – С. 11–14.
- Куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед підлітків, які навчаються: поширення й тенденції в Україні : За результатами дослідження 2015 року в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD» / Балакірева О.М., Бондар Т.В., Приймак Ю.Ю. та ін. – К. : Поліграфічний центр «Фоліант», 2015. – 200 с. Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/ukr/ESPAD-ForWEB.pdf> (дата звернення: 01.09.2017).
- Маркозова Л. М. Аналіз динаміки поширеності та захворюваності на розлади психіки і поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин в Україні за період 1990–2014 років // Л. М. Маркозова, І. В. Лінський, О. В. Бараненко // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2017. – Т. 4, № 1 (7). – С. 52–58.

References

- Pinchuk, I. Ya., Petrichenko, O. O., Kolodezhny, O. V., Zdoryk, I. F., & Drevitska, O. O. (2016). Zakhvoriuvannist i poshyrennist rozladiv psykhyky ta povedinky vnaslidok vzhivannia psykhoaktyvnykh rechovykh sered uchasykyv antyterorystychnoi operatsii v Ukraini za pershe pivrichchia 2016 roku [Incidence and prevalence of mental and behavioral disorders due to use of psychoactive substances among the participants of the antiterrorist operation in Ukraine for the first half of 2016].

- Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry, vol. 22, no. 3 (86), pp. 15–19. (In Ukrainian).
- Balakrieva, O. M., Bondar, T. V., Pryimak, Yu. Yu., Pavlova, D. M., Vasylenko, O. V., Sakovych, O. T., ... Nakhabych, N. S. (2015). *Kurinnia, vzhivannia alkoholii ta narkotychnykh rechovyn sereb pidlitkiv, yakі navchaliusia: poshyrennia y tendentsii v Ukraini: Za rezultaty doslidzhennia 2015 roku v ramkakh mizhnarodnoho proektu «levropeiske opytuvannia uchniv shchodo vzhivannia alkoholii ta inshykh narkotychnykh rechovyn – ESPAD»* [Smoking, alcohol and drug use among adolescents in education: Distribution and Tendency in Ukraine: According to a survey conducted in 2015 within the framework of the international project

- “European Student Survey on the Use of Alcohol and Other Drugs – ESPAD”]. Kyiv: Polihrafichnyi tsentr «Foliant», 200 p. Retrieved from: <https://www.unicef.org/ukraine/ukr/ESPAD-ForWEB.pdf> (accessed 01.09.2017). (In Ukrainian).
- Markozova, L. M., Linskiy, I. V., & Baranenko, O. V. (2017). Analiz dynamiky poshyrenosti ta zachvoriuvanosti na rozlady psykhyky i povedinky vnaslidok uzhyvannia psykhoaktyvnykh rechovyn v Ukraini za period 1990–2014 rokiv [Analysis of the dynamics of the prevalence and incidence of mental disorders and behavior as a result of the use of psychoactive substances in Ukraine for the period 1990–2014 years]. *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykhologhiia – Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, vol. 4, issue 1 (7), pp. 52–58. (In Ukrainian).

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В 2015–2016 ГОДАХ

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

Актуальность. Современная тенденция употребления психоактивных веществ (ПАВ) в Украине характеризуется непрерывным ростом. Первое место психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ в структуре показателей распространенности расстройств психики и поведения, рост случаев химической зависимости, увеличение среди потребителей ПАВ лиц молодого возраста подчеркивают актуальность мониторинга и оценки динамики показателей заболеваемости и распространенности расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ в Украине.

Цель – оценить статистические показатели относительно расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ в 2015–2016 годах.

Материалы и методы. Проанализированы статистические показатели относительно расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ в 2015–2016 годах по данным государственных и отраслевых статистических отчетов учреждений здравоохранения Украины. Методы исследования – аналитический, статистический.

Результаты. Удельный вес заболеваемости расстройствами психики и поведения из-за употребления ПАВ в общей заболеваемости класса F в 2016 году составил 60,1 %, 115 170 человек, 270,4 на 100 000 населения (в 2015 году – 58,4 %). В структуре показателей распространенности расстройств психики и поведения на первом месте – расстройства психики и поведения вследствие употребления ПАВ (41,7 %, или 694 928 человек, или 1631,6 на 100 тыс. населения). Среди показателей распространенности расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ (диспансерная группа надзора) в 2016 году преобладали расстройства психики и поведения вследствие употребления алкоголя (хронический алкоголизм и алкогольные психозы). Количество инъекционных потребителей наркотических веществ составило 84,1 % всего количества лиц под наблюдением на конец года группы расстройств психики и поведения вследствие употребления наркотических веществ. Охват амбулаторным лечением лиц с хроническими алкогольными синдромами в 2016 г. достигал 41,4 %, а стационарным лечением были охвачены 16,9 %. В 2016 году количество лиц с расстройствами психики и поведения вследствие употребления наркотических веществ (наркомании) под диспансерным наблюдением охваченных амбулаторным лечением достигло 35,5 %, стационарным – 22,2 %. Смертность населения в результате употребления ПАВ в 2016 году составила 24,6 на 100 тыс. населения.

Выводы. Проведенный анализ статистических показателей расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ показал, что данные расстройства занимают первое место в общей заболеваемости класса F. Охват амбулаторным и стационарным лечением лиц с хроническими алкогольными синдромами и лиц с расстройствами психики и поведения вследствие употребления наркотических веществ (наркомании) является недостаточным. Зависимое поведение и расстройства психики и поведения вследствие употребления ПАВ являются серьезной медико-социальной проблемой, решение которой заключается в профилактической и лечебной работе, направленной на своевременное выявление и лечение лиц, имеющих зависимость от ПАВ.

Ключевые слова: расстройства психики и поведения, употребление психоактивных веществ, медицинская статистика.

ANALYSIS OF STATISTICAL INDICATORS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN 2015-2016

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

Background. The current tendency of the use of psychoactive substances (PAS) in Ukraine is characterized by continuous growth. The first place of mental and behavioral disorders due to the use of PAS in the structure of the prevalence of mental and behavior disorders, the growth of cases of chemical dependence, the increase PAS-users among young people, emphasize the urgency of monitoring and assessing the dynamics of morbidity and prevalence of psychiatric disorders and behavior due to the use of surfactants in Ukraine.

Objective – to evaluate statistical indicators of mental and behavioral disorders due to use of psychoactive substances in 2015-2016.

Materials and methods. According to the data of government and industry statistical reports Ukraine's health facilities, we analyzed the statistical indicators of mental and behavioral disorders due to use of psychoactive substances in 2015-2016. For this we used analytical and statistical methods.

Results. The proportion of the incidence of mental and behavioral disorders due to the use of PAS in the overall incidence of class F in 2016 was 60.1 %, 115 170 people, 270.4 per 100 000 population (in 2015 - 58.4 %). In the structure of indicators of prevalence of mental disorders and behavior, in the first place were mental and behavior disorders due to the use of PAS (41.7 %, or 694 928 people, or 1 631.6 per 100 thousand population). Among the indicators of the prevalence of mental and behavior disorders due to the use of PAS (dispensary supervision group) in 2016 prevailed mental and behavior disorders due to alcohol use (chronic alcoholism and alcoholic psychoses). At the end of the year, the number of injecting drug users amounted to 84.1% of the total number of people under supervision among a group of mental and behavior disorders due to drug use. The outpatient coverage of persons with chronic alcohol syndromes in 2016 reached 41.4 %, and inpatient treatment covered 16.9 %. In 2016, the number of people with mental and behavioral disorders due to the use of drugs (drug addiction) under outpatient supervision covered by outpatient treatment reached 35.5 %, stationary - 22.2 %. The mortality rate of the population as a result of the use of PAS in 2016 was 24.6 per 100 thousand of the population.

Conclusions. The analysis of statistical indicators of mental and behavior disorders due to the use of PAS showed, that these disorders rank first place in the overall incidence of class F. The coverage of outpatient and inpatient treatment of persons with chronic alcohol syndrome and those with mental and behavior disorders due to the use of drugs (drug addiction) is inadequate. Dependent behavior and mental and behavior disorders due to the use of PAS are a serious medical and social problem. The solution to this problem lies in preventive and treatment work aimed at the timely detection and treatment of persons who are dependent of PAS.

Keywords: mental disorders and behavior, substance abuse, medical statistics.

Стаття надійшла до редакції: 15.09.2017 р.

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

КОЛОДЕЖНИЙ Олексій Вікторович, завідувач наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: kolodezhny@ukr.net

ПЕТРИЧЕНКО Ольга Олександрівна, лікар-статистик Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ
ЗДОРІК Ірина Федорівна, к.мед.н., старший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

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

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

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

ЗДОРІК Ирина Федоровна, к.мед.н., старший научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

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

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

PETRYCHENKO Olga Oleksandrivna, Physician-statistician of the State Institution «Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine», Kiev, Ukraine

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

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:355.292.3:340.63

О. П. Олійник

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІ АСПЕКТИ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії

та наркології МОЗ України, м. Київ

sudprof@ukr.net

Актуальність. В останні три роки українські експерти психіатри та психологи зіткнулись із достатньо інтенсивним запитом на проведення експертиз учасникам бойових дій (УБД). З огляду на високу (90,8 %) поширеність психічних розладів в УБД, які скоїли суспільно небезпечні діяння (СНД), такий запит є цілком виправданим. Питання в тому, чи готова судова психіатрія задовольнити цей запит як на етапі експертизи, так і на етапах подальшого надання психореабілітаційної допомоги?

З метою з'ясування основних проблем експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій було проаналізовано 87 випадків судово-психіатричних, в тому числі комплексних судових психолого-психіатричних експертиз (КСППЕ), у кримінальному провадженні.

Результати та висновки. Судово-психіатричний аналіз виявив найпроблемніші аспекти, урахування яких сприятиме обґрунтованості і достовірності експертних висновків як джерела доказів у суді.

Залучення психолога в якості експерта (при КСППЕ) або консультанта (при СПЕ) значно доповнює рівень обстеження. В експертних висновках обов'язково має відображатись інформація щодо служби в зоні бойових дій, рівня соціальної, трудової та сімейної адаптації до та після служби, повні відомості про психічні розлади та соматичні захворювання в період служби, мотиви скоєння СНД. Експертні діагнози повинні бути чіткими, однозначними, відповідати сучасним діагностичним критеріям, логічно виходити з результатів обстеження та наявних матеріалів кримінального провадження. Відповідаючи на питання, експерти не мають права виходити за межі компетенції.

При наявності психічних розладів, які не досягають тяжкого ступеня, але потребують лікування та реабілітації, доцільно виносити рішення про істотний вплив психічних розладів на здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними з рекомендаціями амбулаторного примусового лікування.

Ключові слова:
судово-психіатрична експертиза, психічні розлади, учасники бойових дій.

Актуальність. З початком збройного конфлікту на Сході України зріс запит на проведення судово-психіатричних експертиз (СПЕ) представникам військового контингенту. Особи під слідством, а також їх адвокати часто ініціюють призначення експертизи, мотивуючи вчинення інкримінованого діяння впливом бойової психічної травми, прояви якої раніше (до участі в бойових діях) не були притаманні даним особам.

В цілому немає підстав вважати учасників бойових дій (УБД) криміногенним контингентом. Обстежені

підекспертні рідко мали кримінальний досвід у минулому. Скоєння інкримінованих діянь було нехарактерним для їх особистісних настанов, стилю поведінки та способу життя [1].

Відомо, що тривале перебування в стресових умовах сприяє виникненню стресогенних психічних розладів, загостренню наявних несприятливих психічних порушень та зростанню хімічних і нехімічних адикцій, як фактора зменшення емоційної напруги [2, 3]. УБД також схильні до непередбачуваних проявів емоційного реагування, яке не досягає рівня психічних по-

рушень, але здатне суттєво вплинути на реалізацію суспільно небезпечних дій.

Питання в тому, чи готова судова психіатрія задовольнити сучасний запит як на етапі експертизи, так і на етапах подальшого надання психореабілітаційної допомоги такому контингенту осіб?

З метою з'ясування основних проблем експертної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій було проаналізовано 87 випадків судово-психіатричних, в тому числі комплексних судових психолого-психіатричних експертиз (КСППЕ), у кримінальному провадженні.

Щиро вдячні судово-психіатричним закладам України, які співпрацювали з Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України в рамках проекту «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)».

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

Результати та їх обговорення

На час експертизи більшість підекспертних були в процесуальному статусі підозрюваних (82 вип., 94,3 %), рідше обвинувачуваних (4 вип., 4,6 %), один підекспертний проходив СПЕ як потерпілий внаслідок спричинення йому тілесних ушкоджень.

З них 52 особам (59,8 %) інкримінували злочини проти життя та здоров'я особи: вбивство – (ст. 115 КК України) 30 вип., 34,5 %; тяжкі тілесні ушкодження (ст. 121 КК України) – 17 вип., 19,5 %; легкі тілесні ушкодження (ст. 125 КК України) – 5 вип., 5,7%. Решта підекспертних (35 вип., 40,2 %) вчинили злочини, не пов'язані з посяганням на життя та здоров'я інших осіб: незаконні операції зі зброєю (ст. 263 КК України) – 12 вип., 13,8 %; злочини, пов'язані з порушенням уставу військової служби (ст. 407, 408 КК України) – 10 вип., 11,5 %; злочини, пов'язані з незаконним заволодінням майном (ст. 185, 186, 289 КК України) – 10 вип., 11,5 %; хуліганство (ст. 296 КК України) – 2 вип., 2,3 %; злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів (ст. 307 КК України) – 1 вип., 1,1 %.

Як видно з даних, наведених у таблиці 1, більшість експертиз УБД були проведені амбулаторно. Стационарні призначали переважно особам, які вчинили тяжкі агресивні злочини проти життя та здоров'я або ж у випадках, коли на амбулаторній експертизі не вдалось вирішити поставлені питання. У таких випадках експерти рекомендували провести більш ґрунтовне стационарне обстеження.

Підставами для призначення повторних експертиз була складність випадків, рідше – недостатність достовірних відомостей про психічний стан підекспертного, що ставило під сумнів обґрунтованість первинного експертного висновку. Як правило, повторними були стационарні експертизи. По суті, «повторними» були

стационарні експертизи після амбулаторних, КСППЕ після СПЕ або навпаки, хоча з юридичних позицій різномірні експертизи не можна вважати повторними.

Одноосібні експертизи в судово-психіатричній практиці зустрічаються рідко. Зазвичай вони обумовлені нестачею експертів в експертному закладі взагалі або в певний період (відпусток, відряджень тощо). Проведення одноосібних експертиз є легітимним тільки у разі, якщо в ухвалі чи постанові не вказано, що експертиза має бути комісійною. Зрідка одноосібні експертизи призначає суд (прокурор, слідчий) персонально конкретному експертові, хоча така практика в Україні не поширена, через неоднозначність таких рішень.

КСППЕ становили більше третини всіх випадків експертиз (37,9 %). З одного боку, це достатньо високий показник, з огляду на 5% частку такого виду експертиз в структурі загальної кількості експертиз по Україні. З іншого, враховуючи питання актуальності впливу емоційних станів на генез СНД, цей показник не такий і високий.

При проведенні СПЕ психологи, в якості консультантів, залучались до обстеження підекспертних (психодіагностика тощо) лише у 11,5 % випадків. Це низький показник, враховуючи складність випадків експертної оцінки бойових психічних травм. Психологічне обстеження дає можливість більш ґрунтовно обстежити підекспертного, додає доказовості судово-психіатричному висновку, доповнює дані щодо діагнозу, полегшує диференційну діагностику, відокремлює особистісні зміни від розладів особистості, дозволяє ширше дослідити особливості емоційного реагування, притаманного для людини в тій чи іншій ситуації. Враховуючи, що експертизи такому контингенту осіб проводяться прижиттєво, доцільно залучати психологів в якості консультантів (не в якості експертів!) до обстеження учасників бойових дій в рамках СПЕ. Інколи, побоюючись психіатрів, підекспертні більше розкривають свої хворобливі переживання, обставини та факти свого життя саме перед психологом. Тому при засіданні експертної комісії доцільно обговорити отримані дані також з психологом, заслухавши його думку, а не обмежуватись отриманням письмового висновку психологічного обстеження.

Таблиця 1. Види експертиз, проведених учасником бойових дій, які скоїли СНД

Вид експертизи	Абс.	%
Амбулаторна	65	74,7
Стационарна	22	25,3
Первинна	70	80,5
Повторна	17	19,5
Комісійна	84	96,6
Одноосібна	3	3,4
Судово-психіатрична	54	62,1
Комплексна судова психолого-психіатрична	33	37,9

Підставами для призначення експертизи УБД в 35 випадках (40,2 %) були відомості про наявність психіатричного анамнезу, про що слідчі чітко зазначали в постанові: «враховуючи звернення за психіатричною допомогою призначити СПЕ (КСППЕ) для визначення психічного стану...». В решті випадків (52 вип., 59,8 %) експертиза призначалась через жорстокість та тяжкість злочинів, неадекватність або нехарактерність поведінки для особи на час злочину або на період слідства. Інколи просто вказувалось: «враховуючи участь у бойових діях, призначити СПЕ (КСППЕ) для визначення психічного стану...», тим самим констатуючи, що участь у бойових діях апіорі може вплинути на психічний стан.

Коло питань, які ставляться перед експертами щодо УБД, охоплює як класичні питання: «Чи страждав ПІБ на будь-які психічні розлади на момент вчинення інкримінованого діяння? Чи страждає ПІБ на психічні розлади в даний час, якщо так, то на які саме? Чи міг ПІБ на період скоєння інкримінованого діяння усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними? Чи може ПІБ усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в процесі слідства, давати адекватні свідчення (*процесуальна дієздатність*)? Якщо ПІБ страждав або страждає на психічні розлади, то чи потребує він застосування примусових заходів медичного характеру?», так і більш конкретизовані питання, які інколи виходять за межі компетенції експертів психіатрів: «Чи страждає ПІБ на алкогольну або наркотичну залежність, якщо так, то чи потребує він протиакольного / протинаркотичного лікування? Чи не протипоказане таке лікування ПІБ? Чи схильний ПІБ до брехні та фантазування? (*питання до експертів психологів*). Чи пов'язане психічне захворювання з проходженням військової служби? (*встановлення даних причинно-наслідкових зв'язків є компетенцією військово-медичних експертних комісій*). З якого часу ПІБ мав фактичну можливість виконувати, покладені на нього обов'язки військової служби? (*в даному викладенні питання виходить за межі компетенції судово-психіатричних експертів та експертів психологів*). Встановити поведінку ПІБ до та після СНД? (*встановлювати поведінку на період СНД має слідство, експерти встановлюють вплив психічних розладів (за їх наявності) на поведінку*). Чи можна вважати осудним ПІБ на момент вчинення інкримінованого діяння? (*визнання особи осудною, неосудною, обмежено осудною є прерогативою суду. Експерти виносять рішення щодо здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Суд може прийняти або не прийняти рішення експертів*)».

Психологам ставляться питання щодо індивідуально-психологічних особливостей підекспертних, впливу емоційних станів, рівня розумового розвитку на поведінку під час СНД, встановлення наявності чи відсутності фізіологічного афекту.

У 79 (90,8 %) УБД, які скоїли правопорушення, спостерігали психічні розлади. З них у 44 (50,6 %) випадках психічні розлади були винесені в експертні діагнози: органічні психічні розлади (F06.6, F07.2) – 5 вип., 5,7 %; психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР, синдром залежності – 13 вип., 14,9 %;

шизофренія (F20) – 4 вип., 4,6 %; рекурентний депресивний розлад помірної тяжкості (F33.1) – 1 вип., 1,1 %; невротичні, пов'язані зі стресом розлади – 15 вип., 17,2 %; розлади особистості – 6 вип., 6,9 %.

У 35 (40,2 %) випадках наявні задокументовані психічні розлади, такі як синдром залежності від ПАР, розлади особистості, а також лабораторно підтверджений стан алкогольного сп'яніння під час скоєння СНД, не виносились в експертні діагнози з формальною констатацією відсутності ознак психозу, недоумства та тяжких хронічних психічних захворювань, які б впливали на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час скоєння правопорушення.

Лише 8 (9,2 %) УБД ніколи не мали психічних розладів, не перебували в стані сп'яніння під час СНД.

З огляду на високу поширеність психічних розладів, нездатними усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними були визнані 5 (5,7 %) підекспертних: 4 з шизофренією, 1 з рекурентним депресивним розладом. Такими, що не повною мірою могли усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, були визнані лише 4 (4,6 %) особи з діагнозами рубрик МКХ–10 F41.2; F43.1+F06.6; F07.2. В решті випадків виносились експертні рішення про здатність осіб усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на час інкримінованого діяння.

Зіставлення експертних діагнозів та експертних рішень виявило ряд проблем, пов'язаних, передусім, з відсутністю чіткої методологічної бази щодо експертної оцінки бойових психічних травм.

Аналіз досліджених випадків дозволив виділити специфічні мішені судово-психіатричного обстеження УБД, які суттєво впливають на обґрунтування та достовірність висновків експертизи.

Інформація щодо служби в зоні бойових дій (тривалість перебування в зоні бойових дій, службові обов'язки, відношення до служби, стосунки з військовослужбовцями і командирами, психотравми, поранення, черепно-мозкові травми, соматичні захворювання, вживання психоактивних речовин тощо) має ґрунтовно з'ясовуватись з різних джерел: зі слів самого підекспертного, з показань товаришів по службі та командирів, зі службових характеристик. Слід зазначити, що тільки при цільовій співбесіді підекспертні достатньо повно розповідають про службу, зазвичай приховуючи факт зловживання психоактивними речовинами. Спостереження за їх емоційними проявами, переживаннями, поведінкою під час співбесіди має важливе діагностичне значення. Натомість службові характеристики можуть бути формальними, а іноді й суперечити іншим матеріалам кримінального провадження.

Анамнез життя та анамнез хвороби слід досліджувати таким чином, щоб найповніше висвітлити рівень сімейної, трудової, соціальної адаптації до та після служби. Психічні розлади залишають «сліди» на життєвому шляху людини. Зміна показників адапційних рівнів може бути проявом багатьох психічних розладів, але, насамперед, це важливо при діагностиці посттравматичних стресових розладів.

Інформація щодо психічних розладів і соматичних захворювань під час служби не повинна обмежуватись довідковими виписками або інформацією «зі слів». У таких випадках запит додаткових матеріалів має бути обов'язковим і повним.

Мотиви вчинення СНД мають бути обов'язково відображені і проаналізовані стосовно наявності чи відсутності впливу психопатологічних механізмів на реалізацію інкримінованого діяння. Зазвичай під експертні розкривають мотиви вчинення злочину при прицільному й обережному розпитуванні. В поодиноких випадках УБД відмовляються говорити про мотиви та причини злочину, посилаючись на ст. 63 Конституції України (в усіх випадках це були під експертні без психічних розладів).

Результати обстеження під експертного, відомості, отримані з матеріалів провадження мають відповідати обґрунтуванню і діагнозу. Описувати, наприклад, посттравматичні стресові розлади, а встановити у висновках розлади особистості – неприпустимо. Це порушує принцип логічності та обґрунтованості експертного висновку.

Експертні діагнози мають бути чіткими. Слід визнати, що експертні діагнози мають свою специфіку в розлозі викладенні всіх наявних психічних порушень. Але вони повинні максимально відповідати діагностичним критеріям та рубрикам діючої МКХ із зазначенням шифру. Діагноз має висвітлювати всі наявні розлади, у зв'язку з цим шифрів може бути декілька. Формулювання діагнозу повинно давати відповідь на питання, а не викликати додаткові запитання і непорозуміння у судово-слідчих органів: *«Психічними захворюваннями на час інкримінованого діяння не страждав і на даний час не страждає. Виявляв та виявляє на даний час ознаки посттравматичного стресового розладу. Може усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними».* *«Виявляв та виявляє психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання алкоголем, проте вказані психічні розлади не досягають ступеня душевного захворювання, тому у відношенні інкримінованого діяння слід вважати осудним. Підпадає під дію ст. 19 Кримінального кодексу України. Застосування примусових заходів медичного характеру не потребує».* У разі такого викладення висновків до експертів виникнуть цілком логічні питання: як диференціювати психічне захворювання та психічний розлад? Які ступені душевного захворювання? Чим є посттравматичний стресовий розлад та алкоголізм: психічними захворюваннями чи психічними розладами? МКХ є критерієм діагностики розладів чи хвороб? Чи потребує особа, яка має ознаки посттравматичного стресового розладу, лікування і як його забезпечити? Чи вийшли експерти за межі компетенції при констатації осудності особи за ст. 19 Кримінального кодексу України?

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

О. П. Олейник

Актуальность. За последние три года украинские эксперты психиатры и психологи столкнулись с достаточно интенсивным запросом на проведение экспертиз участникам боевых действий (УБД). Учитывая высокую (90,8 %) распространенность психических расстройств у УБД, совершивших общественно опасные действия, такой запрос является вполне оправданным. Вопрос в том, готова ли судебная психиатрия удовлетворить этот запрос, как на этапе экспертизы, так и на этапах дальнейшего предоставления психореабилитационной помощи?

С целью выяснения основных проблем экспертной оценки психических расстройств у УБД были проанализированы 87 случаев судебно-психиатрических, в том числе комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, в уголовном производстве.

Висновки

В останні три роки українські експерти психіатри та психологи зіткнулись із достатньо інтенсивним запитом на проведення експертиз УБД. З огляду на високу (90,8 %) поширеність психічних розладів в УБД, які скоїли СНД, такий запит є цілком виправданим. Критерієм якості задоволення даної суспільно-соціальної тенденції є обґрунтовані експертні висновки.

Судово-психіатричний аналіз проведених експертиз дозволив виявити найпроблемніші аспекти, урахування яких сприятиме обґрунтованості і достовірності експертних висновків як джерела доказів у суді.

Залучення психолога в якості експерта (при КСППЕ) або консультанта (при СПЕ) значно доповнює рівень обстеження. Обов'язково в експертних висновках має відображатись інформація щодо служби в зоні бойових дій, рівня соціальної, трудової та сімейної адаптації до та після служби, повні відомості про психічні розлади та соматичні захворювання в період служби, мотиви скоєння СНД. Експертні діагнози повинні бути чіткими, однозначними, відповідати сучасним діагностичним критеріям, логічно виходити з результатів обстеження та наявних матеріалів кримінального провадження. Відповідаючи на питання, експерти не мають права виходити за межі компетенції.

При наявності психічних розладів, які не досягають важкого ступеня, але потребують лікування та реабілітації, доцільно виносити рішення про істотний вплив психічних розладів на здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними з рекомендаціями амбулаторного примусового лікування.

Список використаної літератури

- 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.
- Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації (143.14/214.14) / [О. В. Богомолец, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова та ін.]. – Київ, 2014. – 46 с.
- Психотерапія та психокорекція адиктивної поведінки у осіб із посттравматичними стресовими розладами, які вживають психоактивні речовини: методичний посібник / І. Я. Пінчук, С. І. Табачников, Є. М. Харченко та ін. – Київ: ТОВ «Укрсоцдрук», 2016. – 55 с.

References

- Oliinyk, O. P. (2017). Kryminologichni ta psykhopatologichni osoblyvosti skoiennia kryminalnykh zlochyvnykh uchastykamy 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).
- Bohomolets, O. V., Pinchuk, I. Ya., Druz, O. V., Khaustova, O. O., Sychevskiy, A. S., Horban, A. Ye., ... Boltonosov, S. V. (2014). *Optimizatsiia pidkhodiv do nadannia psykhiatrychnoi dopomohy vidpovidno do suchasnykh potreb uchastykiv boiovykh dii* [Optimization of approaches to the provision of psychiatric care in accordance with the current needs of combatants]. Kyiv, 46 p. (In Ukrainian).
- Pinchuk, I. Ya., Tabachnikov, S. I., Kharchenko, Ye. M. (Eds.). (2016). *Psykhoterapiia ta psykhohekorektsiia adyktivnoi povedinky u osob iz posttravmatychnymy stresovymy rozladamy, yaki vzhyyaiut psykhoaktyvni rechovyny* [Psychotherapy and psychocorrection of addictive behavior in people with post-traumatic stress disorders who use psychoactive substances]. Kyiv: LLC "Ukrsoctdruk", 55 p. (In Ukrainian).

Результаты и выводы. Судебно-психиатрический анализ выявил наиболее проблемные аспекты, учет которых способствует обоснованности и достоверности экспертных выводов, как источника доказательств в суде.

Привлечение психолога в качестве эксперта (при КСППЭ) или консультанта (при СПЭ) значительно повышает уровень обследования. В экспертных выводах обязательно должна отражаться информация о службе в зоне боевых действий, уровне социальной, трудовой и семейной адаптации до и после службы, полные сведения о психических расстройствах и соматических заболеваниях в период службы, мотивы совершения общественно опасных деяний. Экспертные диагнозы должны быть четкими, однозначными, соответствовать современным диагностическим критериям, логично исходить из результатов обследования и имеющихся материалов уголовного производства. Отвечая на вопрос, эксперты не имеют права выходить за пределы компетенции.

При наличии психических расстройств, не достигающих тяжелой степени, но нуждающихся в лечении и реабилитации, целесообразно выносить решение о существенном влиянии психических расстройств на способность осознавать и руководить своими действиями с рекомендациями амбулаторного принудительного лечения.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, психические расстройства, участники боевых действий.

FORENSIC-PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE EXPERT EVALUATION OF MENTAL DISORDERS IN COMBATANTS WHO COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS

O. P. Oliinyk

Background. Ukrainian experts psychiatrists and psychologists over the last 3 years have encountered an intensive request for the examination of participants in combat operations. Combatants, who committed socially dangerous actions, had high (90.8%) prevalence of mental disorders. This fact generates new questions for forensic psychiatry. Among them is readiness to satisfy this request, both at the stage of examination and at the stages of rehabilitation.

Objective. In order to clarify the main problems of the assessment of mental disorders in the combatants were analyzed 87 cases of forensic psychiatric, including complex forensic psychological and psychiatric examinations, in criminal proceedings.

Results and conclusions. The forensic psychiatric analysis made possible to identify the most problematic aspects, which could be reflected on validity and reliability of expert conclusions as a source of evidence in court.

Psychologist as an expert (in the case of complex examination) or as a consultant (in psychiatry examination) significantly increased the level of the survey. Information about service in the combat zone, level of social, labor and family adaptations before and after the service, full information of mental disorders and somatic diseases during the service, the motives of offence ought to be reflected in expert conclusions. Expert diagnoses should be clear, unambiguous, satisfy modern diagnostic criteria, logical proceed from the results of the survey and the available materials of criminal proceedings. Experts should not beyond they competence in conclusions.

In a case of necessity treatment and rehabilitation of mental disorders, it is advisable to make decision about significant impact of disorder on the ability of person to understand his actions and recommended them outpatient compulsory treatment.

Keywords: forensic psychiatric examination, mental disorders, psychoactive substances, combatants.

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

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

OLIINYK Oksana Petrivna, MD, PhD, Leading researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination of Ukrainian research Institute of social and forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: sudprof@ukr.net

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

XVII МІЖНАРОДНИЙ КОНГРЕС З ПСИХІАТРІЇ WPA
(8–12 ЖОВТНЯ, БЕРЛІН, НІМЕЧЧИНА)

8–12 жовтня 2017 року в Берлінському виставковому центрі Мессе (Німеччина) відбувся XVII Міжнародний конгрес з психіатрії WPA. Впродовж цих осінніх днів учасники мали нагоду розібратися з поточним станом справ у психіатрії, вивчити погляди різних шкіл, побачити майбутні напрямки розвитку в цій галузі.



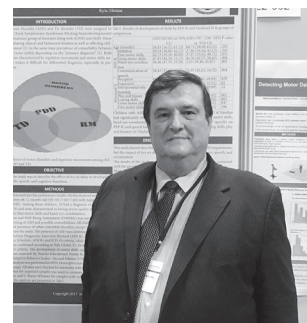
Всесвітня психіатрична асоціація (WPA) проводить міжнародні конгреси з психіатрії раз у три роки. У 2017 році ця знаменна подія відбувалася в столиці Німеччини Берліні під спільним патронатом Всесвітньої психіатричної асоціації (WPA) та Німецької асоціації психіатрії, психотерапії і психосоматики (DGPPN).

У конгресі взяли участь понад 10 000 учасників з 130 країн світу. Основна тема цього річного конгресу – «Психіатрія XXI століття: контекст, протиріччя і зацікавленість». Наукова програма присвячувалася спеціалізованим і міждисциплінарним питанням, а також практичним навичкам. Інформаційний фокус конгресу був зосереджений не тільки на нових наукових відкриттях, а й на питаннях превенції, діагностики, лікування і реабілітації хворих з психічними розладами. Ряд спільних засідань за участю психіатрів та інших фахівців в галузі охорони здоров'я, споживачів психіатричних послуг та осіб, які здійснюють догляд у сім'ях, дозволив забезпечити представництво всіх інтересів.

Мета конгресу – не лише обмін знаннями між різними фахівцями, а й діалог психіатрів, осіб з психічними розладами та їх родичами в Європі і в усьому світі.

У роботі конгресу взяли участь співробітники Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. В цьому році їх доповіді було представлено на трьох симпозиумах: «The crooked road to reforming mental health care in former Soviet republics», «Mental healthcare in low resource countries: challenges and solutions», «Health care models and services III». Ці доповіді викликали жвавий інтерес в учасників симпозиумів та сприяли всебічному обговоренню дискусійних питань. Співробітники УНДІ ССПН МОЗ України були задіяні й у постерній сесії, де молоді науковці представили результати своїх досліджень.

На конгресі панували дружня атмосфера та толерантність до інших поглядів, що сприяло плідним дискусіям і збагаченню знаннями вчених національного й міжнародного рівнів з різних країн світу.



СОЦІАЛЬНА СПРАВЕДЛИВІСТЬ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

У багатьох культурах метелик символізує психіку, або душу. Метелики, через їх життєві цикли, символізують також зміни, відродження й воскресіння. Вважають, що метелики, пофарбовані в синій колір, уособлюють радість, здивування та бажання змін.

Найзахопливішим з усіх синіх метеликів є Blue Morpho (лат. *Morpho menelaus*; укр. Морфо менелай), який живе в тропічних лісах Латинської Америки і є одним з найбільших метеликів у світі (розмах крил 120–140 мм – Вікіпедія). Його веселкові сині крила прийнято за символ змін і втілення цілей соціальної справедливості WPA (Всесвітня психіатрична асоціація) для людей. Синій метелик також є символом кампанії з боротьби із психічними розладами, яка має на меті змінити сприйняття людей з психічними розладами в світі.

У 2016 році WPA розпочала цю кампанію та опублікувала Більш про права для людей з психічними розладами в світі з символом «Blue Morpho». Після вивчення ситуації в 193 державах-членах Організації Об'єднаних Націй виявилось, що більш ніж у двох третинах з них немає ніякого захисту дотримання основних прав людини щодо людей з психічними захворюваннями, не дивлячись на те, що ці країни підписали Конвенцію Організації Об'єднаних Націй.



Social Justice for People with Mental Illness

SOCIAL JUSTICE FOR PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS CAMPAIGN

In many cultures, the butterfly symbolizes the psyche or soul, they are also believed to signify change, rebirth and resurrection due to their life cycles. Butterflies that are blue in color are thought to represent joy, wonder and wish fulfilment.

The most breath-taking of all blue butterflies is the Blue Morpho, or *Morpho menelaus*, which lives in the tropical rainforests of Latin America and is one of the largest butterflies in the world. Its iridescent blue wings represent change and embody the aims of the WPA's Social Justice for People with Mental Illness Campaign – to change how people with mental illness are perceived across the world.

The WPA launched its Social Justice Campaign and the Bill of Rights for People with Mental Illness on World Mind Matters Day 2016, with the Blue Morpho as its symbol, after a study of 193 member states of the United Nations found that over two thirds of them did not offer any protection of basic human rights to people with mental illness despite having signed the United Nations Convention.

www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=2042

VII ЛЬВІВСЬКІ ПСИХІАТРИЧНІ ЗУСТРІЧІ «УКРАЇНСЬКА ПСИХІАТРІЯ: QUO VADIS?»

27.10.2017 розпочалися VII Львівські психіатричні зустрічі на тему «Українська психіатрія: QUO VADIS?»

Захід організовано Асоціацією психіатрів України та Інститутом психічного здоров'я Українського католицького університету за підтримки департаменту охорони здоров'я Львівської облдержадміністрації.

Сім років тому політв'язень, психіатр Семен Глузман, дисидент і громадський діяч Мирослав Маринович та психіатр Юрій Закаль загорілися ідеєю об'єднати фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, щоб мати змогу обмінюватися досвідом і започатковувати нові проекти. Відтоді проект «Львівські психіатричні зустрічі» щорічно успішно збирає сотні експертів охорони психічного здоров'я.

У рамках Львівських психіатричних зустрічей традиційно були представлені цікаві доповіді та відверті дискусії стосовно актуальних проблем сфери охорони психічного здоров'я в Україні, в яких взяли участь провідні фахівці з України та світу. На конференції обговорювали актуальний стан та перспективи розвитку української психіатрії (С. Глузман, О. Фільц, В. Климчук, Т. Алмашій, О. Сувало), а також необхідність та особливості реформування сфери психічного здоров'я в Україні (І. Пінчук, Д. Подтуркін, Н. Лісневська, А. Карачевський).

Провідні німецькі фахівці (Ральф Зейдель, Ельмар Шпанкен, Хартмут Бергер) розповіли про досвід Германії

у становленні соціальної психіатрії, що викликало жваву дискусію щодо можливостей застосування іноземного досвіду в українських реаліях.

О. Романчук розповів про те, що відбувається, коли локальні проекти завершуються, і поділився рекомендаціями щодо подальшого розвитку служб психічного здоров'я. Також учасники конференції мали змогу ознайомитись із результатами недавніх досліджень на межі соціології та психіатрії (О. Маланчук, Ю. Пієвська).



«Це товариство, яке зібралося тут, заслуговує на добрі, теплі слова подяки. Я маю велику честь привітати усіх присутніх, європейських гостей та професорів з такою подією. Кожен крок, який робиться професійною спільнотою, принесе користь пацієнтам, лікарям та всій державі. Передбачається дуже цікава і насичена програма конференції. Найбільше наше багатство – це досвід та знання, які ми зможемо використовувати у лікуванні. Бажаю цікавих розмов, насичених дискусій та запрошую на наступну зустріч», – розпочала директор департаменту охорони здоров'я Ірина Микичак.



До привітань долучилися директор Інституту психіатричного здоров'я УКУ Олег Романчук та президент Асоціації психіатрів України Семен Глузман.



За словами Ірини Пінчук, директора Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, питання психічного здоров'я в час військових дій привернуло увагу, збільшився вплив волонтерських та громадських організацій, значно поширилася тема психіатрії у ЗМІ.

Лікар-психіатр Німецько-Польського товариства психічного здоров'я Ельмар Шпанкен розповів, як проходили децентралізація та психічна реформа у Німеччині. Реформування розпочалося у 1975 році, великі лікарні перетворювали на менші заклади, а у 1990 році розпочався процес дегоспіталізації та будівництво будинків для осіб з хронічними захворюваннями. Також спікер детально зупинився на підходах до реформування та співпраці з соціальними службами. Вагомим результатом є підписаний у 2017 році договір про співпрацю між Львівською облдержадміністрацією та крайовим об'єднанням Райнланд.



27 жовтня в межах програми конференції відбулася Перша зустріч молодих українських психіатрів, на якій говорили про історію становлення спілки молодих психіатрів України, можливості наукового розвитку та стажування для молоді.



Взяли активну участь у конференції та виступили з доповідями наукові працівники Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Дякуємо усім, хто знайшов час та долучився до цієї непересічної події в сфері охорони психічного здоров'я в Україні!