

ISSN 2410-7484

Т. 24, 1 (92)' 2018

Науково-практичний журнал

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARKHIV PSYKHIIATRII

Vol. 24, no. 1 (92)' 2018



WWW.UNDISSPN.ORG.UA

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 24, № 1 (92) '2018

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

Головний редактор І. Я. Пінчук (Україна)
Заступник головного редактора О. А. Левада (Україна)
Відповідальний секретар І. Ф. Здорик (Україна)



Редакційна колегія

Л. О. Булахова (Україна), О. О. Древіцька (Україна), А. В. Каніщев (Україна), І. Б. Куценко (США), І. А. Марценковський (Україна), О. П. Олійник (Україна), О. С. Осуховська (Україна), В. Я. Пішель (Україна), М. Ю. Полив'яна (Україна), О. А. Ревенок (Україна), Н. М. Степанова (Україна), С. І. Табачников (Україна), Є. М. Харченко (Україна), Д. Угрін (Великобританія), О. О. Хаустова (Україна), О. С. Чабан (Україна)

Редакційна рада

К. В. Аймедов (Україна), Х. Бергер (Німеччина), В. С. Бітенський (Україна), П. В. Волошин (Україна), Н. О. Дзеружинська (Україна), С. К. Євтушенко (Україна), Б. Б. Івнев (Україна), З. Каспер (Австрія), О. Г. Князевич (Україна), Г. М. Кожина (Україна), І. В. Лінський (Україна), М. В. Маркова (Україна), Н. О. Марута (Україна), І. І. Марценковська (Україна), Р. О. Моїсеєнко (Україна), О. К. Напреєнко (Україна), Г. Я. Пілягіна (Україна), М. М. Пустовойт (Україна), Н. Г. Пшук (Україна), Р. Ван Ворен (Нідерланди), І. К. Сосін (Україна), Н. Скокаускас (Норвегія), О. Ю. Табачников (Україна), Д. Томас (США), Л. М. Юр'єва (Україна), О. О. Фільц (Україна), В. В. Чайковська (Україна)

Засновник

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

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

Журнал представлений у міжнародній базі даних Google Scholar.

Адреса редакції

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

Видавець

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

Адреса видавця

03035, м. Київ, вул. Митрополита Василя Липківського, буд. 45
тел. (044) 246-09-60
e-mail: info@health-medix.com

Дизайн і верстка: ТОВ «Медікс груп»

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 3 від 21.03.2018 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.-друк. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 241.

Підписано до друку: 25.03.2018 р.

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, 2018.

ARKHIV PSYKHIIATRII • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal
Vol. 24, no. 1 (92) '2018

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

Chief editor I. Ya. Pinchuk (Ukraine)
Deputy chief editor O. A. Levada (Ukraine)
Executive secretary I. F. Zdoryk (Ukraine)



Editorial staff

L. O. Bulakhova (Ukraine), O. O. Drevitska (Ukraine), A. V. Kanishchev (Ukraine), I. B. Kutsenok (USA), I. A. Martsenkovsky (Ukraine), O. P. Oliinyk (Ukraine), O. S. Osukhovska (Ukraine), V. Ya. Pishel (Ukraine), M. Yu. Polyviana (Ukraine), O. A. Revenok (Ukraine), N. M. Stepanova (Ukraine), S. I. Tabachnikov (Ukraine), Ye. M. Kharchenko (Ukraine), D. Ougrin (UK), O. O. Khaustova (Ukraine), O. S. Chaban (Ukraine)

Editorial board

K. V. Aymedov (Ukraine), H. Berger (Germany), V. S. Bitsenskiy (Ukraine), P. V. Voloshyn (Ukraine), N. O. Dzeruzhynska (Ukraine), S. K. Yevtushenko (Ukraine), B. B. Ivniev (Ukraine), S. Kasper (Austria), O. G. Kniazevych (Ukraine), G. M. Kozhyna (Ukraine), I. V. Linskyi (Ukraine), M. V. Markova (Ukraine), N. O. Maruta (Ukraine), I. I. Martsenkovska (Ukraine), R. O. Moiseienko (Ukraine), O. K. Napryeyenko (Ukraine), G. Ya. Pyliagina (Ukraine), M. M. Pustovoit (Ukraine), N. G. Pshuk (Ukraine), R. van Voren (Netherlands), I. K. Sosin (Ukraine), N. Skokauskas (Norway), O. Yu. Tabachnikov (Ukraine), D. Tomas (USA), L. M. Yuryeva (Ukraine), O. O. Filts (Ukraine), V. V. Chaikovska (Ukraine)

Founder

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine
Certificate for state registration of print mass media KV № 6431-4903 PR, date 15 Feb, 2010
The Journal is on the List of Specialized Editions in which the main results of these areas 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, Kyrylivska 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, 03035, Kyiv, Mytropolyta Vasylia Lypkivskoho str., 45
tel. (044) 246-09-60
e-mail: info@health-medix.com

Design and layout: Ltd. «Medix Group»

Approved for publication by the Academic Council of Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine (protocol № 3 dated 21.03.2018).

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

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

Order No. 241 Signed for print: 25.03.2018

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

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

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

**DSM-5 ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ
ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ**

О. А. Левада, О. С. Троян
ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ІЗ СОМАТИЧНИМИ СИМПТОМАМИ:
МІСЦЕ В СУЧАСНИХ КЛАСИФІКАЦІЯХ, ДЕФІНІЦІЇ,
ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ 6

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

Д. І. Марценковський
ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ
СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА ДЕПРЕСІЙ
У ДІТЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ
З ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ 15

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

*Л. Н. Юр'єва, А. І. Мамчур, Ю. Н. Завалко, С. В. Анисимов,
Я. С. Варшавський, С. І. Гуца, І. Д. Коссе, А. Н. Лазаренко,
Е. О. Латышева, В. А. Малышко, В. А. Михалёва, О. А. Подлеснюк,
Т. В. Рачинская, А. А. Хохалева, І. Ю. Шевченко, Е. Б. Юр'єв*
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ ВОРТИОКСЕТИНА (БРИНТЕЛЛИКСА)
У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ (НАТУРАЛИСТИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ). СООБЩЕНИЕ 1.
РЕДУКЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ 21

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

В. С. Забор, О. О. Фільц
ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ЯК МЕТОД
ПСИХОПАТОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ 26

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

*І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний,
І. Ф. Здорик, Ю. В. Ячнік*
АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОЗЛАДІВ
ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК УЖИВАННЯ
ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У 2015–2017 РОКАХ 32

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

О. П. Олійник
РОЛЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ
У ГЕНЕЗИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ
ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ,
ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ 43

**ЩОРІЧНА МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«УКРАЇНСЬКА ПСИХІАТРІЯ В СВІТІ,
ЩО ШВИДКО ЗМІНЮЄТЬСЯ»,
25-27 КВІТНЯ 2018 Р., М. КИЇВ, УКРАЇНА
ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

К. В. Аїмедов, О. В. Кривонозова, Ю. Є. Кокоріна, Ю. О. Асєєва
УЧАСТЬ СІМ'Ї ТА ФАХІВЦІВ В ОРГАНІЗАЦІЇ
ДОПОМОГИ ДІТЯМ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ 48

І. І. Анікіна
ДОСВІД НАДАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ХВОРИМ
НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ 49

Ю. М. Безжук
РІВЕНЬ ОБСЕССИВНИХ ПРОЯВІВ У СТРУКТУРІ
ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ 50

**DSM-5 APPROACHES IN THE DIAGNOSIS OF MENTAL
DISORDERS**

O. A. Levada, O. S. Troyan
MENTAL DISORDERS WITH SOMATIC SYMPTOMS:
THEIR PLACE IN MODERN CLASSIFICATIONS,
DIAGNOSIS, AND TREATMENT 6

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

D. I. Martsenkovskiy
THE AGE-RELATED POLYMORPHISM
OF PTSD AND DEPRESSION IN CHILDREN
OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS
FROM THE OCCUPIED TERRITORIES 15

CLINICAL PSYCHIATRY

*L. M. Yur'yeva, O. Y. Mamchur, Yu. M. Zavallo, S. V. Anisimov,
Ya. S. Varshavskiy, S. I. Hushcha, I. D. Kosse, A. M. Lazarenko,
O. O. Latysheva, V. O. Malysheko, V. A. Mykhaliova,
O. A. Podlesniuk, T. V. Rachynska, A. O. Khokholeva,
I. Yu. Shevchenko, Ye. B. Yur'yev*
PHARMACOTHERAPEUTIC FEATURES
OF VORTIOXETINE (BRINTELLIX) IN PATIENTS
WITH DEPRESSION (NATURALISTIC INVESTIGATION).
MESSAGE 1: REDUCTION OF CLINICAL SYMPTOMATICS 21

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

V. S. Zabor, O. O. Filts
PHENOMENOLOGY AS A METHOD
OF PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY 26

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

*I. Ya. Pinchuk, O. O. Petrychenko, O. V. Kolodezhny,
I. F. Zdoryk, Yu. V. Yachnik*
ANALYSIS OF STATISTICAL INDICATORS OF MENTAL AND
BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO USE OF PSYCHOACTIVE
SUBSTANCES IN 2015–2017 32

FORENSIC PSYCHIATRY

O. P. Oliinyk
THE ROLE OF PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS
IN THE GENESIS OF SOCIALLY DANGEROUS
ACTS OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS
WHO TOOK PART IN HOSTILITIES 43

**ANNUAL INTERNATIONAL CONFERENCE
«UKRAINIAN PSYCHIATRY IN THE FAST
CHANGING WORLD»
25-27 OF APRIL 2018, KYIV, UKRAINE
ABSTRACTS**

K. V. Aymedov, O. V. Krivonogova, Yu. Ye. Kokorina, Yu. O. Aseyeyva
THE PARTICIPATION OF FAMILIES
AND PROFESSIONALS IN THE ORGANIZATION OF ASSISTANCE
TO PRESCHOOL CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDER... 48

I. I. Anikina
EXPERIENCE IN PROVIDING PSYCHOTHERAPEUTIC
CARE TO WOMEN WITH BREAST CANCER
AFTER MASTECTOMY 49

Yu. M. Bezjuk
LEVEL OF OBSESSIVE MANIFESTATIONS IN THE STRUCTURE
OF PANIC DISORDERS AND THEIR TREATMENT 50

О. В. Богомолец, І С. Трінка, І. Ф. Здорик, О. О. Ковалик, О. О. Несен, Я. В. Поліщук, А. В. Сергієнко, Т. А. Сергієнко, А. С. Фокіна ТЕХНОЛОГІЇ ЗМІНЕНИХ СТАНІВ СВІДОМОСТІ У ЗАХОДАХ ЩОДО НАДІЙНОСТІ ПЕРСОНАЛУ І ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ДОВГОЛІТТЯ	51	O. V. Bogomolets, I. S. Trinka, I. F. Zdoryk, O. O. Kovalyk, O. O. Nesen, Y. V. Polishchuk, A. V. Sergienko, T. A. Sergienko, A.S. Fokina TECHNOLOGIES OF THE CHANGED CONDITIONS OF CONSCIOUSNESS IN ACTIONS ON THE RELIABILITY OF STAFF AND SUPPORT OF OCCUPATIONAL LONGEVITY	51
Л. В. Животовська, В. В. Борисенко, О. А. Казаков АФЕКТИВНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПІЙНИМИ СТАНАМИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ З УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ХРОНОТИПУ	52	L. V. Zhyvotovska, V. V. Borysenko, O. A. Kazakov AFFECTIVE STATUS OF PATIENTS WITH DRUNKEN STATES WITH ALCOHOL DEPENDENCE TAKING INTO ACCOUNT THE INDIVIDUAL CHRONOTYPE.	52
І. Г. Мудренко ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ ТА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ.	53	I. H. Mudrenko THE INTERRELATION OF THE CLINICO-ANAMNESTIC PECULIARITIES OF THE PATIENTS AND SUICIDAL RISK CAUSED BY VARIOUS TYPES OF DEMENTIA	53
О. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко, В. В. Бабич ПРОТИРЕЦИДИВНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСІЙ В ОСІБ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ	55	O. K. Napryeyenko, N. Yu. Napryeyenko, V. V. Babych ANTI-RELAPSE THERAPY OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS COMBINED WITH ALCOHOL ABUSE	55
О. М. Пітик АЛЕКСИТИМІЯ І НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ	56	O. M. Pityk ALEXITHYMIA AND NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM	56
Л. В. Рахман, Я. В. Шпильовий, О. Ю. Плевачук ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШОГО ВІКУ	58	L. V. Rakhman, I. V. Shpylovyi, O. Yu. Plevachuk FEATURES OF COMBINED MEDICATION TREATMENT FOR DEPRESSION IN ELDERLY PATIENTS.	58
І. В. Романова ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА, В СИСТЕМІ ЇХ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.	59	I. V. Romanova PSYCHOTHERAPY OF NEUROTIC DISORDERS OF WOMEN, WHO SUFFERED FROM DOMESTIC VIOLENCE, IN THE SYSTEM OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION.	59
В. І. Салдень АЛГОРИТМ НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ	60	V. I. Salden ALGORITHM FOR PROVIDING COMPREHENSIVE PRIMARY CARE TO PEOPLE WITH SOMATIC DISEASES THAT USE ALCOHOL	60
А. Б. Сікора ДЕПРЕСИВНІ СИМПТОМИ І РИЗИК ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.	61	A. B. Sikora DEPRESSIVE SYMPTOMS AND DANGER OF FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE	61
А. М. Чепурна КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ.	62	A. M. Chepurna CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF POSTTRAUMATIC MENTAL DISORDERS IN THE COMBATANTS WHO USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES	62
О. С. Юрценюк ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТУДЕНТІВ ІЗ НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	63	O. S. Yurtsenyuk PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF STUDENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS.	63
Л. Н. Юрьєва, Т. І. Шустерман, І. Д. Коссе ЕФФЕКТИВНОСТЬ ІСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЕНИЛПИРАЦЕТАМА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АСТЕНИЕЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	64	L. N. Yuryeva, T. Y. Shusterman, I. D. Kosse THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF THE PHENYLPYRACETAM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ASTHENIA OF ORGANIC GENESIS.	64
Р. Телтзроу, Г. Вант Хофф, А. Волтуй, Ю. Ячник СІМЕЙНА КОНФЕРЕНЦІЯ (СК) В СУДОВІЙ СИСТЕМІ КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВОСУДДЯ В УКРАЇНІ. ЧИ ЦЕ ПРАЦЮЄ І ЧОМУ?	66	R. Teltzrow, G. van't Hoff, A. Wolthuis, Yu. Yachnick FAMILY CONFERENCE (FC) IN THE JUVENILE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM IN UKRAINE. DOES IT WORK AND WHY?	66
Джалал Солаті, Гюнтер Х. Молл, Олівер Кратц, Юлія Голуб ВПЛИВ ЛІПОПОЛІСАХАРИДУ ПРОТЯГОМ РАНЬОЇ ВАГІТНОСТІ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЗНИЖЕННЯ БАЗОВОЇ ТРИВОГИ ТА ЗБІЛЬШЕННЯ ВИРОБЛЕННЯ ГЛУТАМАТДЕКАРБОКСИЛАЗИ У ДОРОСЛИХ НАЩАДКІВ ЧОЛОВІЧНОЇ СТАТІ.	67	Jalal Solati, Gunther H. Moll, Oliver Kratz, Yulia Golub LPS EXPOSURE DURING EARLY PREGNANCY RESULTS IN REDUCED BASELINE ANXIETY AND INCREASED GAD67 EXPRESSION IN ADULT MALE OFFSPRING	67
В. Коростій, І. Масмахл, О. Пендерєцька, О. Поліщук, Г. Крапівник ДОСВІД ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО ОНЛАЙН КОНСУЛЬТУВАННЯ В УКРАЇНІ НА ПЛАТФОРМІ IPSO-ОБСЛУГОВУВАННЯ	67	V. Korostiy, I. Missmahl, O. Penderetska, O. Polishchuk, G. Krapivnyk THE EXPERIENCE OF PSYCHOSOCIAL ONLINE COUNSELLING PROJECT IN UKRAINE ON IPSO-CARE PLATFORM.	67

ДОРОГІ ДРУЗІ, КОЛЕГИ, ЧИТАЧІ!



Від імені усієї редакційної колегиї та ради, а також від себе особисто дозвольте привітати Вас із новим Науковим 2018 роком! Щиро дякую всім колегам, науковцям і практичним медикам за плідну співпрацю, за Вашу працьовитість, інтелігентність, високу моральність та самовідданість при виконанні свого професійного обов'язку, збереження найціннішого скарбу у світі – здоров'я людини.

Нам випало жити у нелегкі, але водночас дуже цікаві часи перетворення та впровадження нових стандартів медичної допомоги. Необхідність підвищення ефективності діагностики та лікування психічних розладів спонукала до впровадження в Україні останнього (п'ятого) видання Діагностичного та статистичного керівництва з психічних розладів (DSM-5) Американської асоціації психіатрів, що затверджено відповідним наказом МОЗ України (№ 1305 від 05.12.2016 р.).

Враховуючи гостру потребу в ознайомленні практикуючих лікарів з діагностичними підходами DSM-5 у нашому журналі запроваджується нова рубрика «DSM-5 підходи до діагностики психічних розладів / DSM-5 approaches in the diagnosis of mental disorders». У цій рубриці плануємо висвітлювати критерії діагностики основних психічних розладів згідно з даною класифікаційною системою. В ній також будуть відображені сучасні дані щодо поширеності, етіопатогенезу, лікування та профілактики основної психічної патології.

Зміни, які відбуваються у медичному просторі, вимагають від усієї медичної спільноти активної участі та особистісної зацікавленості у реформуванні галузі системи охорони здоров'я нашої держави. Плануємо і надалі друкувати на сторінках нашого журналу сучасні та цікаві наукові праці наших співвітчизників та закордонних колег. Також пропонуємо усім бажаючим долучитися до обміну своїм досвідом використання сучасних підходів до надання психіатричної допомоги на сторінках «Архіву психіатрії».

Бажаю Вам наснаги, міцного здоров'я, щастя, миру й радості, добробуту та благополуччя! Сподіваюся, що цей рік виправдає наші найкращі плани, прагнення та надії і стане для усієї нашої рідної України роком злагоди та процвітання!

З повагою,

*Головний редактор журналу «Архів психіатрії»,
директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, доктор медичних наук, с.н.с.
Ірина ПІНЧУК*

DSM-5 ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

УДК 616.89-008-001.33-07-08

О. А. Левада¹, О. С. Троян²

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ІЗ СОМАТИЧНИМИ СИМПТОМАМИ: МІСЦЕ В СУЧАСНИХ КЛАСИФІКАЦІЯХ, ДЕФІНІЦІЇ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

¹Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»²Комунальна установа «Обласна клінічна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради

olevada@zmapo.edu.ua

Актуальність. Через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування, психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою. Поширеність РСС серед пацієнтів первинної медичної ланки складає 26–35 %. Невчасна діагностика, значна кількість зайвих параклінічних обстежень додають ятрогенних ускладнень пацієнту, на роки віддаляючи встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування, збільшуючи фінансовий тягар на хворого і суспільство.

Мета – ознайомити практикуючих лікарів із діагностичними підходами до РСС за класифікацією DSM-5 та доказовими методами їх лікування.

Результати. Ґрунтовно розглянуто розділ DSM-5 «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади», який включає: власне РСС, тривожний розлад наявності захворювання, конверсійний розлад, психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани, симулятивний розлад, інші специфічні та неспецифічні розлади з соматичними симптомами. Сфокусовано увагу на основному представникові цього розділу – власне РСС. Наведено критерії його діагностики, диференційної діагностики, проведено паралелі з попереднім діагностичним конструктом – соматоформним розладом. Розглянуті фактори ризику РСС, а також етіопатогенетичні дані.

Проаналізовано основні джерела щодо лікування РСС. Воно передбачає комплексний міждисциплінарний пацієнт-орієнтований покроковий підхід із залученням психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики. Представлений тріступінчастий алгоритм ведення пацієнтів з РСС, розглянуті психотерапевтичні та медикаментозні підходи до лікування, які можуть бути досить легко застосовані в українській клінічній практиці.

Ключові слова:

розлад із соматичними симптомами, діагностика, диференційна діагностика, алгоритм лікування.

Актуальність. Психічні розлади з соматичними симптомами (РСС) є важливою медико-соціальною проблемою через високу поширеність у людській популяції, суттєве погіршення якості життя пацієнтів та значну вартість лікування [37]. Поширеність РСС у загальній популяції складає 5–7 % [5]. Їх виявляють у 26–35 % пацієнтів первинної ланки медичної допомоги [33]. Процес діагностики ускладнюється високою коморбідністю РСС з іншими психічними розладами, зокрема тривожними та депресивними [35, 43]. РСС пов'язані з істотним погіршенням якості життя пацієнтів [80]. Їх вплив можна порівняти із захворюваннями з чітким органічним походженням [3]. Невчасна діагностика, велика кількість зайвих параклінічних обстежень додають ятрогенних ускладнень пацієнту, віддаляючи встановлення правильного діагнозу та призначення адекватного лікування на

роки та збільшуючи фінансовий тягар як на хворого, так і на суспільство [8].

З огляду на це зрозуміло, що широке знайомство з діагностичною категорією РСС є вкрай важливим з практичної точки зору. Уніфікація підходів до діагностики РСС на платформі DSM-5 [5] могла б стати важливим кроком у даному напрямку. Зважаючи на це, метою цієї лекції стало висвітлення сучасної діагностичної парадигми РСС та доказових підходів до ведення пацієнтів з даними розладами.

РСС та інші розлади, в клінічній структурі яких переважають соматичні порушення, наразі складають новий розділ DSM-5 – «Розлади з соматичними симптомами та пов'язані з ними розлади». До них належать: власне РСС, тривожний розлад наявності захворювання, конверсійний розлад (розлад з функціональними не-

врологічними симптомами), психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани, симулятивний розлад, інші специфічні та неспецифічні розлади з соматичними симптомами (табл. 1).

Назва основного представника цього класу психічних розладів – РСС – підкреслює той факт, що його діагноз встановлюють на підставі позитивних симптомів (виразних соматичних скарг у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою), радше ніж відсутності медичного пояснення соматичних симптомів. Відмітною характеристикою РСС є не лише соматичні симптоми самі по собі, а й те, яким чином пацієнти інтерпретують їх. Включення афективного, когнітивного та поведінкового компонента до критеріїв РСС сприяє більш повному та точному зображенню клінічної картини, ніж це можливо лише шляхом оцінки соматичних скарг [7].

Принципові зміни критеріїв РСС у DSM-5, порівняно з DSM-IV, мають вирішальне значення для розуміння внутрішньої суті даного розладу. Діагностичний конструкт соматоформних розладів за DSM-IV був досить суперечливим та не мав чітких меж серед представників цього класу. Для вирішення даної проблеми у DSM-5 зменшено загальну кількість порушень цього класу, а також їх підкатегорій [5].

Попередні критерії переоцінювали діагностичне значення неможливості медичного пояснення соматичних або неврологічних симптомів [7]. Такі симптоми певною мірою справді мають місце, особливо при конверсійному розладі, але РСС може супроводжувати й інші медичні захворювання. Надійність встановленого факту неможливості пояснення соматичного симптому суттєво обмежена, тому встановлення діагнозу РСС на цьому тлі є сумнівним. Більше того, наявність соматичного захворювання не виключає можливості супутнього психічного розладу, в тому числі РСС. Нова класифікація визначає РСС як сукупність позитивних симптомів (виразні соматичні симптоми у поєднанні з дисфункціональними думками, відчуттями та поведінкою у відповідь на ці симптоми) [5]. Водночас, неможливість медичного пояснення симптомів лишається ключовою характеристикою конверсійного розладу та псевдовагітності, оскільки у цих випадках є можливість продемонструвати відсутність патофізіологічного пояснення чинних проявів.

Важливо зазначити, що низка психічних розладів можуть також маніфестувати переважно соматичними симптомами (такі як великий депресивний та панічний розлад) [10]. Ці діагнози можуть як включати соматичні симптоми, так і співіснувати з РСС. Існує також висока соматична коморбідність серед пацієнтів з РСС. Хоча соматичні симптоми часто асоціюються з психологічним дистресом та психопатологічними станами, деякі РСС та пов'язані з ними розлади можуть виникати спонтанно, а їх причини лишатися нез'ясованими. Тривожні та депресивні розлади можуть супроводжуватися РСС. У цьому випадку соматичний компонент клінічної картини додає їм тяжкості та складності, і навіть резистентності до традиційного лікування. У деяких випадках ступінь стурбованості соматичними симптомами може бути настільки виразним, що це виправдовує встановлення діагнозу маячного розладу [5].

У розвиток РСС робить внесок значна кількість факторів [16]. До них належать генетична та біологічна схильність (наприклад, підвищена чутливість до болю), травматичні події у ранньому віці (такі як фізичне та сексуальне насилля), набутий досвід привертання уваги до себе через соматичну хворобу, поряд з культуральними / соціальними нормами, що знецінюють та стигматизують психологічні страждання, порівняно з соматичними проблемами. Культуральні відмінності надання медичної допомоги впливають на презентацію, сприйняття та менеджмент соматичних проявів. Відмінності у проявах соматичних симптомів вірогідно є результатом взаємодії численних факторів культурального підґрунтя індивіда, яке впливає на ідентифікацію та класифікацію соматичних відчуттів, сприйняття захворювання та пошук медичної допомоги у відповідь на ці відчуття [6]. Таким чином, соматичні симптоми можуть бути розглянуті як прояв персонального страждання, що інтегровані у культуральний та соціальний контекст.

Пацієнти із розладами з соматичними симптомами та пов'язаними розладами характеризуються явною зосередженістю на соматичних проблемах і в першу чергу звертаються до загальномедичних, а не психіатричних закладів. Критерії РСС за DSM-5 пропонують більш клінічно корисний метод характеристики пацієнтів, у яких в минулому був встановлений діагноз соматоформного розладу. Приблизно 75 % осіб зі встановленим раніше діагнозом «іпохондрія» відповідають критеріям РСС. Тим не менш, інші 25 % пацієнтів з іпохондрією мають підвищену тривогу щодо здоров'я без наявних соматичних симптомів та більшість їх симптомів не відповідають діагнозу тривожного розладу. Для цієї категорії пацієнтів у DSM-5 запропоновано діагноз *тривожного розладу наявності захворювання*. Внаслідок надмірної зосередженості на соматичних проблемах, а також через те, що тривожний розлад наявності захворювання частіше зустрічається у загальномедичних закладах, він включений до розділу РСС. Істотною особливістю *конверсійного розладу* є наявність неврологічних симптомів, що несумісні з неврологічною патофізіологією. Суттєвою рисою *психологічних факторів, що впливають на інші медичні стани*, є присутність одного / декількох клінічно значущих психологічних або поведінкових факторів, що негативно впливають на стан здоров'я, збільшуючи ризик страждання, смерті чи інвалідності. *Симулятивний розлад*, як і інші соматичні симптоми та супутні розлади, включає персистуючі проблеми, пов'язані зі сприйняттям та ідентифікацією хвороби. У більшості зареєстрованих випадків симулятивного розладу у пацієнтів присутні соматичні симптоми та переконання у хворобі. Тому у класифікації DSM-5 симулятивний розлад також розташований у розділі РСС. До *інших специфічних / неспецифічних та пов'язаних із ними розладів із соматичними симптомами* відносять розлади, які відповідають лише деяким критеріям РСС або тривожного розладу наявності захворювання або псевдовагітності.

Найпоширенішим представником серед перерахованих розладів є РСС, нижче розглянемо його більш детально.

Таблиця 1. Класифікація розладів із соматичними симптомами за DSM-5 [5]

Назва розладу українською	Назва розладу англійською	Код за DSM-5	Еквівалент за МКХ-10	Код за МКХ-10
Розлад із соматичними симптомами	Somatic symptom disorder	300.82	Недиференційований соматоформний розлад	F45.1
Тривожний розлад наявності захворювання	Illness anxiety disorder	300.7	Іпохондричний розлад	F45.2
Конверсійний розлад (розлад з функціональними та неврологічними симптомами)	Conversion disorder (functional neurological symptom disorder)	300.11	Конверсійні моторні розлади Конверсійні конвульсії Конверсійна анестезія Змішані конверсійні розлади	F44.4 F44.5 F44.6 F44.7
Психологічні фактори, що впливають на інші медичні стани	Psychological factors affecting other medical conditions	316	Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з порушеннями або захворюваннями, що належать до інших рубрик МКХ-10	F54
Симулятивний розлад	Factitious disorder	300.19	Умисне викликання або симуляція симптомів або інвалідності фізичного або психологічного характеру	F68.10
Інші специфічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Other specified somatic symptom and related disorder	300.89	Інші соматоформні розлади	F45.8
Неспецифічні та пов'язані з ними розлади із соматичними симптомами	Unspecified somatic symptom and related disorder	300.82	Соматоформні розлади неуточнені	F45.9

Епідеміологія РСС

Від 10 до 15 % пацієнтів турбує багато симптомів протягом більше ніж 2 років, що не мають клінічного пояснення. Достеменно поширеність РСС невідома, але може коливатися від 5 до 7 % [5]. Серед хворих на РСС переважають жінки – 75 % [9, 27, 32, 71]. Велика частка пацієнтів, як чоловіків, так і жінок, також мають критерії іншого психічного розладу.

Етіологія

Важливими чинниками соматизації є гострі та хронічні емоційні / психологічні стреси, конфлікти в поєднанні з дефіцитом емоційної обробки [68], тенденції ухилення, а також соціальні, культуральні або сімейні табу стосовно прояву емоцій [39]. Посилює соматичні симптоми ставлення оточуючих, бо людина з фізичною хворобою отримує більше співчуття, ніж та, що виявляє психологічне страждання [58]. Також сприяють прояву РСС порушення уваги та контролю через дисоціацію та неправильне тлумачення подій [12].

Ризики та прогностичні фактори

Темперамент. Негативна афективність (нейротизм) є незалежним фактором ризику великої кількості соматич-

них симптомів. Супутня тривога або депресія посилюють симптоми та порушення функціонування.

Навколишнє середовище. РСС частіше зустрічається у людей з низьким рівнем освіти та соціально-економічного статусу, а також тих, хто нещодавно пережив стресові події.

Патофізіологія

РСС може виникнути внаслідок загального сенсорного посилення тілесних симптомів, що пов'язано з острівцевою корою [29]. Попередні нейровізуалізаційні дані свідчать про високу активність лімбічних регіонів у відповідь на болісні подразники [13]. Крім того, посилення соматизації може виникнути, коли раніше сенсibiliзовані цитокінові системи мозку реактивуються інфекційною або неінфекційною травмою [20]. Цитокіни, що впливають на мозок, імовірно, відповідають за прояв хворобливої поведінки [17]. Хронічна активація імунної системи у відповідь на стрес може сенсibiliзувати відповідь цитокінів. Центральна сенсibiliзація також відіграє важливу роль у патогенезі симптомів [78].

Діагностичні риси РСС

Діагностичні критерії РСС наведені у таблиці 2.

Пацієнти з РСС скаржаться на численні соматичні

Таблиця 2. Діагностичні критерії РСС за DSM-5 [5]

<p>А. Присутність одного або декількох соматичних симптомів, що турбують особу або призводять до серйозних порушень її повсякденного життя.</p> <p>В. Наявність надмірних думок, відчуттів або поведінки, пов'язаних із соматичними симптомами або проблемами зі здоров'ям, що проявляються принаймні одним із нижченаведеного:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Неспівмірні та постійні думки щодо серйозності своїх симптомів. 2. Постійно високий рівень тривоги щодо здоров'я або симптомів. 3. Надмірний час та енергія присвячуються симптомам або проблемам зі здоров'ям. <p>С. Симптоми персистують (зазвичай більше ніж 6 місяців), хоча будь-який з них може бути присутнім не постійно.</p>
<p>Специфікатори</p> <p>З переважанням болю (раніше больовий розлад): соматичні симптоми переважно пов'язані із болем.</p> <p>Персистуючий (безперервний) перебіг: протягом тривалого терміну (більше ніж 6 місяців) присутні тяжкі симптоми та виражене функціональне порушення.</p> <p>Ступінь тяжкості розладу</p> <p>Легкий: наявний лише один симптом критерію В.</p> <p>Помірний: наявні два або більше симптомів критерію В.</p> <p>Тяжкий: наявні два або більше симптомів критерію В у поєднанні з численними соматичними скаргами (або одним тяжким соматичним симптомом)</p>

симптоми, що значно порушують їх повсякденне життя (Критерій А). Інколи присутній лише один тяжкий симптом, найчастіше – біль. Симптоми можуть бути як специфічними (наприклад, локалізований біль), так і відносно неспецифічними (наприклад, втомлюваність). Інколи симптоми є нормальними тілесними відчуттями або дискомфортом, що взагалі не вказують на наявність серйозного захворювання. Діагноз РСС не виключає наявності супутньої соматичної хвороби. Наприклад, людина може втратити працездатність через РСС, що розпочався після неускладненого інфаркту міокарда, навіть якщо інфаркт міокарда сам по собі не призвів до інвалідності. При наявності супутнього соматичного захворювання або його підвищеного ризику (наприклад, за сімейним анамнезом) для діагностики РСС повинен виконуватися критерій В, тобто думки, почуття та поведінка, що пов'язані із цим станом, мають бути надмірними [5]. Особи із РСС, як правило, мають високий рівень занепокоєння щодо наявності хвороби. Вони розцінюють свої тілесні симптоми як надмірно загрозливі, шкідливі або неприємні і часто думають про найгірше стосовно свого здоров'я. Навіть коли докази вказують на протилежне, деякі пацієнти все ще бояться серйозності своїх симптомів. При тяжкому РСС проблеми зі здоров'ям можуть відігравати ключову роль у житті людини та стати рисою її особистості чи домінувати у стосунках з іншими.

Дистрес пацієнтів з РСС головним чином спричиняють соматичні симптоми та їх значення для людини. Зазвичай вони пов'язані з іншими аспектами повсякденного життя, порушуючи його якість [79]. При тяжкому РСС ці порушення є вираженими і можуть призвести до інвалідності.

Високий рівень використання медичної допомоги при РСС рідко усуває стурбованість особи [8], тому пацієнт може звертатись по допомогу до багатьох лікарів через одні й ті ж самі симптоми. Часто такі пацієнти не відповідають на медичне втручання, а нові інтервенції можуть лише загострити наявні симптоми. Крім того, деякі пацієнти з РСС бувають надто чутливими до побічних ефектів лікарських препаратів; деяким здається, що їхня медична оцінка та лікування були недостатніми.

Додаткові характеристики, що підтверджують діагноз

Когнітивні особливості при РСС включають зосередження уваги на соматичних симптомах, віднесення нормальних тілесних відчуттів до фізичної хвороби (можливо, з катастрофічними інтерпретаціями), занепокоєння щодо наявності хвороби та стурбованість, що будь-яка фізична активність може зашкодити організму [60]. До відповідних особливостей поведінки відносять повторювану перевірку тіла на аномалії, пошук медичної допомоги та заспокоєння, уникнення фізичної активності. Найвираженіші поведінкові розлади виявляють при тяжкому безперервному РСС. Під час медичних консультацій пацієнти настільки фокусуються на своїх занепокоєннях щодо соматичних симптомів, що неможливо перемкнути їхню увагу на щось інше. Будь-яке запевнення лікарем, що їх симптоми не свідчать на користь серйозної фізичної хвороби, як правило, має недовготривалий ефект та / або інтерпретується паці-

ентами як недостатньо серйозне ставлення лікаря до їх захворювання. Оскільки фокусування на соматичних симптомах є головною ознакою розладу, люди з РСС зазвичай звертаються до фахівців загальних медичних послуг, а не психіатрів [18].

Доведено, що РСС співіснують із депресивними розладами та розладами особистості, збільшуючи ризик самогубств [14]. Лишається нез'ясованим, чи пов'язаний РСС із суїцидальним ризиком незалежно від зв'язку з іншими психічними розладами.

Особливості перебігу РСС у дитячому та літньому віці

У дітей найпоширенішими симптомами розладу є рецидивуючі болі у животі, головний біль, втома та нудота [50]. На відміну від дорослих, частіше зустрічається моносимптомний перебіг. В той же час, до досягнення підліткового віку діти досить рідко турбуються про наявність «захворювання». Важливою є реакція батьків на симптоми, що має дитина, бо це може визначити рівень асоційованого дистресу. Саме батьки дають інтерпретацію симптомам та звертаються по медичну допомогу.

У літніх людей соматичні симптоми та супутні захворювання є поширеними [19], тому для встановлення діагнозу вирішальне значення має орієнтація на критерій В. Недостатня діагностика РСС може зустрічатися у літніх людей, бо деякі соматичні симптоми (наприклад, біль та втомлюваність) вважають частиною нормального старіння. Переживання через хворобу є «зрозумілими» через те, що літні люди мають більше загальних медичних захворювань та фармакологічного лікування, ніж молодь. Крім того, у людей похилого віку більш поширені супутні депресивні розлади, яким також притаманні соматичні симптоми.

Модифікатори перебігу. Персистуючі соматичні симптоми можуть бути пов'язані із демографічними ознаками (жіноча стать, старший вік, низький рівень освіти, низький соціально-економічний статус, безробіття), історією сексуального насилля або нещасного випадку у дитинстві, супутньою хронічною фізичною хворобою або психічним розладом (депресією, тривогою, дистимією, панікою), соціальним стресом та підкріплюючими соціальними чинниками, такими як вигода від наявності хвороби. Когнітивні фактори, що впливають на клінічний перебіг – це сенсibiлізація до болю, підвищена увага до тілесних відчуттів і віднесення тілесних симптомів до можливого медичного захворювання, а не визначення їх як нормальне явище або результат психологічного стресу.

Диференційний діагноз

Якщо соматичні симптоми узгоджуються з іншим психічним розладом (наприклад, панічним розладом) та виконуються всі критерії цього розладу, тоді цей інший психічний розлад слід розглядати як альтернативний або додатковий діагноз. Окремий діагноз РСС не встановлюють, якщо соматичні симптоми та пов'язані думки, почуття чи поведінка виникають лише під час епізоду великого депресивного розладу. Якщо, як зазвичай буває, присутні критерії як РСС, так і іншого психічного розладу, встановлюють обидва діагнози, оскільки обидва можуть потребувати лікування.

Інші медичні стани. Для встановлення діагнозу РСС недостатньо лише соматичних симптомів неясної етіології. Багато пацієнтів з такими розладами як синдром подразненого кишечника або фіброміалгія не будуть мати необхідного критерію В для діагнозу РСС. І навпаки, наявність соматичних симптомів встановленого медичного розладу (наприклад, цукрового діабету або серцево-судинного захворювання) не виключає можливості присутності РСС, якщо є й інші критерії.

Панічний розлад. При панічному розладі соматичні симптоми та стурбованість щодо здоров'я присутні лише протягом гострого епізоду, тоді як при РСС тривожність та соматичні симптоми є постійнішими.

Генералізований тривожний розлад. Пацієнти з генералізованим тривожним розладом турбуються про численні події, ситуації, справи і лише одна з них може охоплювати їхній стан здоров'я. Основним фокусом є не соматичні симптоми або страх хвороби, як при РСС.

Депресивні розлади. Депресивні розлади зазвичай супроводжуються соматичними симптомами. Проте депресивні розлади вирізняються ядром депресивних симптомів – зниженим (дисфоричним) настроєм та ангедонією.

Тривожний розлад наявності захворювання. Якщо людина має надмірні переживання щодо здоров'я, але відсутні навіть мінімальні соматичні симптоми, необхідно розглянути діагноз тривожного розладу наявності захворювання.

Конверсійний розлад (розлад з функціональними неврологічними симптомами). При конверсійному розладі спостерігають втрату функції, наприклад, однієї кінцівки, тоді як при РСС основна увага приділяється стражданню, яке викликають певні симптоми. Для диференційної діагностики цих двох розладів можуть бути корисними характерні особливості, що перераховані в Критерії В для РСС.

Маячний розлад. При РСС переконання пацієнта, що соматичні симптоми можуть бути проявом серйозного фізичного захворювання, не настільки інтенсивні, як при маяченні. Тим не менш, переконання щодо значення соматичних симптомів можуть міцно утримуватися, тоді як при маячному розладі соматичного підтипу вірування у соматичні симптоми і поведінка сильніші, ніж ті, що зустрічаються при РСС.

Тілесний дисморфічний розлад. При тілесному дисморфічному розладі людина надмірно стурбована сприйманим недоліком її фізичного вигляду. Водночас при РСС стурбованість про соматичні симптоми відображає страх наявності захворювання, а не дефект зовнішності.

Обсесивно-компульсивний розлад. При РСС повторювані ідеї про соматичні симптоми або хворобу є менш нав'язливими. Особи з цим розладом виявляють пов'язану з ними повторювану поведінку, спрямовану на зменшення тривожності, що притаманна обсесивно-компульсивному розладу.

Коморбідність

РСС пов'язаний із високим рівнем захворюваності на супутні хвороби, тривожні та депресивні розлади. При наявності одночасно медичної хвороби ступінь порушення більш виражений, ніж можна очікувати тільки від фізичної хвороби. Коли симптоми пацієнта відповідають

діагностичним критеріям РСС, слід встановлювати діагноз РСС; однак, з огляду на поширену коморбідність, особливо з тривожними та депресивними розладами, необхідно розглянути також докази супутнього діагнозу.

Лікування

При виборі терапії лікарі мають слідувати пацієнт-орієнтованому покроковому підходу [72], беручи до уваги фактори ризику окремого пацієнта [38, 67]. Комплексний міждисциплінарний підхід є необхідним для всіх пацієнтів. Терапія РСС передбачає залучення психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики (коли це необхідно) та призначення препаратів для лікування соматичної, депресивної або тривожної симптоматики. Для оцінки динаміки, підтримки терапевтичних відносин, а також щоб уникнути припинення терапії та проведення зайвих тестів / процедур необхідно розпланувати короткі регулярні візити до лікаря. Також можуть бути корисними щотижневі телефонні розмови [21]. Загалом, метою втручання є належне управління розладом.

Нижче наведено алгоритм ведення пацієнтів з РСС згідно з рекомендаціями VMJ Best Practice (табл. 3) [82]. Лікування розпочинають з еkleктичної психотерапії (I лінія). При наявності супутньої тривоги або депресії додатково призначають антидепресанти (АД). При відсутності відповіді на втручання I лінії вживають заходи II та III ліній лікування.

Таблиця 3. Алгоритм лікування РСС (за [82])

Без супутнього тривожного або депресивного розладу		З супутнім тривожним або депресивним розладом	
<i>I лінія</i>	Еkleктична психотерапія	<i>I лінія</i>	Еkleктична психотерапія
<i>Плюс</i>	Консультація психіатра	<i>Плюс</i>	Консультація психіатра
<i>Додатково</i>	Фізична активність	<i>Плюс</i>	Антидепресанти
<i>Додатково</i>	Релаксаційні техніки	<i>Додатково</i>	Фізична активність
		<i>Додатково</i>	Релаксаційні техніки
<i>II лінія</i>	Антидепресанти	<i>II лінія</i>	Інші види психотерапії
		<i>Плюс</i>	Антидепресанти
<i>III лінія</i>	Інші види психотерапії	<i>III лінія</i>	Атипіві антипсихотики

Психотерапевтичні втручання

Психотерапія є основним втручанням для більшості пацієнтів. Позитивні результати показали когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) [30, 45, 46, 73], керована самодопомога на основі КПТ [36, 64], групові тренінги КПТ [81], терапія повного осмислення (Mindfulness therapy) [25, 26], короткочасна динамічна психотерапія [1, 2, 22], навчання реатрибуції (альтернативному мисленню) [55] та посилена психодинамічна міжособистісна психотерапія [53, 61]. У клінічній практиці найчастіше застосовують еkleктичні психотерапевтичні підходи, проте доказова база цього методу обмежена [41, 52] та потребує проведення більшої кількості рандомізованих контрольованих досліджень [40, 52]. Еkleктична психотерапія поєднує в

собі елементи КПТ, терапії повного осмислення, міжособистісної психотерапії та короткострокової динамічної психотерапії. Окрім еkleктичної психотерапії, пацієнти із РСС потребують консультації психіатра.

У пацієнтів з РСС може бути ефективною коротка мультимодальна психосоматична терапія (КМПТ) [77], що проводиться фізіотерапевтом. КМПТ використовує індивідуалізований підхід, щоб дозволити пацієнтам керувати своїми соматичними симптомами, включає елементи психоосвіти, релаксаційної терапії, терапії повного осмислення, активаційної терапії, а також когнітивні та поведінкові підходи.

Пацієнти, що не відповіли на початкову терапію (еклектичну психотерапію та / або фармакотерапію), можуть отримати користь від інших видів психотерапії:

- Психодинамічної;
- Сімейної терапії: визначення невимовних дилем (придушених конфліктів, що виникають внаслідок сімейних, соціальних чи політичних подій, через переконання, що вони мають залишатися прихованими від ключових осіб) [62]; припинення подружнього підкріплення хворобливої поведінки пацієнта [31];
- Групової терапії;
- Діалектично-поведінкової терапії: використання тренувань *in vivo*, домашніх завдань та групових вправ, щоб навчити пацієнтів справлятися зі швидкою зміною емоцій та проблемною реакцією на емоційні подразники (особливо при супутньому пограничному розладі особистості) [76];
- Терапії парадоксальної інтенції (заохочення пацієнта навмисно займатися небажаною поведінкою);
- Методу десенсибілізації та переробки рухами очей (особливо при наявності супутнього посттравматичного стресового розладу).

Терапія РСС без супутнього тривожного або депресивного розладу

Лікування розпочинають з еkleктичної психотерапії (що поєднує КПТ, терапію повного осмислення та / або короткочасну динамічну психотерапію) [1, 73] та консультації психіатра (рівень доказовості В).

КПТ включає:

- Зменшення фізіологічного збудження за допомогою методів релаксації;
- Підвищення регуляції активності за рахунок вправ, участі у приємних та важливих заходах;
- Поступове збільшення активності;
- Підвищення обізнаності про емоції;
- Зміну дисфункціональних думок;
- Поліпшення вираження думок і емоцій;
- Зменшення подружнього підкріплення хворобливої поведінки.

Крім еkleктичної психотерапії застосовують додаткові методи лікування:

- Градуйовані фізичні навантаження: тренування розпочинають з легких вправ, поступово збільшуючи їх кількість та інтенсивність (рівень доказовості В) [47];
- Навчання біологічного зворотного зв'язку: для усвідомлення пацієнтом зв'язку між розумом та тілом, а також навчання релаксаційним технікам

(що особливо необхідні пацієнтам зі скаргами на сечостатеву та шлунково-кишкову системи).

У разі неефективності еkleктичної психотерапії та консультації психіатра призначають АД (II лінія) (рівень доказовості В). АД, що застосовують при РСС без супутньої тривоги або депресії, включають: селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну – СІЗЗС (есциталопрам, циталопрам, сертралін, флуоксетин, пароксетин, флувоксамін), інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну – ІЗЗСН (венлафаксин, дезвенлафаксин та дулоксетин), трициклічні антидепресанти – ТЦА (нортриптилін, амітриптилін, іміпрамін, докsepін). При лікуванні хронічних больових симптомів препаратами першої лінії є ІЗЗСН, нортриптилін, амітриптилін. Діапазон рекомендованих доз препаратів наведений в таблиці 4.

Порівняно з плацебо, АД терапія ефективніша при лікуванні симптомів, що не мають медичного пояснення. При цьому жодний клас АД не відрізняється за ефективністю при РСС (рівень доказовості С) [42]. Тому вибір АД в першу чергу пов'язаний з найкращим профілем побічних ефектів. Останні можуть посилювати сприйняття соматичних симптомів [42]. У цьому аспекті слід відзначити перевагу есциталопраму, безпечність якого, порівняно з іншими сучасними АД, була доведена при лікуванні гострої фази депресивного розладу [15]. Аналіз великої кількості порівняльних досліджень показав, що прийом есциталопраму достовірно рідше призводить до припинення лікування через побічні ефекти, ніж застосування інших АД.

Серед переваг препарату можна також відзначити найменший ступінь взаємодії з ізоферментами цитохрому Р450, порівняно з іншими СІЗЗС, що знижує вірогідність взаємодії з іншими медикаментами. Лікування АД розпочинають з низьких доз, титруючи дозу препарату залежно від відповіді. При неефективності фармакологічного лікування можливе використання іншого виду психотерапії.

Лікування РСС з супутнім депресивним або тривожним розладом

I лінія лікування включає еkleктичну психотерапію (включаючи КПТ (рівень доказовості А), терапію повного осмислення та / або короткочасну динамічну психотерапію і міжособистісну психотерапію) [1, 11], консультацію психіатра (рівень доказовості В) [65] та призначення АД всім пацієнтам. Варіанти фармакотерапії супутньої депресії або тривоги включають СІЗЗС, ІЗЗСН, ТЦА, міртазапін та бупропіон. Дози препаратів перераховані в таблиці 4. Пацієнти також можуть отримати переваги від додаткових методів лікування, що були перераховані вище.

У пацієнтів, стан яких не покращився на фоні еkleктичної психотерапії та лікування АД, застосовують інші види психологічної терапії. Атипівні антипсихотичні препарати (ААП) можуть бути випробувані у пацієнтів, які не реагують на інші види психотерапії. Якщо присутні значні порушення сну призначають ААП з седативним ефектом, наприклад, кветіапін увечері. Якщо викликає занепокоєння можливість підвищення ваги, перевага має бути надана арипіпразолу або зипразидону. Перелік ААП

Таблиця 4. Перелік антидепресантів для лікування РСС (за [82])

Назва препарату	Початкова доза	↑ дози залежно від відповіді
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну		
Есциталопрам	5 мг 1 раз/добу	тах. 20 мг/добу
Сертралін	25 мг 1 раз/добу	тах. 200 мг/добу
Циталопрам	10 мг 1 раз/добу	тах. 40 мг/добу
Флуоксетин	10 мг 1 раз/добу	тах. 60 мг/добу у 1-2 прийоми
Флувоксамін	25 мг 1 раз/добу	тах. 300 мг/добу у 2 прийоми
Пароксетин	10 мг (IR) 1 раз/добу	тах. 50 мг/добу
Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну		
Дулоксетин	20–30 мг 1 раз/добу	тах. 60 мг/добу
Венлафаксин	37,5 мг/добу (IR/ХР), у 1–2 прийоми	тах. 300 мг/добу
Дезвенлафаксин	50 мг 1 раз/добу	тах. 100 мг/добу
Трициклічні антидепресанти		
Амітриптилін	25 мг 1 раз/добу перед сном	тах. 200 мг/добу у 1–4 прийоми
Іміпрамін	25 мг 1 раз/добу перед сном	тах. 300 мг/добу у 1–4 прийоми
Доксепін	25 мг 1 раз/добу перед сном	тах. 300 мг/добу у 1–4 прийоми
Селективний інгібітор зворотного захоплення норадреналіну та дофаміну		
Бупропіон	150 мг 1 раз/добу	тах. 400 мг/добу у 2 прийоми
Норадренергічні та специфічні серотонінергічні антидепресанти		
Міртазапін	15 мг 1 раз/добу	тах. 45 мг/добу

Таблиця 5. Перелік ААП для лікування РСС з супутнім тривожним або депресивним розладом (за [82])

Назва препарату	Початкова доза	↑ дози залежно від відповіді
Кветіапін	25 мг (IR) 1 раз/добу	тах. 400 мг/добу у 1–3 прийоми
Арипіпразол	2 мг 1 раз/добу	тах. 15 мг/добу
Зипразидон	20 мг 2 рази/добу	тах. 160 мг/добу
Оланзапін	2,5 мг 1 раз/добу	тах. 10 мг на добу
Рисперидон	0,5 мг 1 раз/добу	тах. 4 мг/добу у 1–2 прийоми

при РСС з тривожними або депресивними симптомами в якості III лінії фармакотерапії наведений у таблиці 5. Лікування ААП розпочинають з низьких доз, поступово титруючи дозу залежно від відповіді на фармакологічне втручання.

Моніторинг динаміки симптомів

Для оцінки динаміки, підтримки терапевтичних відносин, уникнення припинення прийому препарату та запобігання проведенню зайвих тестів або процедур необхідно планувати регулярні короткі візити пацієнта до лікаря.

Комплексний міждисциплінарний підхід є необхідним для всіх пацієнтів. Він включає застосування різних

видів терапії, як психотерапевтичної, так і фармакологічної, а також додаткових методів лікування. Міждисциплінарний підхід полягає у співпраці між різними фахівцями, що надають допомогу, зокрема між психіатром та лікарем первинної ланки медичної допомоги, задля регулярного моніторингу стану пацієнта.

Список використаної літератури / References

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 78, pp. 265–274.
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., ... Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 7, art. no. CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, vol. 420, pp. 38–46.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bagayo, I. P., Interian, A., & Escobar, J. I. (2013). Transcultural aspects of somatic symptoms in the context of depressive disorders. *Advances in Psychosomatic Medicine*, vol. 33, pp. 64–74. DOI: 10.1159/000350057. Epub 2013 Jun 25.
- Barsky, A. J. (2016). Assessing the New DSM-5 Diagnosis of Somatic Symptom Disorder. *Psychosomatic Medicine*, vol. 78, issue 1, pp. 2–4. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000287.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, issue 8, pp. 903–910.
- Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, pp. 266–275.
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G., & Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 78, issue 2, pp. 116–122. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.007. Epub 2014 Nov 14.
- Bernardy, K., Füßer, N., Köllner, V., & Häuser, W. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of Rheumatology*, vol. 37, pp. 1991–2005.
- Brown, R. J. (2002). The cognitive psychology of dissociative states. *Cognitive Neuropsychiatry*, vol. 7, pp. 221–235.
- Browning, M., Fletcher, P., & Sharpe, M. (2011). Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosomatic Medicine*, vol. 73, pp. 173–184.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004). Suicide risk in patients with somatization disorder. *Crisis*, vol. 25, issue 1, pp. 3–7.
- Cipriani, A., Santilli, C., Furukawa, T. A., Signoretti, A., Nakagawa, A., McGuire, H., ... Barbui, C. (2009). Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, art. no. CD006532. DOI: 10.1002/14651858.CD006532.pub2.
- Cröicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. (2014). Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Medical Clinics of North America*, vol. 98, issue 5, pp. 1079–1095.
- Dantzer, R., & Kelley, K. W. (2007). Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 21, pp. 153–160.
- De Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, pp. 470–476.
- Dehoust, M. C., Schulz, H., Härter, M., & Andreas, S. (2013). Is all we know that we know nothing? A critical review of the prevalence of somatoform disorders in the elderly. *Open Journal of Psychiatry*, vol. 3, pp. 375–383.
- Dimsdale, J. E., & Dantzer, R. (2007). A biological substrate for somatoform disorders: importance of pathophysiology. *Psychosomatic Medicine*, vol. 69, pp. 850–854.
- Drane, D. L., LaRoche, S. M., Ganesh, G. A., Teagarden, D., & Loring, D. W. (2016). A standardized diagnostic approach and ongoing feedback improves outcome in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, vol. 54, pp. 34–39.
- Erceg-Hurn, D. M. (2011). Psychodynamic therapy for somatic disorder meta-analysis raises more questions than answers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 80, pp. 182–183.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 74, pp. 31–40.

23. Fjorback, L. O. (2012). Mindfulness and bodily distress. *Danish Medical Journal*, vol. 59, pp. B4547.
24. Ford, C. V., & Folks, D. G. (1985). Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*, vol. 26, pp. 371–374, 380–383.
25. Geisser, M. E., Strader Donnell, C., Petzke, F., Gracely, R. H., Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2008). Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics*, vol. 49, pp. 235–242.
26. Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K., & Mellers, J. D. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*, vol. 74, pp. 1986–1994.
27. Griffith, J. L., Polles, A., & Griffith, M. E. (1998). Pseudoseizures, families, and unspeakable dilemmas. *Psychosomatics*, vol. 39, pp. 144–153.
28. Guz, H., Doganay, Z., Ozkan, A., Colak, E., Tomac, A., & Sarisoy, G. (2004). Conversion and somatization disorders: dissociative symptoms and other characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 56, pp. 287–291.
29. Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Ärzteblatt International*, vol. 112, issue 16, pp. 279–287. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0279.
30. Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J., & Löwe, B. (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 67, issue 3, pp. 189–197. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013. Epub 2009 Jun 27.
31. Hedman, E., Axelsson, E., Görling, A., Ritzman, C., Ronnheden, M., El Alaoui, S., ... Ljótsson, B. (2014). Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, vol. 205, pp. 307–314.
32. Heinbokel, C., Lehmann, M., Pohontsch, N. J., Zimmermann, T., Althaus, A., Scherer, M., & Löwe, B. (2017). Diagnostic barriers for somatic symptom disorders in primary care: study protocol for a mixed methods study in Germany. *BMJ Open*, vol. 7, issue 8, pp. e014157. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014157.
33. Joint Working Group of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Psychiatrists. (2009). *The management of patients with physical and psychological problems in primary care: a practical guide*. Available at: www.rcgp.org.uk.
34. Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review: part I. *American Journal of Medicine*, vol. 72, pp. 127–135.
35. Kisely, S. R., Campbell, L. A., Yelland, M. J., & Paydar, A. (2015). Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 6, art. no. CD004101.
36. Kleinstaub, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, vol. 31, pp. 146–160.
37. Kleinstaub, M., Witthöft, M., Steffanowski, A., van Marwijk, H., Hiller, W., & Lambert, M. J. (2014). Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 11, art. no. CD010628. DOI: 10.1002/14651858.CD010628.pub2.
38. Kohlmann, S., Gierk, B., Hilbert, A., Brähler, E., & Löwe, B. (2016). The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 90, pp. 51–56. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.09.004. Epub 2016 Sep 10.
39. LaFrance, W. C. Jr., Baird, G. L., Barry, J. J., Blum, A. S., Frank Webb, A., Keitner, G. I., ... NES Treatment Trial (NEST-T) Consortium. (2014). Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, vol. 71, pp. 997–1005.
40. LaFrance, W. C. Jr., Miller, I. W., Ryan, C. E., Blum, A. S., Solomon, D. A., Kelley, J. E., & Keitner, G. I. (2009). Behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, vol. 14, pp. 591–596.
41. Larun, L., Brurberg, K. G., Odgaard-Jensen, J., & Price, J. R. (2017). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 4, art. no. CD003200. DOI: 10.1002/14651858.CD003200.pub7.
42. Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric Somatic Symptom Disorders. *Current Psychiatry Reports*, vol. 19, issue 2, pp. 11. DOI: 10.1007/s11920-017-0760-3.
43. Martlew, J., Pulman, J., & Marson, A. G. (2014). Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, art. no. CD006370.
44. Mayor, R., Howlett, S., Grünewald, R., & Reuber, M. (2010). Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization. *Epilepsia*, vol. 51, pp. 1169–1176.
45. Morriss, R. K., Dowrick, C., Salmon, P., Peters, S., Dunn, G., Rogers, A., ... Gask, L. (2007). Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *British Journal of Psychiatry*, vol. 191, pp. 536–542.
46. Sattler, J. E., Wentzel, I., Koen, L., Niehaus, D. J., Seedat, S., & Stein, D. J. (2008). Escitalopram in the treatment of multisomatoform disorder: A double-blind placebo-controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 23, pp. 43–48.
47. Noyes, R. Jr., Holt, C. S., & Kathol, R. G. (1995). Somatization: diagnosis and management. *Archives of Family Medicine*, vol. 4, pp. 790–795.
48. Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 107, issue 4, pp. 587–595.
49. Sattler, H., Lahmann, C., Gundel, H., Guthrie, E., Kruse, J., Noll-Hussong, M., ... Henningsen, P. (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, vol. 200, pp. 60–67.
50. Schade, N., Torres, P., & Beyebach, M. (2011). Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Families, Systems, & Health*, vol. 29, pp. 197–205.
51. Sharpe, M., Walker, J., Williams, C., Stone, J., Cavanagh, J., Murray, G., & Carson, A. (2011). Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: a randomized controlled efficacy trial. *Neurology*, vol. 77, pp. 564–572.
52. Smith, G. R. Jr., Monson, R. A., & Ray, D. C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *New England Journal of Medicine*, vol. 314, pp. 1407–1413.
53. Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
54. Stonnington, C. M., Locke, D. E., Hsu, C. H., Ritenbaugh, C., & Lane, R. D. (2013). Somatization is associated with deficits in affective theory of mind. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 74, pp. 479–485.
55. Tomasson, K., Kent, D., & Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 84, pp. 288–293.
56. Van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., Keuter, E. J., & Swinkels, J. A. (2012). Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 72, pp. 168–169.
57. Van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 11, art. no. CD011142.
58. Wagner, A. W., Rizvi, S. L., & Harned, M. S. (2007). Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, pp. 391–400.
59. Wortman, M. S., Lucassen, P. L., van Ravesteijn, H. J., Bor, H., Assendelft, P. J., Lucas, C., & Olde Hartman, T. C. (2016). Brief multimodal psychosomatic therapy in patients with medically unexplained symptoms: feasibility and treatment effects. *Family Practice*, vol. 33, pp. 346–353.
60. Yunus, M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, vol. 37, pp. 339–352.
61. Zhang, Y., Fritzsche, K., Leonhart, R., Zhao, X., Zhang, L., Wei, J., ... Schaefer, R. (2014). Dysfunctional illness perception and illness behaviour associated with high somatic symptom severity and low quality of life in general hospital outpatients in China. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 77, issue 3, pp. 187–195. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.06.005. Epub 2014 Jun 22.
62. Zonneveld, L. N., Sprangers, M. A., Kooiman, C. G., van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2013). Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden. *BMC Health Services Research*, vol. 13, pp. 520. DOI: 10.1186/1472-6963-13-520.
63. Zonneveld, L. N., van Rood, Y. R., Timman, R., Kooiman, C. G., Van't Spijker, A., & Busschbach, J. J. (2012). Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS One*, vol. 7, pp. e42629 [corrected in: PLoS One. 2013;8].
64. Stonnington, C., Driver-Dunckley, E., Noe, K. H., & Locke, D. (2018). *Conversion and somatic symptom disorders*. Available at: <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/989>.

ПСИХІЧЕСЬКІ ПАСТРОЙСТВА С СОМАТИЧЕСЬКИМИ СИМПТОМАМИ:
МЕСТО В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ, ДЕФИНИЦИИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
О. А. Левада, А. С. Троян

Актуальность. Из-за высокой распространенности в человеческой популяции, существенное ухудшение качества жизни пациентов и значительную стоимость лечения, психические расстройства с соматическими симптомами (ПСС) представляют собой важную медико-социальную проблему. Распространенность ПСС среди пациентов первичного медицинского звена составляет 26–35%. Несвоевременная диагностика, значительное количество лишних параклинических обследований добавляют ятрогенных осложнений пациенту, отдаляя на годы установление правильного диагноза и назначение адекватного лечения, увеличивая финансовое бремя на больного и общество.

Цель – ознакомить практикующих врачей с диагностическими подходами к РСС относительно классификации DSM-5 и доказательными методами их лечения.

Результаты. Основательно рассмотрен раздел DSM-5 «Расстройства с соматическими симптомами и связанные с ними расстройства», который включает: собственно РСС, тревожное расстройство наличия заболевания, конверсионное расстройство, психологические факторы, влияющие на другие медицинские состояния, симулятивное расстройство, другие специфические и неспецифические расстройства с соматическими симптомами. Сфокусировано внимание на основном представителе этого раздела – собственно РСС. Приводятся критерии его диагностики, дифференциальной диагностики, проводятся параллели с предыдущим диагностическим конструктом – соматоформным расстройством. Рассмотрены факторы риска РСС, а также этиопатогенетические данные.

Проанализированы основные источники касательно лечения РСС. Оно предусматривает комплексный междисциплинарный пациент-ориентированный пошаговый подход с привлечением психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики. Представлен трехступенчатый алгоритм ведения пациентов с РСС, рассмотрены психотерапевтические и медикаментозные подходы к лечению, которые могут быть достаточно легко применены в украинской клинической практике.

Ключевые слова: расстройство с соматическими симптомами, диагностика, дифференциальная диагностика, алгоритм лечения.

MENTAL DISORDERS WITH SOMATIC SYMPTOMS: THEIR PLACE IN MODERN CLASSIFICATIONS, DIAGNOSIS, AND TREATMENT

O. A. Levada, O. S. Troyan

Background. Due to high prevalence in human population, a prominent decline in quality of patients' lives and significant cost of treatment, mental disorders with somatic symptoms (SSD) are considered as an important medical and social problem. The prevalence of SSD in primary care patients is 26-35%. Untimely diagnosis and a large number of unnecessary paraclinical examinations add iatrogenic complications to patients, which results in delay of the correct diagnosis and adequate treatment and increase of the financial burden on patients and society.

Objective. To introduce DSM-5 diagnostic approaches and evidence-based treatment methods of SSD to practitioners.

Results. This lecture thoroughly examines DSM-5 chapter «Disorders with Somatic Symptoms and Related Disorders», which includes SSD, illness anxiety disorder, conversion disorder, psychological factors affecting other medical conditions, factitious disorder, other specified and unspecified somatic symptom disorders. We focused on the main member of this chapter – SSD. The criteria of SSD diagnosis, differential diagnosis are given; in addition parallels with the previous diagnostic construct – somatoform disorder – are carried out. Risk factors of SSD, as well as etiopathogenetic data are considered.

The main sources of SSD treatment are analyzed. It suggests integrative, multidisciplinary, patient-centered, step-by-step approach, involving psychiatrists, psychotherapists, and general practitioners. Presented three-step algorithm for managing patients with SSD, psychotherapeutic and drug treatment approaches can be easily applied in Ukrainian clinical practice.

Keywords: somatic symptom disorder, diagnosis, differential diagnosis, treatment algorithm.

Стаття надійшла до редакції 12.02.2018 р.

ЛЕВАДА Олег Анатолійович, д.мед.н., професор, ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

ТРОЯН Олександра Сергіївна, лікар-психіатр, КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: troian@zmapo.edu.ua

ЛЕВАДА Олег Анатольевич, д.мед.н., профессор, ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

ТРОЯН Александра Сергеевна, врач-психиатр, КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС, г. Запорожье, Украина; e-mail: troian@zmapo.edu.ua

LEVADA Oleg Anatoliiovych, MD, PhD, ScD, Professor, State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine», Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: olevada@zmapo.edu.ua

TROYAN Alexandra Serhiivna, MD, Zaporizhzhia Regional Clinical Psychiatric Hospital, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: troian@zmapo.edu.ua

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК [616-092.19+616.89-008.454]:159.922.736(364)

Д. І. Марценковський

ВІКОВИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА ДЕПРЕСІЙ У ДІТЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ

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

d.martsenkovskyi@gmail.com

Актуальність. Діти, які зазнали психічної травматизації, характеризуються важкою афективною нестабільністю, що може бути підставою для діагностування у них поведінкових (опозиційно-демонстративного розладу, розладу регуляції настрою з руйнівною поведінкою), афективних (тривожного, депресивного, біполярного) розладів, розладів з дефіцитом уваги / гіперактивністю. Наведений клінічний поліморфізм призводить до того, що у дітей із посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) часто необгрунтовано діагностують інші психічні та поведінкові розлади, призначають неналежну терапію.

Мета – дослідити вікові особливості клінічних проявів ПТСР у дітей внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій на Сході України; вивчити клінічний поліморфізм симптомів депресії, їх роль в екстерналізації та інтерналізації клінічної картини ПТСР.

Матеріали та методи. Ми обстежили 80 дітей та підлітків з ПТСР із використанням «Інтерв'ю з дітьми та підлітками» (DAWBA), «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA-5), «Рейтингової шкали депресій у дітей» (CDRS-R) та «Контрольного переліку симптомів дитячої поведінки» (Child Behavioural Check List – CBCL).

Результати. Описані клінічні фенотипи ПТСР у дітей молодшого шкільного, середнього шкільного та підліткового віку. За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) встановлена статистично значуща різниця балів між групами порівняння за CDRS-R ($F(2,77)=18,240$, $p=0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів депресії була значуще нижчою у дітей молодшого ($48,29\pm 8,6$, $p=0,001$) та середнього шкільного віку ($56,27\pm 7,96$, $p=0,021$), порівняно з підлітками ($62,18\pm 8,24$), а в групі дітей молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку ($p=0,004$). За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) встановлена статистично значуща різниця показників екстерналізації за CBCL між групами порівняння ($F(2,77) = 15,159$, $p = 0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів екстерналізації була значуще нижчою серед дітей молодшого ($58,52\pm 5,83$, $p=0,001$) та середнього шкільного віку ($63,96\pm 7,57$, $p=0,014$) порівняно з підлітками ($69,27\pm 7,3$), а в групі молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку ($p=0,027$). Тяжкість симптомів за CAPS-CA-5 ($F(2,77)=0,43$, $p=>0,05$), проявів інтерналізації ($F(2,77)=0,245$, $p=>0,05$) та загальних проблем ($F(2,77)=0,139$, $p=>0,05$) при оцінюванні за CBCL не відрізнялися.

Висновки. Репрезентація симптомів ПТСР у дітей та підлітків характеризувалася асоційованим із віком клінічним поліморфізмом, супроводжувалася тривожними, афективними та поведінковими симптомами. Високий рівень інтерналізації та екстерналізації симптомів ускладнювали діагностику ПТСР.

Тривожні та депресивні симптоми спостерігали у дітей всіх вікових груп порівняння. У клінічній картині асоційованих з травмою психічних розладів у дітей молодшого віку переважали симптоми тривоги, дефіцит уваги та імпульсивність; з наблизенням пубертату в клінічній картині збільшувалася питома вага депресивних симптомокомплексів, антисоціальної поведінки.

Ключові слова:

діти, клінічний поліморфізм, ПТСР, депресивні розлади.

Актуальність. Високий рівень травматизації дітей та підлітків внаслідок військових дій на Сході України зумовив посилену увагу медичних, психологічних та соціальних служб до проблематики посттравматичного стресового розладу у дітей та підлітків.

У Донецькій, Луганській, а також прилеглих до них Харківській, Дніпропетровській та Запорізькій областях відмічена висока (до 83 %) поширеність розладів психіки та поведінки у дітей, які до переміщення мешкали безпосередньо в зоні конфлікту [1].

Клініка психічних розладів після травматичних подій різноманітна. До найтяжчих її варіантів належить посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який часто супроводжується симптомами депресії та тривоги [8, 9].

Клінічна практика свідчить, що у підлітків наявна більша поширеність психічних та поведінкових розладів, пов'язаних зі стресом, ніж у дітей молодшого віку. Вважають загальноновизнаним, що у дітей дошкільного віку не розвиваються стрес-асоційовані розлади, такі як ПТСР та депресія, це підтверджено результатами оцінювань з використанням діагностичних критеріїв DSM IV. Нижчі показники захворюваності можна пояснити як незрілістю дитячого сприйняття травматичних подій, так і низькою чутливістю діагностичних критеріїв до розладу у дітей молодшого віку.

З огляду на останню можливість дослідники внесли зміни до критеріїв DSM-IV і провели серію досліджень із залученням маленьких дітей. Результати цих досліджень продемонстрували, що при використанні більш чутливих критеріїв вдається виявити у три – вісім разів більше дітей з ПТСР, ніж при використанні DSM-IV. Це стало підставою не лише для зміни критеріїв ПТСР в DSM-5, а й для виділення окремого підтипу ПТСР для дітей дошкільного віку [2, 3].

Діти, які зазнали психічної травматизації, характеризуються тяжкою афективною нестабільністю, що є підставою для діагностування у них поведінкових (опозиційно-демонстративного розладу, розладу регуляції настрою з руйнівною поведінкою), афективних (тривожного, депресивного, біполярного) розладів, розладів з дефіцитом уваги / гіперактивністю. В однієї дитини одночасно можуть виконуватися діагностичні критерії декількох розладів. У різні періоди життя такі діти можуть мати різні діагнози, проте їх об'єднує спільне порушення розвитку, яке можна класифікувати як травматичний розвиток [4–6].

Наведений клінічний поліморфізм призводить до того, що у дітей з ПТСР часто необгрунтовано діагностують інші психічні та поведінкові розлади, призначають неналежну терапію [7].

Діагностика ПТСР у дітей та підлітків відповідно до останньої редакції DSM-5 зазнала значних змін. Крім появи окремих критеріїв діагностики ПТСР у дітей дошкільного віку (6 років та менше) [12], змін зазнали і основні критерії: були звужені поняття травматичних подій (вилучена з переліку несподівана смерть родичів або близьких людей внаслідок природних обставин), вилучені вимоги до реакції дитини під час травматизації у вигляді вираженого страху чи безпорадності. Водночас додані нові симптоми, зокрема «негативні думки або сприйняття себе та оточуючого світу», «негативний афект» та «необдумані або саморуйнівні поведінки» [10, 11].

Мета дослідження – вивчити вікові особливості клінічних проявів ПТСР у дітей та підлітків внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій на Сході України; вивчити клінічний поліморфізм симптомів депресії, їх роль в екстерналізації та інтерналізації клінічної картини ПТСР.

Матеріали та методи дослідження

У ході крос-секційного дослідження на базі відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науко-

во-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології було відібрано 80 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з ПТСР, що постраждали від військових дій на Сході України. Від батьків та опікунів дітей, а також від самих дітей, що досягли віку 14 років, була отримана згода на психіатричне обстеження та включення їх до дослідження.

Соціально-демографічні показники включених у дослідження дітей та підлітків наведені в таблиці 1.

Серед 80 обстежених дітей було 52 дівчини і 28 хлопців. Гендерний розподіл рандомізованих дітей відповідає популяційному, відображає вищу поширеність ПТСР та депресії серед осіб жіночої статі. У дослідження були включені діти трьох вікових категорій: молодшого шкільного віку (8–11 років), середнього шкільного віку (12–15 років) та підліткового віку (16–18 років). Віковий та гендерний розподіл пацієнтів по групах порівняння наведено на рисунку 1.

Більшість дітей проживали разом з біологічними батьками (80 % дітей з обома, 17 % – з одним із біологічних батьків), лише одна дитина перебувала під опікою. Близько ¼ дітей проживали у власному помешканні, ¾ – в тимчасових помешканнях або у родичів.

Таблиця 1. Соціально-демографічна характеристика включених у дослідження дітей та підлітків з ПТСР (n=80)

Показник	M(SD)/%
Вік (в роках)	13,87±3,23
Стать	
- чоловіча	38,75
- жіноча	61,25
Хто здійснює опіку над дитиною	
- обоє батьків	81,25
- один з батьків	17,5
- опікуни	1,25
Рівень освіти батьків	
- вища	72,5
- середня	21,25
- без освіти	6,25
Мають постійну роботу (принаймні один з батьків)	55,0
Мають тимчасову роботу (принаймні один з батьків)	35,0
Проживають на соціальні виплати (не мають постійного іншого джерела доходів)	10,0
Мають постійне власне помешкання	26,25
Мають тимчасове власне помешкання	63,75
Проживають у родичів	10,0

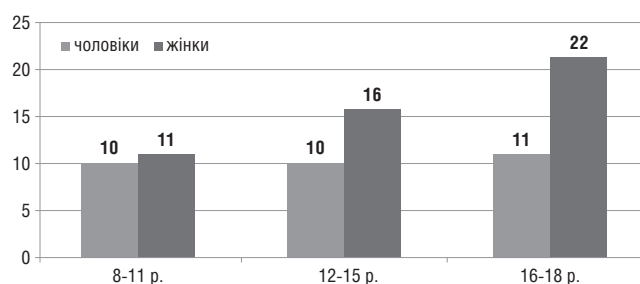


Рис. 1. Розподіл дітей у групах порівняння за статтю та віком

Соціально-демографічні дані свідчать також про високий рівень освіти та соціальної дезадаптації батьків тимчасово переміщених дітей: понад 90 % з них мали освіту, 72,5 % закінчили вищі навчальні заклади; лише близько половини батьків мали постійну роботу, третина – тимчасову роботу.

Формалізовану оцінку наявності та тяжкості симптомів ПТСР у дітей та підлітків здійснювали з використанням «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA-5). Інформацію отримували безпосередньо від дитини та обох батьків [14].

За допомогою інструментарію «Рейтингова шкала депресій у дітей» (Children's Depression Rating Scale, Revised – CDRS-R) оцінювали вираженість депресивної симптоматики відповідно до критеріїв МКХ-10 та DSM-5 [15].

«Контрольний перелік симптомів дитячої поведінки» (Child Behavioural Check List – CBCL) використовували для формалізованої оцінки симптомів інтерналізації та екстерналізації. Оцінювання проводили за окремими субшкалами: проявів депресії / тривоги, соціальної відгородженості, соматичних скарг, соціальних проблем, проблем з мисленням, проблем з увагою, агресивної та деліквентної поведінки [16].

З метою виключення коморбідних розладів усі діти були обстежені з використанням «Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки розвитку та благополуччя дітей та підлітків у віці від 5 до 18 років» (Development and Well-Being Assessment – DAWBA) [13].

Для статистичної обробки даних були використані методи описової статистики. Статистичну різницю між групами порівняння вираховували методом дисперсійного аналізу (ANOVA) з використанням поправки Бонфероні. Всі дані попередньо перевіряли на нормальність розподілу методом Колмогорова–Смірнова.

Результати та їх обговорення

За результатами обстеження з використанням «Напівструктурованого інтерв'ю для оцінки розвитку та благополуччя дітей та підлітків у віці від 5 до 18 років», підтвердженими результатами «Рейтингової шкали депресій у дітей» та «Клінічної рейтингової шкали ПТСР для дітей та підлітків», усі 80 дітей відповідали критеріям МКХ-10 для діагностики ПТСР (F43.1).

Переважає більшість дітей, крім симптомів ПТСР за результатами обстеження з використанням «Контрольного переліку симптомів дитячої поведінки», одночасно мали симптоми, специфічні для інших психічних розладів (афективних, тривожних, поведінкових, РДУГ). Узагальнені результати обстеження за різними субшкалами наведені в таблиці 2.

Клінічні симптоми ПТСР у дітей віком від 8 до 11 років

Діти молодшого шкільного віку часто виглядали наляканими або розгубленими, особливо після подій, які могли нагадувати їм про пережитий травматичний досвід. У багатьох випадках ми спостерігали регресивні прояви: енурез, патологічні звичні дії (звички), як-то смоктання пальців або обкусування нігтів, що не було

притаманно їм до початку травматичних подій. Ознаки регресивної симптоматики спостерігали також у сфері соціального функціонування, що проявлялися у зміні інтересів з однолітків до дітей молодшого віку. Під час ігрової діяльності діти часто програвали травматичні події, вибирали «улюблений предмет», наприклад іграшку, та повсюди носили її з собою. При намаганні відібрати цей предмет починали плакати й нерідко ставали агресивними. Виражена плаксивість та дратівливість супроводжувалися сапалахами агресії, руйнівної поведінки: дитина ламала свої речі, речі інших членів родини.

Більшість часу діти виглядали змученими, були надмірно рухливими, «не могли втриматися на одному місці». Вони скаржилися на головокружіння, головний біль, біль в ногах чи руках, неприємні відчуття на шкірі та в очах. Вони відмовлялися йти до школи, демонстрували зниження академічної успішності, порівняно з попереднім місцем навчання. Характерним проявом тривоги у таких дітей було збільшення залежності від дорослих, особливо членів первинної групи підтримки, що виявлялося в небажанні розлучатися з ними на тривалий час, засинати або взагалі спати без них. Думки про самогубство зустрічалися рідко, були наслідком почуття провини.

Клінічні симптоми ПТСР у дітей віком від 12 до 15 років

У дітей середнього шкільного віку прояви дратівливості та спалахи агресії на ґрунті постійних суперечок із дорослими виникали частіше. Водночас діти цього віку мали схильність до відчуття провини, безпідставно проектували на себе причину травматичних подій. У таких дітей частіше спостерігали специфічні симптоми реперезивання у вигляді флешбеків та емоційного оніміння. Вони також нерідко відчували себе безпорадними, самотніми, не вартими уваги та любові. Діти всіляко уникали місць або подій, що могли нагадувати їм про травматичний досвід. Така поведінка уникання могла виглядати як уникання певних видів ігрової діяльності або як специфічні страхи та фобії.

Поширеною клінічною ознакою були порушення сну, які часто супроводжувалися нічними жахами та енурезом. Переживання з приводу реакції на паросомнії та випадки енурезу підсилювали відчуття дитиною власної неповноцінності. Разом з відчуттям вираженого дистресу це проявлялося в соматизації, численних соматичних скаргах.

Порушення концентраційної функції уваги та мотивації, прояви фіксаційної амнезії зумовлювали зниження академічної успішності, що посилювало відчуття власної нікчемності. Через труднощі в спілкуванні такі діти були позбавлені соціальної підтримки з боку однолітків, часто ставали жертвами булінгу, самі проявляли агресію до однолітків, що ще більше відрізняло їх від інших, робило більш уразливими. У своєму намаганні завоювати соціальну прихильність вони часто потрапляли до антисоціальних компаній. У цьому віковому періоді діти часто вперше пробують психоактивні речовини, починають їх систематично вживати. У стані алкогольних і наркотичних сп'янінь у таких дітей відмічався високий рівень

імпульсивності, що призводило до появи суїцидальних думок та самоушкоджувальної поведінки (змінених форм сп'яніння).

Клінічні симптоми ПТСП у дітей віком від 16 до 18 років

Клінічна картина ПТСП та депресії у підлітків максимально набліжена до дорослих: поширені симптоми реперезивання, уникнення, емоційного оніміння, гіперзбудливості та негативних змін в когніціях і настрої, що притаманно для класичного перебігу ПТСП. Водночас підлітки більш схильні до приховування власних переживань, тому для них була характерною виражена соціальна ізоляція у вигляді відгородженості від родичів та однолітків.

Підліткам, особливо із соціально дезадаптованих родин, були властиві негативні думки про майбутнє, часто пов'язані з втратою колишнього соціального рівня та достатку.

Рівень емоційної дисрегуляції характеризувався спалахами вираженої драгтивності та гніву, які часто змінювалися плачем та відчуттям власної провини.

Такі діти частіше виглядали сумними та апатичними. Низький рівень мотивацій призводив до бездіяльності та втрати можливості отримувати задоволення. У підлітків, що зазнали травматизації, частіше зустрічалися порушення апетиту, епізоди порушень харчової поведінки.

Значна частина підлітків мали високий рівень відчуття образи та агресії на обставини або людей, що призвели до травматизації. Це часто виливалося в думки та мрії про помсту, провину за пережиті травматичні події вони нерідко проектували на оточуючих: родичів, однолітків тощо. Це виливалося в агресивну поведінку, порушення меж у стосунках, знущання над однолітками тощо. Підлітки з ПТСП мали високий рівень імпульсивності, через що вони скоювали дрібні правопорушення або демонстрували поведінку, пов'язану зі значним ризиком. Вони частіше прогулювали заняття в школі, вживали психоактивні речовини, вступали у сексуальні зв'язки, спричиняли самоушкодження.

За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) була встановлена статистично значуща різниця балів між групами порівняння за CDRS-R ($F(2,77)=18,240, p=0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів депресії була значуще нижчою серед дітей молодшого ($48,29 \pm 8,6, p=0,001$) та середнього шкільного віку ($56,27 \pm 7,96, p=0,021$), порівняно з підліт-

ками ($62,18 \pm 8,24$), а в групі дітей молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку ($p=0,004$). За результатами дисперсійного аналізу (ANOVA) встановлена статистично значуща різниця показників екстерналізації за CBCL між групами порівняння ($F(2,77) = 15,159, p = 0,001$). За результатами апостеріорного тесту Тьюкі встановлено, що вираженість проявів екстерналізації була значуще нижчою серед дітей молодшого ($58,52 \pm 5,83, p=0,001$) та середнього шкільного віку ($63,96 \pm 7,57, p=0,014$), порівняно з підлітками ($69,27 \pm 7,3$), а в групі молодшого шкільного віку – нижчою, порівняно з дітьми середнього шкільного віку ($p=0,027$). Тяжкість симптомів за CAPS-CA-5 ($F(2,77)=0,43, p=>0,05$), проявів інтерналізації ($F(2,77)=0,245, p=>0,05$) та загальних проблем ($F(2,77) = 0,139, p=>0,05$) при оцінюванні за CBCL не відрізнялися.

Рівень екстерналізації психічних проявів, асоційованих із психічною травмою, зростав із віком рандомізованих дітей шляхом посилення питомої ваги агресивної та асоціальної поведінки серед дітей. Отримані дані відображені в літературі як крива «вік–правопорушення» [17]. Формалізована оцінка інтерналізації практично не змінюється в вікових групах при зміні в групах показників за CDRS-R, що відображає зсув структури клінічного поліморфізму розладів від тривожних до депресивних. Такі зміни, з урахуванням змін в статевому складі групи, можна пояснити біологічними та соціальними факторами під час пубертату, вони відображають чутливість дівчат до формування ПТСП та депресії [18].

Встановлені нами вікові особливості проявів психологічної травматизації можна пояснити з погляду концепцій розвитку Ж. Піаже та Е. Еріксона про залежність проявів симптомів від фази когнітивного розвитку дитини [19, 20]. Це, в свою чергу, пояснює варіативність та зміни в репрезентації травматичних симптомів з віком як прояв порушеного «травматичного розвитку» дитини.

Проте не можна виключити, що такі симптоми є початковими стадіями формування коморбідних розладів. У такому випадку вікову варіативність можна пояснити розвитком коморбідних психічних розладів внаслідок травматичного впливу в різні кризові періоди дитячого розвитку [19, 21, 22]

Висновки

Репрезентація симптомів ПТСП у дітей та підлітків характеризується асоційованим із віком клінічним поліморфізмом, супроводжується тривожними, афектив-

Таблиця 2. Результати формалізованої оцінки поведінкових та психічних симптомів у дітей з ПТСП за субшкалами в різних вікових категоріях

Діагностична шкала	Групи порівняння			F	df	P1-2	P1-3	P2-3
	8-11 років	12-15 років	16-18 років					
CAPS-CA-5	40,76 (36,39; 45,14)	41,38 (37,26; 45,51)	41,55 (39,18; 44,92)	0,043	2	>0,05	>0,05	>0,05
CDRS-R (T-score)	48,29 (44,37; 52,20)	56,27 (53,05; 59,49)	62,18 (59,26; 65,10)	18,240	2	0,004	<0,001	0,021
CBCL								
Шкала інтерналізації	69,48 (66,66; 72,30)	68,54 (65,29; 71,79)	68,03 (65,34; 70,72)	0,245	2	>0,05	>0,05	>0,05
Шкала екстерналізації	58,52 (55,87; 61,18)	63,96 (60,90; 67,02)	69,27 (66,68; 71,86)	15,159	2	0,027	<0,001	0,014
Шкала загальних проблем	73,29 (69,65; 76,92)	71,96 (68,04; 75,89)	72,18 (68,89; 75,47)	0,139	2	>0,05	>0,05	>0,05

ними та поведінковими симптомами. Високий рівень інтерналізації та екстерналізації симптомів ускладнюють діагностику ПТСР.

Тривожні та депресивні симптоми спостерігали у дітей усіх вікових груп порівняння. У клінічній картині асоційованих з травмою психічних розладів дітей молодшого віку переважають симптоми тривоги, дефіцит уваги та імпульсивність; з наближенням пубертату в клінічній картині збільшується питома вага депресивних симптомів, антисоціальної поведінки.

Список використаної літератури

1. Khaustova O. Post-traumatic Psychopathological Phenomena Among Children and Adolescents Living in Conflict Region and Surrounding Areas in Eastern Ukraine [Abstract] / O. Khaustova, O. Chaban, L. Trachuk // *Indian journal of social psychiatry*. 2016. – Vol. 32, issue 4. – P. 423.
2. Somerville L. H. A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues / L. H. Somerville, R. M. Jones, B. J. Casey // *Brain and cognition*. – 2010. – Vol. 72, issue 1. – P. 124–133.
3. Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication / R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatr.* – 2005. – Vol. 62. – P. 593–602.
4. Нестеренко М. Жестокое обращение с детьми и запущенность: взгляд на проблему с позиций детской психиатрии / М. Нестеренко, И. Марценковский // *Новости медицины и фармации. Психиатрия*. – 2011. – № 8 (362). – С. 24–26.
5. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma / B. A. Van der Kolk, S. Roth, D. Pelcovitz [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2005. – Vol. 18, issue 5. – P. 389–399.
6. Husain S. A. The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war / S. A. Husain, M. A. Allwood, D. J. Bell // *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. – 2008. – Vol. 16, issue 1. – P. 52–62.
7. Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: An exploratory study / J. F. Havens, O. G. Gudiño, E. A. Biggs [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2012. – Vol. 25, issue 2. – P. 171–178.
8. Herbert M. Posttraumatic stress disorder in children / M. Herbert. – Leicester: British Psychological Society, 1996.
9. Yule W. Posttraumatic stress disorders // *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* / M. Rutter, E. Taylor and L. Hersov (eds.). – 3rd ed. – Oxford: Blackwell, 1995. – P. 392–406.
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) // American Psychiatric Association. – Washington, DC: Author, 2013.
11. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria / D. G. Kilpatrick, H. S. Resnick, M. E. Milanak [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 2013. – Vol. 26. – P. 537–547. DOI: 10.1002/jts.21848.
12. Scheeringa M. S. PTSD for children 6 years and younger / M. S. Scheeringa // National Center for PTSD: US Department of Veteran Affairs. – 2013. Retrieved from: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd_children_6_and_younger.asp.
13. The development and wellbeing assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology / R. Goodman, T. Ford, H. Richards [et al.] // *Journal of child psychology and psychiatry*. – 2000. – Vol. 41, issue 5. – P. 645–655.
14. Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version / R. S. Pynoos, F. W. Weathers, A. M. Steinberg [et al.] // Scale available from the National Center for PTSD at: www.ptsd.va.gov.
15. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale / E. O. Poznanski, J. A. Grossman, Y. Buchsbaum [et al.] // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. – 1984. – Vol. 23, issue 2. – P. 191–197.
16. Achenbach T. M. Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR // T. M. Achenbach, L. Dumenci, L. A. Rescorla // Burlington, VT: University of Vermont, 2001.
17. Hirschi T. Age and the explanation of crime / T. Hirschi, M. Gottfredson // *American journal of sociology*. – 1983. – Vol. 89, issue 3. – P. 552–584.
18. Marshall A. D. Developmental timing of trauma exposure relative to puberty and the nature of psychopathology among adolescent girls / A. D. Marshall // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – Vol. 55, issue 1. – P. 25–32.
19. Guerra G. Normal development: Infancy, childhood and adolescence / G. Guerra, A. A. Williamson, B. Lucas-Molina // *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter A.2*. – 2012. – P. 1–39.
20. Марценковский И. А. Депрессивные и дисморфные нарушения у детей: взгляд через призму психиатрии развития / И. А. Марценковский, Я. Б. Бикшаева // *Здоров'я України*. – 2007. – № 11/1. – С. 52–54.
21. Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries / M. van Nierop, W. Viechtbauer, N. Gunther [et al.] // *Psychological medicine*. – 2015. – Vol. 45, issue 6. – P. 1277–1288.
22. Psychiatric diagnosis revisited: towards a system of staging and profiling combining nomothetic and idiographic parameters of momentary mental states / J. T. Wigman, J. van Os, E. Thiery [et al.] // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8, issue 3. – P. e59559.

References

1. Khaustova, O., Chaban, O., & Trachuk, L. (2016). Post-traumatic Psychopathological Phenomena Among Children and Adolescents Living in Conflict Region and Surrounding Areas in Eastern Ukraine [Abstract]. *Indian journal of social psychiatry*, vol. 32, issue 4, pp. 423.
2. Somerville, L. H., Jones, R. M., & Casey, B. J. (2010). A time of change: behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and cognition*, vol. 72, issue 1, pp. 124–133.
3. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatr*, vol. 62, pp. 593–602.
4. Nesterenko, M., & Martsenkovsky, I. (2011). Zhestokoe obrashhenie s det'mi i zapushhennost': vzglyad na problemu s pozicij det'skoj psihiatrii [Child abuse and neglect: a view of the problem from the standpoint of child psychiatry]. *Zdorovia Ukrainy – Ukraine's Health*, no. 8 (362), pp. 24–26. (In Russian).
5. Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, vol. 18, issue 5, pp. 389–399.
6. Husain, S. A., Allwood, M. A., & Bell, D. J. (2008). The relationship between PTSD symptoms and attention problems in children exposed to the Bosnian war. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, vol. 16, issue 1, pp. 52–62.
7. Havens, J. F., Gudiño, O. G., Biggs, E. A., Diamond, U. N., Weis, J. R., & Cloitre, M. (2012). Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: An exploratory study. *Journal of traumatic stress*, vol. 25, issue 2, pp. 171–178.
8. Herbert, M. (1996). *Posttraumatic stress disorder in children*. Leicester: British Psychological Society.
9. Yule, W. (1995). Posttraumatic stress disorders. In: M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (eds.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (3rd ed.) (pp. 392–406). Oxford: Blackwell.
10. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.
11. Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 26, pp. 537–547. DOI: 10.1002/jts.21848.
12. Scheeringa, M. S. (2013). PTSD for children 6 years and younger. *National Center for PTSD: US Department of Veteran Affairs*. Retrieved from: http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/ptsd_children_6_and_younger.asp.
13. Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, vol. 41, issue 5, pp. 645–655.
14. Pynoos, R. S., Weathers, F. W., Steinberg, A. M., Marx, B. P., Layne, C. M., Kaloupek, D. G., ... Krieger, J. A. (2015). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 – Child/Adolescent Version*. Scale available from the National Center for PTSD at: www.ptsd.va.gov.
15. Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchsbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L., & Gibbons, R. (1984). Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 23, issue 2, pp. 191–197.
16. Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont.
17. Hirschi, T., & Gottfredson, M. (1983). Age and the explanation of crime. *American journal of sociology*, vol. 89, issue 3, pp. 552–584.
18. Marshall, A. D. (2016). Developmental timing of trauma exposure relative to puberty and the nature of psychopathology among adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 55, issue 1, pp. 25–32.
19. Guerra, G., Williamson, A. A., & Lucas-Molina, B. (2012). Normal development: Infancy, childhood and adolescence. *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Chapter A.2*, pp. 1–39.
20. Martsenkovsky, I. A., & Bikshaieva, Ya. B. (2007). Depressivnye i dismorfnye narusheniya u detej: vzglyad cherez prizmu psihiatrii razvitiya [Depressive and dysmorphic disorders in children: a view through the prism of developmental psychiatry]. *Zdorovia Ukrainy – Ukraine's Health*, no. 11/1, pp. 52–54. (In Russian).
21. Van Nierop, M., Viechtbauer, W., Gunther, N., Van Zelst, C., De Graaf, R., Ten Have, M., ... Outcome of Psychosis (GROUP) investigators. (2015). Childhood trauma is associated with a specific admixture of affective, anxiety, and psychosis symptoms cutting across traditional diagnostic boundaries. *Psychological medicine*, vol. 45, issue 6, pp. 1277–1288.
22. Wigman, J. T., van Os, J., Thiery, E., Derom, C., Collip, D., Jacobs, N., & Wichers, M. (2013). Psychiatric diagnosis revisited: towards a system of staging and profiling combining nomothetic and idiographic parameters of momentary mental states. *PLoS One*, vol. 8, issue 3, pp. e59559.

ВОЗРАСТНОЙ ПОЛИМОРФИЗМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ С ОККУПИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ

Д. И. Марценковский

Актуальность. Дети, подвергшиеся психической травматизации, характеризуются тяжелой аффективной нестабильностью, что может стать основанием для диагностирования у них поведенческих (оппозиционно-демонстративного расстройства, расстройства регуляции настроения с разрушительным поведением), аффективных (тревожного, депрессивного, биполярного) расстройств, расстройств с дефицитом внимания / гиперактивностью. Приведенный клинический полиморфизм приводит к тому, что у детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) часто необоснованно диагностируют другие психические и поведенческие расстройства, назначают ненадлежащую терапию.

Цель – исследовать возрастные особенности клинических проявлений ПТСР у детей внутренне перемещенных лиц с временно оккупированных территорий на Востоке Украины; изучить клинический полиморфизм симптомов депрессии, их роль в экстернализации и интернализации клинической картины ПТСР.

Материалы и методы. Мы обследовали 80 детей и подростков с ПТСР с использованием «Интервью с детьми и подростками» (DAWBA), «Клинической рейтинговой шкалы ПТСР для детей и подростков» (The Clinician – Administered PTSD Scale – CAPS-CA-5), «Рейтинговой шкалы депрессий у детей» (CDRS-R) и «Контрольный перечень симптомов детского поведения» (Child Behavioural Check List – CBCL).

Результаты. Описаны клинические фенотипы ПТСР у детей младшего школьного, среднего школьного и подросткового возраста. По результатам дисперсионного анализа (ANOVA) установлена статистически значимая разница баллов между группами сравнения по CDRS-R ($F(2,77)=18,240, p=0,001$). По результатам апостериорного теста Тьюки установлено, что выраженность проявлений депрессии была значимо ниже у детей младшего ($48,29\pm 8,6, p=0,001$) и среднего школьного возраста ($56,27\pm 7,96, p=0,021$), по сравнению с подростками ($62,18\pm 8,24$), а в группе детей младшего школьного возраста – ниже, по сравнению с детьми среднего школьного возраста ($p=0,004$). По результатам дисперсионного анализа (ANOVA) установлена статистически значимая разница показателей экстернализации по CBCL между группами сравнения ($F(2,77) = 15,159, p = 0,001$). По результатам апостериорного теста Тьюки установлено, что выраженность проявлений экстернализации была значимо ниже среди детей младшего ($58,52\pm 5,83, p=0,001$) и среднего школьного возраста ($63,96\pm 7,57, p=0,014$), по сравнению с подростками ($69,27\pm 7,3$), а в группе младшего школьного возраста – ниже, по сравнению с детьми среднего школьного возраста ($p=0,027$). Тяжесть симптомов при CAPS-CA-5 ($F(2,77)=0,43, p=>0,05$), проявлений интернализации ($F(2,77)=0,245, p=>0,05$) и общих проблем ($F(2,77)=0,139, p=>0,05$) при оценке по CBCL не отличались.

Выводы. Репрезентация симптомов ПТСР у детей и подростков характеризовалась ассоциированным с возрастом клиническим полиморфизмом, сопровождалась тревожными, аффективными и поведенческими симптомами. Высокий уровень интернализации и экстернализации симптомов усложняли диагностику ПТСР.

Тревожные и депрессивные симптомы наблюдали у детей всех возрастных групп сравнения. В клинической картине ассоциированных с травмой психических расстройств у детей младшего возраста преобладали симптомы тревоги, дефицит внимания и импульсивность; с приближением пубертата в клинической картине увеличивался удельный вес депрессивных симптомокомплексов, антисоциального поведения.

Ключевые слова: дети, клинический полиморфизм, ПТСР, депрессивные расстройства.

THE AGE-RELATED POLYMORPHISM OF PTSD AND DEPRESSION IN CHILDREN OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS FROM THE OCCUPIED TERRITORIES

D. I. Martenskovskyi

Background. Children that were exposed to mental trauma are characterized by severe affective instability, that can be a reason for the diagnosis of behavioral (oppositional-defiant disorder, conduct disorders), affective (anxiety, depressive, bipolar) disorders, attention-deficit / hyperactivity disorder. As a result of this clinical polymorphism, children with PTSD are often unreasonably diagnosed with other psychiatric and behavioral disorders and prescribed improper therapy.

Objective. To investigate the age-related features of clinical manifestations of PTSD in children and adolescents of internally displaced persons from temporarily occupied territories on the East of Ukraine. To study the clinical polymorphism of the symptoms of depression, their role in externalization and internalization of the clinical picture of PTSD.

Materials and methods. 80 children and adolescents with PTSD were examined using the “The Development and Well-Being Assessment” (DAWBA), the “The Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents” (CAPS-CA-5), “Children’s Depression Rating Scale” (CDRS-R) and “Child Behavioural Check List (CBCL)”

Results. We described the clinical phenotypes of PTSD in children of different age groups (8–11, 12–15 and 16–18 years old). There was a statistically significant difference between groups in CDRS-R scores as determined by one-way ANOVA ($F(2,77) = 18,240, p = 0,001$). A Tukey post hoc test revealed that the severity of depression was significantly lower among children 8–11 y.o. ($48,29\pm 8,6, p = 0,001$) and 12–15 y.o. ($56,27\pm 7,96, p = 0,021$) compared to the 16–18 y.o. ($62,18 \pm 8,24$). In the group of 8–11 y.o. children results were lower compared to 16–18 y.o. ($p = 0,004$). There was a statistically significant difference between groups in externalization as determined by one-way ANOVA ($F(2,77) = 15,159, p = 0,001$). A Tukey post hoc test revealed that the severity of the manifestations of externalization was significantly lower among children 8–11 y.o. ($58,52\pm 5,83, p = 0,001$) and 12–15 y.o. ($63,96\pm 7,57, p = 0,014$) compared to the 16–18 y.o. ($69,27\pm 7,3$). In the group of 8–11 y.o. children results were lower compared to 16–18 y.o. ($p = 0,027$). There were no difference in one-way ANOVA results of severity of symptoms on CAPS-CA-5 ($F(2,77) = 0,43, p = > 0,05$), manifestations of internalization ($F(2,77) = 0,245, p = > 0,05$) and general problems ($F(2,77) = 0,139, p = > 0,05$).

Conclusion. The presentation of symptoms of PTSD in children and adolescents was characterized by age-associated clinical polymorphism and accompanied by anxiety, affective and behavioral symptoms. The high level of internalizing and externalizing of symptoms complicated the diagnosis of PTSD.

Anxiety and depressive symptoms were observed in children of all age groups of comparison. The symptoms of anxiety, attention deficit disorder and impulsivity were predominant in the clinical picture of trauma-related mental disorders in young children; while with the approaching of puberty was found the increase in depressive symptoms and symptoms of anti-social behavior.

Keywords: children, clinical polymorphism, PTSD, depressive disorders.

Стаття надійшла до редакції 15.02.2018 р.

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

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

MARTSENKOVSKYI Dmytro Ihorovych, MD, Ph.D. student of Department of Psychiatry and Addiction of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: d.martenskovskyi@gmail.com

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

Л. Н. Юрьева¹, А. И. Мамчур¹, Ю. Н. Завалко², С. В. Анисимов², Я. С. Варшавский²,
С. И. Гуца², И. Д. Коссе², А. Н. Лазаренко², Е. О. Латышева², В. А. Малышко², В. А. Михалёва²,
О. А. Подлеснюк², Т. В. Рачинская², А. А. Хохолева², И. Ю. Шевченко², Е. Б. Юрьев²

**ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВОРТИОКСЕТИНА
(БРИНТЕЛЛИКСА) У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ (НАТУРАЛИСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ).
СООБЩЕНИЕ 1. РЕДУКЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ**

¹Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия
Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр

²Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница
Днепропетровского областного совета», г. Днепр

kafpsydnepri@i.ua

Актуальность. Недостаточная эффективность антидепрессантов при различных вариантах депрессии или плохая их переносимость из-за нежелательных побочных эффектов сохраняют актуальной проблему терапии этого расстройства.

Целью нашей работы было изучение фармакотерапевтических особенностей применения вортиоксетина (Бринтелликса) у больных депрессией в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 131 пациент с диагнозом «текущий депрессивный эпизод» по МКБ-10, мужчины (73 чел.) и женщины (58 чел.) в возрасте от 18 до 65 лет. Психометрическую оценку клинических проявлений у больных депрессией осуществляли по шкалам РНQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии.

Результаты. Спустя 4 недели от начала лечения у исследуемых пациентов отмечалось уменьшение выраженности основных симптомов депрессии более чем на 50 %, а средняя суммарная выраженность симптоматики составляла $9,9 \pm 1,1$ балла. 18 пациентов с рекуррентной или биполярной депрессией находились (находятся) под нашим наблюдением от 6 до 16 месяцев. Полная редукция депрессивной симптоматики по шкалам РНQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии имела место не позднее 8 недель от начала лечения, нарушенный депрессией сон нормализовался не позднее 10 недель, а сексуальная дисфункция вследствие депрессии (скорее всего, ангедонии и заторможенности) – не позднее 11 недель.

Выводы. Препарат вортиоксетин (Бринтелликс) оказался эффективным и безопасным антидепрессантом в практике психиатрии для лечения клинической депрессии на разных стадиях – для активного лечения, для стабилизации состояния и для поддерживающей терапии. Прием этого препарата на протяжении нескольких месяцев показал его хорошую эффективность и переносимость у больных с депрессивными расстройствами при субхроническом и хроническом применении в качестве монотерапии. Мы надеемся, что препарат вортиоксетин (Бринтелликс) займет достойное место в практике врача-психиатра.

Ключевые слова:
терапия депрессий,
вортиоксетин
(Бринтелликс),
психометрическая
оценка больных
депрессией,
когнитивный дефицит
при депрессии.

Актуальность. Недостаточная эффективность антидепрессантов при различных вариантах депрессии или плохая их переносимость из-за нежелательных побочных эффектов сохраняют актуальной проблему терапии этого расстройства. В практику психиатрии систематически

внедряют новые лекарственные препараты, уточняют клинические аспекты применения антидепрессантов. Их популярность, как правило, обусловлена, прежде всего, практическим опытом (собственным или опытом своих коллег), а не только данными клинических испытаний.

Вортиоксетин (Бринтелликс) является не только новым лекарственным препаратом, но и представителем нового класса антидепрессантов, так называемых мультимодальных антидепрессантов. Механизм действия вортиоксетина связан со способностью одновременно модулировать активность серотониновых рецепторов и угнетать обратный захват серотонина. Препарат проявляет антагонизм по отношению к серотониновым рецепторам (5-НТ) 5-НТ3А-типа, 5-НТ7-типа и 5-НТ1D-типа, является агонистом 5-НТ1А- и частичным агонистом 5-НТ1В-рецепторов, а также мощным ингибитором обратного захвата серотонина [1–4].

Основная роль в механизме антидепрессивного и анксиолитического действия вортиоксетина принадлежит угнетению обратного захвата серотонина. Одновременная стимуляция 5-НТ1А-рецепторов вызывает быструю десенсибилизацию соматодендрических ауторецепторов, ингибирующих высвобождение серотонина из нервных окончаний, и активацию постсинаптических 5-НТ1А, что, в итоге, приводит к повышению экстрацеллюлярных концентраций серотонина и усилению антидепрессивного эффекта. Вортиоксетин имеет высокое сродство и к другим 5-НТ-рецепторам, связываясь в клинических дозах (5–20 мг) с 50–90 % из них, но вклад каждого из серотониновых рецепторов в реализацию его антидепрессивного эффекта остается не до конца понятным [1–4].

В эпоху господства принципов доказательной медицины описание клинического опыта практических врачей по применению новых лекарственных препаратов порой кажется излишним. Зачем доказывать доказанное ранее, на этапе дорегистрационных или пострегистрационных исследований, проведенных коллегами в других странах? Ответ прост. Это необходимо для адаптации данных доказательной медицины в практике врача-психиатра (в так называемых «полевых условиях») и последующего обсуждения и внедрения этих данных в практику психиатрии и последипломного образования врачей. Ранее нами уже были проведены и опубликованы данные так называемых «натуралистических исследований», как брендовых, так и генерических психофармакологических средств. Этот опыт мы бы хотели продолжить далее, что и потребовало привлечения большого количества соавторов. Помимо этого, нами были использованы методологические приемы, разработанные ранее для оценки эффективности фармакотерапии [5].

Целью нашей работы было изучение фармакотерапевтических особенностей применения вортиоксетина (Бринтелликса) у больных депрессией в реальной клинической практике.

Материалы и методы исследования

В исследовании принял участие 131 пациент с диагнозом «текущий депрессивный эпизод» по МКБ-10 (табл. 1), мужчины (73 чел.) и женщины (58 чел.) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 36,5±0,4 лет). Психометрическая оценка клинических проявлений у больных депрессией осуществлялась по шкалам PHQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии [6–7].

Мы построили свою работу на принципах натуралистического исследования, то есть назначали ворти-

оксетин всем пациентам, которые имели показания и не имели противопоказаний к назначению препарата согласно инструкции к применению (табл. 1). Официальным показанием к применению вортиоксетина является так называемое большое депрессивное расстройство – термин, применяемый скорее в американских, а не в европейских, и, тем более, в украинской классификации (МКБ). Поэтому существует некоторая путаница в определении показаний к применению. Мы исходили из того, что синонимом большого депрессивного расстройства является термин «клиническая депрессия». В реальной практике психиатра встречаются одиночные и повторяющиеся клинические эпизоды депрессии, как при собственно аффективных расстройствах, так и при депрессиях разного генеза (психогенных, органических, эндогенных и пр.). При этом показания для назначения новых антидепрессантов больным с клинической депрессией, например, органического генеза, отсутствуют. Из-за отсутствия данных доказательной медицины 1–2 уровней при включении больных в наше исследование мы использовали данные эмпирических исследований.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов диагностировали депрессивный эпизод (выраженность депрессии – от умеренной до тяжелой) впервые выявленный (42 больных), при рекуррентном депрессивном расстройстве (51 больных), биполярном аффективном расстройстве (13 больных). У 17 больных диагностирована органическая депрессия, у 8 – постшизофреническая депрессия.

Таблица 1. Нозологическая принадлежность обследованных больных

Диагноз	Количество обследованных больных, чел.
Депрессивный эпизод	42
Рекуррентное депрессивное расстройство	51
Биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод	13
Органическое депрессивное расстройство	17
Постшизофреническая депрессия	8

Для 46 пациентов вортиоксетин был стартовым препаратом. Остальные больные были переведены на вортиоксетин по их желанию в связи с неэффективностью (недостаточной эффективностью) предшествующей терапии. Определяющими для перехода с предшествующей терапии на вортиоксетин были следующие критерии:

- депрессивные симптомы не контролировались (недостаточно контролировались) предшествующей терапией;
- отсутствие необходимости седации;
- наличие признаков сексуальной дисфункции;
- жалобы на чрезмерное увеличение веса;
- ухудшение когнитивных функций;
- наличие холинергических и гистаминергических побочных эффектов.

Психическое состояние больных до включения в исследование и динамику выраженности клинической симптоматики оценивали при помощи опросника депрессии PHQ-9. Пациента просили ответить на вопросы:

«Беспокоили ли Вас следующие проблемы в течение последних двух недель?». Для каждого вопроса были предусмотрены четыре возможных ответа с соответствующей оценкой: 1) не каждый день (0 баллов), 2) несколько дней (1 балл), 3) более чем в половине дней (2 балла), 4) почти каждый день (3 балла). Пациенту предлагали ответить на следующие вопросы: «В последние две недели, Вы испытывали»: 1. Отсутствие интереса к происходящим событиям? (ангедония) 2. Безразличие, подавленность? 3. Проблемы с засыпанием, бессонницу, или наоборот, спали слишком много? 4. Чувство усталости или упадок сил? 5. Отсутствие аппетита или переедание? 6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью? 7. Трудно сосредоточиться на чтении или просмотре телевизора? 8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно? 9. Мысли о самоубийстве или причинении себе вреда?

При интерпретации результатов подсчитывали общий балл. Выраженность депрессии оценивали следующим образом: 1–4 балла – отсутствие депрессии (доклинический уровень); 5–9 баллов – легкая депрессия; 10–14 баллов – умеренная депрессия; 15–19 баллов – тяжелая депрессия; 20–27 баллов – крайне тяжелая депрессия. Отдельно учитывали выраженность нарушения адаптации.

Пациенты получали стационарное лечение в отделениях коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», а также амбулаторное поддерживающее лечение. Продолжительность приема вортиоксетина у 111 больных составляла не менее 1 месяца, у 20 пациентов 6–16 месяцев.

Вортиоксетин назначали внутрь однократно утром во время еды с учетом фармакокинетики препарата, данных литературы и собственного опыта. Начальная доза препарата составляла 10 мг/сут. В некоторых случаях по клиническим показаниям дозу повышали до 20 мг/сут, не ранее чем через 4 недели от начала лечения.

Наши исследования показали, что до начала лечения средняя суммарная выраженность симптоматики составляла $22,6 \pm 2,5$ балла (рис. 1). При этом выраженность ангедонии составила $2,6 \pm 0,2$ балла. Больные отмечали подавленность ($2,7 \pm 0,2$ балла), нередко случались нарушения сна ($2,4 \pm 0,1$ балла). Преобладали ранние пробуждения (на 2 часа и более раньше обычного времени), реже отмечался прерывистый сон, ещё реже – нарушения засыпания. Ключевым симптомом являлся так называемый недостаток энергичности ($2,7 \pm 0,4$ балла), который и определял, прежде всего, нарушение адаптационных возможностей больных. Достаточно часто имели место нарушения аппетита ($2,8 \pm 0,3$ балла), причем приблизительно в равной степени наблюдались и отсутствие (снижение) аппетита, и его повышение, особенно вечером. Тяжелые мысли о собственной несостоятельности в той или иной степени были характерны практически для всех больных (средняя суммарная выраженность симптоматики $2,8 \pm 0,4$ балла), нарушения концентрации внимания имели место более чем в половине дней ($2,8 \pm 0,4$ балла). Частыми были жалобы на заторможенность ($2,7 \pm 0,2$ балла). Мысли о смерти встречались нечасто ($1,4 \pm 0,2$ балла), так как пациентов с выраженными суицидальными тен-

денциями в исследование не включали. Выраженность нарушения адаптации составила $2,5 \pm 0,24$ балла.

Спустя 2 недели после начала лечения у наших пациентов отмечалась заметная редукция основных симптомов депрессии. Средняя суммарная выраженность симптоматики составляла $15,5 \pm 1,7$ балла. При этом выраженность ангедонии составила $1,5 \pm 0,1$ балла. Больные отмечали снижение подавленности ($2,1 \pm 0,1$ балла), наметилась тенденция к восстановлению нарушений сна ($2,0 \pm 0,1$ балла). Пациенты отмечали, что больше времени были энергичными ($1,8 \pm 0,1$ балла), однако по-прежнему не могли выполнять обычную работу или справляться с обязанностями в семье. Выраженность нарушения адаптации составила $1,9 \pm 0,2$ балла. Сохранились нарушения аппетита ($2,0 \pm 0,2$ балла), особенно его повышение. Заметно уменьшались выраженность и число мыслей о собственной несостоятельности (средняя суммарная выраженность симптоматики $1,8 \pm 0,2$ балла), нарушений концентрации внимания ($1,9 \pm 0,2$ балла), жалоб на заторможенность ($1,6 \pm 0,2$ балла). Отмечалось уменьшение выраженности суицидальных тенденций ($0,8 \pm 0,2$ балла).

Спустя 4 недели после начала лечения отмечалось уменьшение более чем на 50 % выраженности основных симптомов депрессии у исследуемых пациентов, средняя суммарная выраженность симптоматики составила $9,9 \pm 1,1$ балла. При этом более чем на половину уменьшилась выраженность ангедонии ($1,2 \pm 0,1$ балла). Изредка отмечалась подавленность ($1,1 \pm 0,1$ балла), восстанавливался сон (выраженность нарушений $1,2 \pm 0,1$ балла), пациенты чувствовали себя более энергичными ($1,2 \pm 0,1$ балла), были готовы вернуться к выполнению обычной работы и к обязанностям в семье. Выраженность нарушения адаптации составила $0,9 \pm 0,1$ балла. Большая часть больных отмечала нормальный аппетит ($1,2 \pm 0,2$ балла), полное отсутствие или незначительную выраженность мыслей о собственной несостоятельности (средняя суммарная выраженность симптоматики $1,1 \pm 0,2$ балла), нарушений концентрации внимания ($1,3 \pm 0,2$ балла). Некоторая заторможенность отмечалась лишь у небольшого числа пациентов ($1,1 \pm 0,1$ балла), суицидальные мысли редуцировались практически полностью ($0,4 \pm 0,1$ балла).

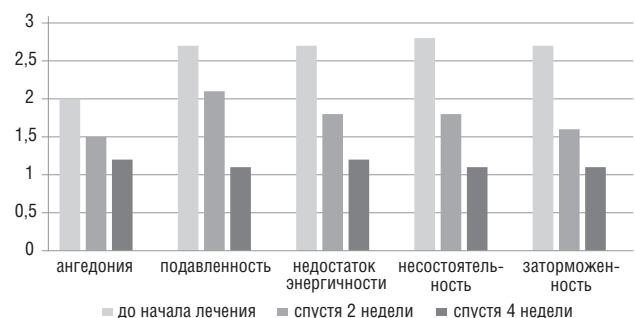


Рис. 1. Средняя суммарная выраженность симптоматики по шкале депрессии PHQ-9 в динамике фармакотерапии вортиоксетин

18 пациентов с рекуррентной или биполярной депрессией находились (находятся) под нашим наблюдением от 6 до 16 месяцев. Полная редукция депрессивной симптоматики имела место не позднее 8 недель от начала лечения по шкалам PHQ-9 и шкале восприятия когнитивного дефицита при депрессии, нарушенный депрессией сон нормализовался не позднее 10 недель, а сексуальная дис-

функция вследствие депрессии (скорее всего, ангедонии и заторможенности) – не позднее 11 недель.

Выводы

Препарат вортиоксетин (Бринтелликс) оказался эффективным и безопасным антидепрессантом в практике психиатрии для лечения клинической депрессии на разных стадиях – для активного лечения, для стабилизации состояния и для поддерживающей терапии. Прием вортиоксетина на протяжении нескольких месяцев показал его хорошую эффективность и переносимость у больных с депрессивными расстройствами при субхроническом и хроническом применении в качестве монотерапии. Мы надеемся, что вортиоксетин (Бринтелликс) займет достойное место в практике врача-психиатра.

Список использованной литературы

1. Safety, tolerability, and efficacy of vortioxetine (Lu AA21004) in major depressive disorder: results of an open-label, flexible-dose, 52-week extension study / M. Y. Alam, P. L. Jacobsen, Y. Chen [et al.] // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2013. – Vol. 29, issue 1. – P. 36–44. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000010.
2. Brintellix™ (vortioxetine tablets): EU summary of product characteristics // European Medicines Agency. – 2014. Retrieved from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002717/WC500159449.pdf (Accessed 20 June 2014).
3. Pharmacological effects of Lu AA21004: a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder / A. Mork, A. Pehrson, L. T. Brennum [et al.] // *J. Pharmacol. Exp. Ther.* – 2012. – Vol. 340, issue 3. – P. 666–675. DOI: 10.1124/jpet.111.189068.
4. Шагиахметов Ф. Ш. Вортиоксетин: механизмы мультимодальности и клиническая эффективность / Ф. Ш. Шагиахметов, П. К. Анохин, И. Ю. Шамакина // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2016. – Т. 26, № 4. – С. 84–102.

5. Мамчур А. И. Клинико-нейрофизиологическая оценка депрессивных расстройств и оптимизация лечения антидепрессантами: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Киев, 1999. – 19 с.
6. Spitzer R. L. Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. Williams // *JAMA.* – 1999. – Vol. 282, issue 18. – P. 1737–1744.
7. Kroenke K. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. Williams // *J. Gen. Intern. Med.* – 2001. – Vol. 16, issue 9. – P. 606–613.

References

1. Alam, M. Y., Jacobsen, P. L., Chen, Y., Serenke, M., & Mahabeshwarkar, A. R. (2013). Safety, tolerability, and efficacy of vortioxetine (Lu AA21004) in major depressive disorder: results of an open-label, flexible-dose, 52-week extension study. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, vol. 29, issue 1, pp. 36–44. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000010.
2. Brintellix™ (vortioxetine tablets): EU summary of product characteristics (2014). *European Medicines Agency*. Retrieved from: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002717/WC500159449.pdf (Accessed 20 June 2014).
3. Mork, A., Pehrson, A., Brennum, L. T., Nielsen, S. M., Zhong, H., Lassen, A. B., ... Stensbøl, T. B. (2012). Pharmacological effects of Lu AA21004: a novel multimodal compound for the treatment of major depressive disorder. *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, vol. 340, issue 3. – P. 666–675. DOI: 10.1124/jpet.111.189068.
4. Shaghiakhmetov, F. Sh., Anokhin, P. K., & Shamakina, I. Yu. (2016). Vortioxetine: mehanizmy mul'timodal'nosti i klinicheskaja jeffektivnost' [Vortioxetine: multimodality mechanisms and clinical efficacy]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 26, no. 4, pp. 84–102. (In Russian).
5. Mamchur, O. Y. (1999). *Kliniko-nejrofiziolozicheskaia ocenka depressivnyh rasstrojstv i optimizacija lechenija antidepressantami* [Clinical and neurophysiological evaluation of depressive disorders and optimization of antidepressant treatment]. *Extended abstract of Candidate's thesis*, Kyiv, 19 p. (In Russian).
6. Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Patient Health Questionnaire Study Group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA*, vol. 282, issue 18, pp. 1737–1744.
7. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, Vol. 16, issue 9. – P. 606–613.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВОРТИОКСЕТИНУ (БРИНТЕЛЛІКСУ)

У ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЮ (НАТУРАЛІСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ). ПОВІДОМЛЕННЯ 1. РЕДУКЦІЯ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ

Л. М. Юр'єва, О. Й. Мамчур, Ю. М. Завалко, С. В. Анісімов, Я. С. Варшавський, С. І. Гуца, І. Д. Коссе, А. М. Лазаренко, О. О. Латішева, В. О. Малишко, В. А. Михальова, О. А. Подлеснюк, Т. В. Рачинська, А. О. Хохолева, І. Ю. Шевченко, Є. Б. Юр'єв

Актуальність. Недостатня ефективність антидепресантів при різних варіантах депресії або погана їх переносимість через небажані побічні ефекти зберігають актуальною проблему терапії цього розладу.

Метою нашої роботи було вивчення фармакотерапевтичних особливостей застосування вортиоксетину (Бринтелліксу) у хворих на депресію в реальній клінічній практиці.

Матеріали та методи. У дослідженні взяв участь 131 пацієнт з діагнозом «поточний депресивний епізод» за МКХ-10, чоловіки (73 особи) і жінки (58 осіб) у віці від 18 до 65 років. Психометричну оцінку клінічних проявів у хворих на депресію здійснювали за шкалами PHQ-9 і шкалою сприйняття когнітивного дефіциту при депресії.

Результати. Через 4 тижні від початку лікування у досліджуваних пацієнтів відзначалося зменшення вираженості основних симптомів депресії більш ніж на 50 % та середньої сумарної вираженості симптоматики. 18 пацієнтів з рекурентною або біполярною депресією перебували (перебувають) під нашим наглядом від 6 до 16 місяців. Повна редукція депресивної симптоматики відбувалася не пізніше 8 тижнів від початку лікування за шкалами PHQ-9 і шкалою сприйняття когнітивного дефіциту при депресії, порушений депресією сон нормалізувався не пізніше 10 тижнів, а сексуальна дисфункція внаслідок депресії (швидше за все, ангедонія та загальмованість) – не пізніше 11 тижнів.

Висновки. Препарат вортиоксетин (Бринтеллікс) виявився ефективним і безпечним антидепресантом в практиці психіатрії для лікування клінічної депресії на різних стадіях – для активного лікування, для стабілізації стану і для підтримувальної терапії. Прийом вортиоксетину протягом декількох місяців показав його хорошу ефективність і переносимість у хворих з депресивними розладами при субхронічному та хронічному застосуванні у вигляді монотерапії. Ми сподіваємося, що препарат вортиоксетин (Бринтеллікс) займе гідне місце в практиці лікаря-психіатра.

Ключові слова: терапія депресії, вортиоксетин (Бринтеллікс), психометрична оцінка пацієнтів з депресією, когнітивний дефіцит при депресії.

PHARMACOTHERAPEUTIC FEATURES OF VORTIOXETINE (BRINTELLIX) IN PATIENTS WITH DEPRESSION (NATURALISTIC INVESTIGATION).

MESSAGE 1: REDUCTION OF CLINICAL SYMPTOMATICS

L. M. Yur'yeva, O. Y. Mamchur, Yu. M. Zavalko, S. V. Anisimov, Ya. S. Varshavskiy, S. I. Hushcha, I. D. Kosse, A. M. Lazarenko, O. O. Latysheva, V. O. Malyshko, V. A. Mykhaliova, O. A. Podlesniuk, T. V. Rachynska, A. O. Khokholeva, I. Yu. Shevchenko, Ye. B. Yur'yev

Background. Insufficient effectiveness of antidepressants in various types of depression or poor tolerance of the latter due to undesirable side effects retains an urgent problem of therapy for depression.

Objective. The purpose of our work was to study the pharmacotherapeutic features of the use of vortioxetine (Brintellix) in patients with depression in real clinical practice.

Materials and methods. The study involved 131 patients diagnosed with the current depressive episode of ICD-10, men (73 persons) and women (58 persons) aged 18 to 65 years. Psychometric evaluation of clinical manifestations in patients with depression was carried out according to the scales (PHQ-9) and the Perceived Deficits Questionnaire.

Results. After 4 weeks from the start of treatment, there was a decrease in the expression of more than 50 % of the main symptoms of depression in the patients under study. The average total symptom score was 9.9–1.1 points. 18 patients with recurrent or bipolar depression were under our supervision for 6–16 months. A complete reduction of depressive symptoms occurred no later than 8 weeks from the start of treatment on the scales (PHQ-9) and the Perceived Deficits Questionnaire, disturbed sleep depression – no later than 10 weeks, and sexual dysfunction due to depression (most likely anhedonia and inhibition) not later than 11 weeks.

Conclusions. Thus, the drug vortioxetine (Brintellix) proved to be an effective and safe antidepressant in the practice of psychiatry for the treatment of clinical depression at different stages – active treatment, stabilization of the condition and for maintenance therapy. Administration of vortioxetine for several months has shown its good efficacy and tolerability for patients with depressive disorders in subchronic and chronic use as monotherapy and, we hope, will take a worthy place in the practice of a psychiatrist.

Keywords: depression therapy, vortioxetine (Brintellix), psychometric evaluation of depressed patients, cognitive deficiency in depression.

Стаття надійшла до редакції 22.02.2018 р.

ЮРЬЕВА Людмила Николаевна, д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

МАМЧУР Александр Иосифович, к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: malexan@i.ua

ЗАВАЛКО Юрий Николаевич, к.мед.н., главный врач коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», г. Днепр, Украина; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

АНИСИМОВ Сергей Викторович, ВАРШАВСКИЙ Яков Семенович, ГУЩА Светлана Ильинична, КОССЕ Инна Давыдовна, ЛАЗАРЕНКО Анатолий Никитович, ЛАТЫШЕВА Елена Олеговна, МАЛЫШКО Виктория Александровна, МИХАЛЁВА Виктория Анатольевна, ПОДЛЕСНЮК Оксана Анатольевна, РАЧИНСКАЯ Татьяна Викторовна, ХОХОЛЕВА Анна Алексеевна, ШЕВЧЕНКО Ирина Юрьевна, ЮРЬЕВ Евгений Борисович – врачи коммунального учреждения «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», г. Днепр, Украина; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти ДУ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

МАМЧУР Олександр Йосипович, к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии факультета последипломной освіти ДУ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна; e-mail: malexan@i.ua

ЗАВАЛКО Юрій Миколайович, к.мед.н., головний лікар комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпро, Україна; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

АНИСИМОВ Сергій Вікторович, ВАРШАВСЬКИЙ Яків Семенович, ГУЩА Світлана Іллівна, КОССЕ Інна Давидівна, ЛАЗАРЕНКО Анатолій Микитович, ЛАТЫШЕВА Олена Олегівна, МАЛЫШКО Вікторія Олександрівна, МИХАЛЬОВА Вікторія Анатоліївна, ПОДЛЕСНЮК Оксана Анатоліївна, РАЧИНСЬКА Тетяна Вікторівна, ХОХОЛЕВА Анна Олександрівна, ШЕВЧЕНКО Ірина Юріївна, ЮР'ЄВ Євген Борисович – лікарі комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпро, Україна; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

YUR'YEVA Lyudmila Mykolaivna, MD, PhD, professor, Head of the Department of Psychiatry, Faculty of Postgraduate Education, State Institution "Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

MAMCHUR Oleksandr Yosypovych, MD, PhD, Assistant of the Department of Psychiatry, Post-Diploma Education Department, Dnepropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine, Dnipro, Ukraine; e-mail: malexan@i.ua

ZAVALKO Yuriy Mykolaiovych, MD, PhD, Head physician of the communal institution "Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital of the Dnepropetrovsk Regional Council", Dnipro, Ukraine; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

ANISIMOV Serhii Viktorovych, VARSHAVSKIY Yakiv Semenovych, HUSHCHA Svitlana Illivna, KOSSE Inna Davydivna, LAZARENKO Anatolii Mykytovych, LATYSHEVA Olena Olehivna, MALYSHKO Viktoriia Oleksandrivna, MYKHALIOVA Viktoriia Anatoliivna, PODLESNIUK Oksana Anatoliivna, RACHYNSKA Tetiana Viktorivna, KHOKHOLEVA Anna Oleksiivna, SHEVCHENKO Iryna Yuriivna, YUR'YEV Yevhen Borysovych – doctors of the public institution "Dnepropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital of the Dnepropetrovsk Regional Council", Dnipro, Ukraine; e-mail: kafpsydnpr@i.ua

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89:615.851.5:165.62

В. С. Забор, О. О. Фільц

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОПАТОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

7vita_z@ukr.net

Актуальність. Феноменологія Е. Гуссерля, М. Хайдеггера та К. Ясперса вплинула в свій час не лише на психопатологію, а й, згодом, на психотерапію, хоча специфіка її застосування у цих двох галузях дещо відрізняється. Цілий ряд психотерапевтичних шкіл використовують феноменологічний підхід у своїй практиці. Зокрема, низка досліджень в екзистенційно-аналітичному підході стосуються феноменології як центрального методу в контексті обґрунтування і розробки психотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні пограничної психічної патології.

Мета – вивчити історичні аспекти та особливості застосування феноменологічного методу в контексті психопатології та екзистенційно-аналітичної психотерапії.

Матеріали та методи. Проаналізовано 14 тематичних літературних джерел з описом історії виникнення феноменології як методу та її практичного застосування. 75 пацієнтам з тривожно-астеничними розладами було проведено 10–15 сесій короткотривалої стаціонарної психотерапії з використанням феноменологічного підходу.

Було використано інформаційно-аналітичний, клініко-психологічний та феноменологічний методи.

Результати. Спираючись на дескриптивну психологію Е. Гуссерля та герменевтичну феноменологію М. Хайдеггера з редукцією, конструкцією та деструкцією в статті розглянуті історія та особливості застосування феноменологічного методу в рамках психопатології та екзистенційного аналізу А. Ленгле. У практиці стаціонарної психотерапії феноменологію використовували як метод осягнення суб'єктивних смислів та цінностей пацієнтів, які мали для них динамічну силу, як метод розуміння того, як самі пацієнти переживали себе і свою життєву ситуацію.

Висновки. Феноменологічний метод, впроваджений у психопатологію К. Ясперсом – це виявлення, відбір, диференціювання, опис та систематизація психічних феноменів; як дескриптивний метод, окремішній від методу розуміючої психології. В екзистенційній психотерапії обидва названі методи поєднуються, провадять до розширеного розуміння пацієнта і перетворюються на послідовні кроки персонального екзистенційного аналізу (ПЕА).

Ключові слова:
феноменологія,
феноменологічний
метод, екзистенційна
психотерапія,
персональний
екзистенційний аналіз
А. Ленгле.

Історію виникнення феноменології, як методу, можна прояснити, виходячи з історичного положення філософії та науки в останні десятиліття XIX ст. У своїй роботі «Пролегомени до історії поняття часу» М. Хайдеггер писав, що в той час за своїм сутнісним характером філософія представляла собою теорію науки; логіку наукового знання; її власним об'єктом був факт науки [1]. У всіх наукових дисциплінах панував позитивізм, який передбачав можливість логічної інтерпретації будь-яких фактів реальності. Факти, натомість, розуміли як те, що можна обчислити, зважити, виміряти і перевірити

в експерименті. Всі сили науки сконцентрувались лише на двох типах досвіду: історичний світ і досвід природи. Єдине, що на той час залишилось від живої філософської думки, набуло обрисів неприхованого матеріалізму, у вигляді так званого природничо-наукового світогляду. Природничо-наукові погляди поширилися на сфери фізіологічного і біологічного. Разом зі сферою фізіологічного в горизонт природничо-наукової постановки питань увійшло і душевне життя, насамперед ті його складові, які тісно пов'язані з фізіологією. Психологію в той час розуміли як науку про свідомість. Як показує

основна праця Вільгельма Вундта (1832–1920 рр.), це була фізіологічна психологія, в якій робились спроби природничо-науковими засобами розкривати і душевне життя, і дух [1, 2]. Домінування позитивізму було порушене аналітичною філософією Франца Brentano [1, 3, 4]. Саме він дозволив собі не переносити природничо-наукового методу на душевне життя. У роботі «Психологія з емпіричної точки зору» він писав про необхідність відрізняти психічні феномени від фізичних, і вказував, що всякому переживанню притаманне дещо «предметне» (в пізнавальному сенсі) – інтенційність. *Intentio* – термін зі схоластики, що означає «спрямованість на щось» [1]. Brentano підкреслював, що вже Арістотель покладав подібне поняття в основу вивчення психічних феноменів, що в подальшому було догматизовано у схоластиці. Серед способів спрямованості на той чи інший предмет Brentano розрізняв три основні класи інтенційності: а) представлення в сенсі уявного переживання, б) судження, в) інтерес (або ціннісне відношення). Тим самим в психології і філософії виникла нова тенденція – описова психологія, яка виявила виразний вплив на Дільтея [1, 2]. У роботі «Ідеї до описової і аналітичної психології» (1894 р.) він намагався зробити психологію основною наукою про дух. Учень Франца Brentano, Едмунд Гуссерль, також висував мету побудови універсальної науки (універсальної філософії), яка мала б абсолютно строге обґрунтування і слугувала б основою не лише для всіх наук, але й для пізнання взагалі. Такою наукою і повинна була стати феноменологія [1–4].

Психіатрія початку ХХ століття, з її численними класифікаціями, теоріями, гіпотезами, виявилась надзвичайно сприятливою для цього, оскільки саме феноменологія обіцяла дати не лише нові критерії дослідження й тлумачення психічної патології, а й можливість осмислення власної науковості (К. Ясперс, 1913 р.) [2, 5].

Однак при екстраполяції феноменології в простір клініки виникають деякі неоднозначності. Сам засновник феноменології ніколи не давав розгорнутого аналізу психічної патології і вказівок щодо можливостей і меж застосування методу в психіатричній клініці. Тому ствердження щодо прямого «учнівства» не зовсім правомочні. «Хто гарантує, що психіатр, що є учнем Гуссерля в філософії, залишається його учнем, як лікар?» – відмічав Г. Лантері-Лора [2]. Тому, мабуть, справедливіше говорити про натхнення феноменологією, ніж про пряме її запозичення. До робіт, які формують комплекс феноменологічних впливів у психіатрії, можна віднести монографії, статті і лекції Гуссерля – «Логічні дослідження», «Філософія, як строга наука», «Ідеї до чистої феноменології і феноменологічної філософії», «Лекції по феноменології внутрішньої свідомості», «Основні проблеми феноменології» [2, 3] тощо. В комплексі впливів, які ці роботи могли мати на формування теоретичних основ психіатрії, можна виділити такі блоки: 1) ідея феноменологічного методу і феноменології, як нової стратегії дослідження; 2) процедура феноменологічної редукції; 3) ідея апіоризму в дослідженні свідомості; 4) феноменологічна концепція часу. Перші два положення зумовили методологічну специфіку, інші два (на яких

у даній статті ми зупиняться не будемо) – своєрідність змісту і проблематики [2, 3].

Феноменологічна редукція – одне з центральних понять феноменології Гуссерля, пов'язане з процесом звільнення свідомості від натуралістичної установки, згідно з якою – речі нам даються як такі, що існують поза людською свідомістю, в просторі і часі. Людина бачить їх не як образи, що знаходяться в її свідомості, а як трансцендентальну¹ для свідомості фізичну дійсність. Переходячи від сприйняття світу в натуралістичній установці до концентрування на самих переживаннях свідомості (в рефлексії), людина отримує можливість здійснення феноменологічної редукції. Феноменологічна редукція проводиться поряд з так званим *Epoche* (εποχή) – тобто «ігноруванням» попередніх суджень і досвіду про реальний світ. Цей грецький термін, близький за змістом до поняття «*adoxia*» Піррона, – передбачає те, що не вимагає попередніх суджень, доки не будуть знайдені останні аподиктичні, строго необхідні, незаперечувані описові дані. «Феноменологічна редукція в цілому – це сукупність різних форм редукцій: феноменологічно-психологічної, ейдетичної і трансцендентальної. Феноменологічно-психологічна і ейдетична редукції дозволяють здійснити «поворот» від сприйняття світу в природничій установці до сконцентрування на самих переживаннях свідомості, а потім перейти від індивідуального (мого суб'єктивного) споглядання до споглядання сутностей [1, 3–5]. Це, так би мовити, дорога пізнання, від індивідуального переживання до узагальненої сутності речей. На цьому шляху виявляється ноетико-ноематична структура свідомості, тобто її здатність пізнавати феномени зовнішнього світу. В психопатології можна практикувати лише ейдетичну редукцію. Трансцендентальна редукція залишається за її межами. Слід зазначити, що досвід психічно хворої людини не може бути повністю винесений за рамки теорії, оскільки з необхідністю мусить включитись в систему первинних припущень класичної психіатрії.

Таким чином, гуссерліанський вплив сформував щось на кшталт феноменологічного погляду в клініці, що з необхідністю вплинуло як на практику, так і на теорію психіатрії. Практика психіатрії стала обмежувачем феноменологічного методу, сформувавши здебільшого дескриптивну орієнтацію. Це, передусім, тому, що повної редукції при дослідженні патологічних душевних феноменів «здорова свідомість» досягти не може. Її можна лише описувати як певні сутності.

Починаючи з 1910 року Карл Ясперс періодично посилався на Гуссерля в своїх роботах, визнаючи його вплив на формування своїх поглядів. Про це він писав у «Філософській автобіографії»: «Феноменологію Гуссерля, яку він спочатку називав дескриптивною психологією, я сприйняв і використав в якості методу, при цьому не приймаючи її подальшого розвитку і перетворення в споглядання сутностей. Описувати внутрішнє переживання хворого, як деяке явище в свідомості, виявилось справою можливою і вдячною. Феноменологія стала методом дослідження» [2, 5].

Однак сама специфіка застосування – споглядання феноменальної реальності психічно хворого, а також взаємодія хворого і психіатра, призвели до важливої відмінності феноменології як дескриптивної психології у Гуссерля і

¹Трансцендентальна тут – така, що може існувати поза фактом усвідомлення (так би мовити, до моменту усвідомлення).

Ясперса. А саме: феноменологічний метод трансформувалася з інтрасуб'єктивного в інтерсуб'єктивний. Таким чином, феноменологія Ясперса – емпіричний метод дослідження, в основі якого лежить інформація, що надходить від психічно хворої людини. Основна сфера її дослідження – переживання (Erleben), тобто все, що відбувається в свідомості хворих. Ясперс, слідом за Гуссерлем, говорить також про переживання як про потік свідомості – єдиний нерозчленований потік психічних подій, що перебігає по своєму в будь-кого з людей. Безпосереднє переживання завжди є сукупністю відношень, в основі якого лежать: 1) переживання часу і простору; 2) усвідомлення власної тілесності; 3) переживання оточуючої дійсності. Феноменологія, на протипагу генетичному розумінню (тобто такому, при якому ми розуміємо, як одне психічне явище впливає з іншого), підготовчим етапом якого вона є, постає як розуміння статичне. Вона має справу лише з усвідомленими данностями психічного [2, 5]. У процесі дослідження на феноменологічному етапі Ясперс також вдавався до епохе: «Ми мусимо відставити всі успадковані теорії, психологічні конструкції або матеріалістичні міфології про душевні процеси, ми мусимо чистими звернутись до того, що ми можемо в його дійсному бутті зрозуміти, осмислити, розрізнити і описати. Це, як вчить досвід, важке завдання», – підкреслював він, без сумніву, слідуючи за Гуссерлем «назад до самих речей» [5–10].

Найважливіше для феноменології, за Ясперсом, – це глибоке проникнення в кожний окремий випадок. Саме завдяки такому проникненню, а не широті охоплення (кількості випадків), будується феноменологічний досвід. Він намагався охопити одночасно і всі нормальні психічні феномени, і те, що виходить за рамки звичайного: незвичне і несподіване.

Засоби феноменологічного аналізу і встановлення того, що хворий в дійсності переживає, Ясперс ділив на 3 групи: по-перше, проникнення в поведінку, вчинки, виразні рухи; по-друге, дослідження хворих через опитування і їх висловлювання щодо себе; по-третє, письмово викладені самоописи. У всіх випадках лікар займається феноменологією, оскільки він при цьому направлений на психічне, а не на об'єктивні прояви, які є лише тимчасовим і перехідним моментом життя, лише засобом, а не власне предметом дослідження [5].

Феноменологія в психопатології представляє окремі якості і стани, витягнуті з динамічного контексту психічного життя. Вона не дає уявлення про динаміку психічного життя (в тому числі психічного розладу), оскільки феноменологічне розуміння, за Ясперсом, статичне. Ясперс підкреслював: «...феноменологія вчить лише пізнавати форми, в яких протікає все пережите, все психічне дійсне, але вона не вчить пізнавати зміст окремих особистісних переживань і позасвідомі основи, на яких плаває, наче піна на морі у вигляді тонкої поверхні. Прагнення проникнути в глибини позасвідомого через пізнані зв'язки буде збуджувати більше, ніж створення феноменологічних визначень, точне розрішення яких є попередньою

умовою для всіх подальших досліджень. Лише в феноменологічно виявлених формах відбувається і розігрується дійсне психічне життя, доступне нашому безпосередньому сприйняттю. Для повного осягнення ми все ж будемо вивчати і позасвідомі зв'язки». Слід зазначити, що в статті «Феноменологічний напрямок досліджень в психопатології» [5], як і в «Загальній психопатології» [2], Ясперс спочатку змішував розуміючу психологію і феноменологію, використовуючи термін «розуміюче переживання», або називав розуміння одним з методів феноменології. Однак згодом, для того, щоб розділити ці дві області, він якраз і ввів терміни «статичне розуміння» і «генетичне розуміння», позначаючи першим феноменологічне розуміння душевних станів, яке осмислює лише факти, переживання, а другим – розуміння зв'язків душевних переживань [2, 5].

Вказівка на важливість розуміння в психіатрії була присутня задовго до Ясперса, але саме він сформував довкола цього єдину теоретичну систему. Витоками теорії розуміння Ясперса були роботи М. Вебера, В. Дільтея, Г. Зіммеля. Сама ж розуміюча психопатологія Ясперса – це описова психологія Дільтея, застосована до галузі психопатології. В основі розуміння лежить те, що Ясперс називав фундаментальними моделями людського (Entwürfe des Menschseins) – інтуїтивне осягнення через емпатію того, чим є і може бути людина, відтворення образу індивіда в контексті його світу. Схожим є визначення розуміння Дж. Нідлмана: «Зрозуміти річ, феномен, ідею або досвід, значить підійти до об'єкта, який слід зрозуміти, на його умовах, бачити в ньому структури, які виявляються з його сторони, а не з нашої. Зрозуміти об'єкт – значить брати в ньому участь – до тих пір, поки він не уступить свою сутність нам – тим, хто розуміє» [2, 12].

Ще одне джерело розуміння, за Ясперсом, – особистість дослідника. «Скажи мені, звідки ти черпаєш свою психологію, і я скажу, хто ти», – перефразовував він. Весь культурний спадок лікаря формує здатність до розуміння. Рівень, досягнутий дослідником, визначає міру і направленість розуміння. «Як дослідник в області розуміючої психології я знаходжусь в залежності від джерел мого розуміння, від підтверджень, від сформульованих мною запитань» [5].

Феноменологія Ясперса вплинула не лише на психопатологію, а й, згодом, на психотерапію: цілий ряд психотерапевтичних шкіл, зокрема гуманістичного та екзистенційного напрямків, використовують феноменологічний підхід у своїй практиці [6–8, 10, 11]. В основу феноменологічного підходу в екзистенційному аналізі було покладено герменевтичну феноменологію М. Хайдеггера (один з його засновників А. Ленгле впроваджував її в психотерапевтичний процес спільно з іспанським філософом Н. Еспінозою, учнем М. Хайдеггера). На відміну від Гуссерля, який досліджував, як речі постають перед свідомістю, і тим самим стають для нас «феноменами», тобто явищами, М. Хайдеггер повернувся до грецького походження слова «феномен»: те, що показує себе з себе самого², не важливо для кого/чого, навіть якщо воно

² У греків існує два основних значення слова «феномен». По-перше, це те відкрите, що показує себе самого. По-друге, – видимість, або те, що презентує себе в якості відкритого, але лише видає себе за таке... Тому феномен може бути не даним від початку, феноменологічна робота стає методичним усуненням того, що приховує феномен від нас. Феномен в тому сенсі, в якому його використовували греки, не має нічого спільного з нашим виразом «явища». Слово «явище» використовують, наприклад, говорячи про прояви хвороби. Самі явища є процесами, що відсилають до інших процесів. А за феноменом вже нічого не стоїть [1, 4]. Тому можна припустити, що феномени у використанні К. Ясперса – це і є явища мовою греків.

показується саме для себе (на зразок квітки, яка росте сама для себе). Для Хайдеггера те, в чому являються феномени – це не свідомість, а буття. Іншими словами: для Гуссерля і Ясперса феномени – це явища у нашому психічному усвідомленні, а для Хайдеггера – те, що існує в світі як таке. Тому простір, в якому може явитись пацієнт, – це його власне буття [1, 7, 8].

Низка досліджень в екзистенційно-аналітичному підході стосуються феноменології як центрального методу в екзистенційному аналізі та логотерапії [6–8, 10–13] в контексті обґрунтування і розробки психотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні пограничної психічної патології. З 2014 року екзистенційно-аналітичну психотерапію застосовують у 2 стаціонарному відділенні Львівського обласного психоневрологічного диспансеру. Зокрема, 75 пацієнтам з тривожно-астенічними розладами було проведено 10–15 сесій короткотривалої стаціонарної психотерапії з використанням цього підходу. Феноменологію використовували як метод осягнення суб'єктивних смислів та цінностей пацієнтів, які мали для них динамічну силу, як метод розуміння того, як самі пацієнти переживали себе і свою життєву ситуацію. Розуміти іншого феноменологічно в психотерапевтичному процесі означало бачити, що він має на увазі, не тлумачити та інтерпретувати одразу, використовуючи інше (навіть правильне знання) і тим самим самому щось додаючи, не розширювати і не продовжувати сказане, а витягнути те, що містилось в тому, що є. Це *Eroche*, про яку згадувалось вище, яка була потрібна для того, щоб сприймати іншого, втримуючись в герменевтичному полі ним сказаного [7]. Пацієнтом це могло переживатись як звільнення – бути побаченим у тому, що для нього важливо. Характерним для феноменології є те, що сприйняття співвідноситься з сутністю терапевта. Відкритість до іншого і переживання його впливу на себе передбачало серйозність ставлення до двох моментів: 1) до того, що говорив і як при цьому поведився пацієнт; 2) до себе самого – до того, як у терапевті це відгукувалось.

Тоді пацієнт ставав для терапевта конкретнішим, доступнішим, а водночас і сам терапевт ставав іншим, чіткішим для себе. Цей біфокальний спосіб бачення давав можливість підійти до досвіду феноменологічного прапереживання: рухаючись «крізь» поверхневе знаходити доступ до глибини і цілого. Через симптом, жест, поведінку можна було дивитись на *Person*³, на цілісність, яка показувалася, на буття пацієнта, яке могло набувати контуру в теперішньому [6, 7, 9–11]. Оскільки в феноменологічній роботі терапевт представляв у розпорядження і своє мислення, і емоції, і інтуїтивне чуття, і сам персонально розкривався, то мова йшла про його настанову, яка дозволяє йому відкрити доступ до власного досвіду, тобто не бути байдужим чи «безпристрасним» до пацієнта. Тому феноменологія – це не техніка, і навіть, в строгому сенсі, не зовсім метод, оскільки метод задалегіть мусить орієнтувати на те, що потрібно з його допомогою сприйняти. Коли терапевт вступає в контакт з іншою людиною з такої феноменологічної позиції, виникає свого роду «поле», в якому суттєве може

проявитись. Оскільки це поле сприяє прояву сутнісного і висвічуванню феномена в суб'єктивному переживанні, можна говорити про «генеративне поле» – поле, що породжує, а для обох його учасників виникає нова форма буття – спільна зв'язуюча платформа, яка створює переживання «ми». У напруженні генеративного поля може встановитись дещо нове, що ні один, ні інший партнер не можуть відтворити наодинці.

За М. Хайдеггером, феноменологічна установка передбачає виконання трьох кроків, які дозволяють схопити феномен *Dasein* (людського буття): 1. Що показується (спонтанно)? (редукція); 2. Як це? (конструкція); 3. Чи так це? (деструкція).

Кожен з цих кроків передбачає звернення до своїх суб'єктивних тем [3, 4, 7, 12].

1. Редукція означає: увага редукована до того, що саме себе показує. Слід відмовитись від погляду з позиції якогось інтересу, очікування або вимоги. Слід розглянути і описати спосіб буття в світі речі замість опису її функції або користі. Якщо йдеться про людину – дивитись лише на те, що саме себе показує, як сутнісне проявляється в розмові, яким воно здається, і утримуватись від спонтанних реакцій, суджень і оцінок. Цей «наївний» погляд дає необхідні для роботи риси, факти, особливості.

2. Конструкція є центральним кроком. Вона полягає в збиранні в єдине ціле отриманих на першому кроці основних рис феномена, щоб одиничні факти співвідносились один з одним. Однак композицію створює сприймаючий, завдяки його власній сутності, завдяки цьому стає видимим зв'язок, який з'єднує окремі риси предмета. Це креативний момент феноменології.

3. Останній крок Хайдеггер називав деструкцією – це піддавання сумніву того, що було отримано на попередньому етапі. Уточнення власних неясних інтересів, настроїв, установок передбачає необхідність критично ставити собі уточнювальні запитання щодо створених конструкцій.

У психотерапії за методом екзистенційного аналізу феноменологічний метод перетворився на практичні кроки персонального екзистенційного аналізу (ПЕА), (*Längle*, 2000) [6, 7, 11], який, безумовно, використовувався у роботі з пацієнтами:

1. Що показувалось спонтанно? Це була фаза опису, в якій пацієнт демонстрував те, про що для нього йшла мова. А терапевт сприймав, що і як він говорить. Пацієнт розкривав розуміння себе з горизонту свого повсякденного світу і переживання. Тут здійснювались вище згадані «редукція» і *Eroche* – взяття в дужки будь-якого напередрозуміння, очікування, судження. Як наслідок, у терапевта виникало враження, яке відображало найбільш суттєвий зміст того, про що повідомляв пацієнт. У практиці ПЕА цей крок полягав у виявленні феноменального змісту (ПЕА1).

2. Конструкція – як це є? В цій фазі – серцевині феноменологічного сприйняття – йшлося про створення образу, про композицію цілого з окремих фрагментів. Терапевт інтегрував елементи, співвідносячи їх з власною сутністю. Окремі феномени зв'язувались один з одним,

³В структурній антропології екзистенційного аналізу людина описана як єдність тіла, психіки і персонального духу. В такій картині людини сутнісне представлене в *Person*. *Person* є основою для аутентичного співвіднесення себе з собою і з іншими [13].

розглядався їх загальний вплив на власну сутність (зовнішній вигляд, інтонація, збудження, спокій тощо). Із всього цього, як результат синтезу, складалась загальна картина. В діалозі вона доповнювалась і поглиблювалась. Усі фрагменти розглядалися у взаємодії з іншими деталями, і кожен наче отримував глибину в світлі побаченої сутності, а всі вони разом розкривали ширший горизонт розуміння. В практиці ПЕА цей крок полягав у поєднанні феноменального змісту (ПЕА1) з глибшим розумінням. Важливо залишатись лише біля того, що себе показало, не наповнювати незрозуміле можливими інтерпретаціями. Тоді пацієнт може сам пояснити себе, поставити запитання, розкритись, і ще в більшій мірі показати щось своє, частково в світлі прийнятого, частково – незрозумілого.

3. Деструкція. Цей крок виконувався після того, як були схоплені суттєві взаємозв'язки. Це звернення терапевта до пацієнта з метою піддати сумніву свої враження і ситуацію для перевірки і підтвердження, чи йшла для пацієнта мова про те саме (тобто результат попереднього кроку ніколи не приймається остаточно; феноменологічне бачення не володіє істиною, а завжди знаходиться в пошуку і процесі безконечного наближення до неї). Пацієнт в діалогічному генеративному полі різними запитаннями постійно запрошувався до корекції зрозумілого. В ПЕА це відповідало кроку ПЕА2, частина 2. І якщо при повторному погляді з'являлися нові тематичні зв'язки, то розуміння картини змінювалося [7, 11]. Ці три кроки, редукція – конструкція – деструкція, повторюються багато разів, у них сутність психотерапевтичного діалогу. А це приводить до внутрішньої феноменології пацієнта по відношенню до себе самого, яка підтримується феноменологічним баченням зі сторони терапевта. Як згадувалось вище, герменевтичне споглядання не може бути кінцевим: як тільки терапевт «торкнувся пацієнта» – він вже інший; його неможливо зафіксувати, однак можливо зустріти [10].

Феноменологічний метод, впроваджений в психопатологію К. Ясперсом (співмірно з дескриптивною психологією Е. Гуссерля) – це виявлення, відбір, диференціація, опис та систематизація психічних феноменів, відділений від методу розуміння. В екзистенційній психотерапії цей метод, а точніше, настанова, базується на герменевтичній феноменології М. Хайдеггера і провадить до розуміння пацієнта.

Список використаної літератури

1. Хайдеггер М. Прологомени к истории понятия времени / М. Хайдеггер. – Томск : Водолей, 1998. – 384 с.
2. Власова О. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы / О. Власова. – М. : Территория будущего, 2010. – 640 с.

3. Фон Херманн Ф. В. Понятие феноменологии у Хайдеггера и Гуссерля / Ф. В. Фон Херманн (пер. с нем.). – Минск : Пропилей, 2000. – 192 с.
4. Хайдеггер М. Основные проблемы феноменологии / М. Хайдеггер (пер. с нем.). – СПб : Высшая религиозно-философская школа, 2001. – 442 с.
5. Ясперс К. Феноменологическое направление исследования в психопатологии / К. Ясперс. – Режим доступа: http://www.anthropology.rinet.ru/old/5/yaspers_fen.htm (дата обращения: 05.02.2018).
6. Ленгле А. Феноменологический подход в экзистенциально-аналитической психотерапии / А. Ленгле // Консультативная психология и психотерапия. – 2009. – № 2. – С. 110–129.
7. Ленгле А. Воспринимать то, что трогает. Феноменология в практике экзистенциального анализа / А. Ленгле // Экзистенциальный анализ. – 2009. – № 1. – С. 79–110.
8. Vetter H. Was ist Phänomenologie? / H. Vetter // Existenzanalyse. – 2007. – Vol. 24, issue 2. – P. 4–10.
9. Vetter H. Philosophische Hermeneutik / H. Vetter. – Frankfurt : Lang, 2007.
10. Евстигнеева Е. А. Феноменологический метод в экзистенциальной и гуманистической психотерапии: «ZU DEN KLIENTEN SELBST» / Е. А. Евстигнеева // Консультативная психология и психотерапия. – 2012. – № 2. – С. 134–157.
11. Längle A. Praxis der Personalen Existenzanalyse / A. Längle. – Wien : Facultas, 2000.
12. Fellmann F. Phänomenologie / F. Fellmann. – Hamburg : Junius, 2006.
13. Frankl V. Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Neuausgabe / V. Frankl. – Bern : Huber, 1984.
14. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс. – М. : Логос, 2002.

References

1. Haidegger, M. (1998). *Prolegomeny k istorii ponjatija vremeni* [History of the Concept of Time. Prolegomena]. Tomsk: Vodoley, 384 p. (In Russian).
2. Vlasova, O. (2010). *Fenomenologicheskaja psixiatrija i jekzistencial'nyj analiz: istorija, mysliteli, problemy* [Phenomenological psychiatry and existential analysis: history, thinkers, problems]. Moscow: Territorija budushhego, 640 p. (In Russian).
3. Fon Hermann, F. V. (2000). *Ponjatije fenomenologii u Hajdeggera i Gusserlja* [Heidegger and Husserl on the Concept of Phenomenology]. Minsk: Propilei, 192 p. (In Russian).
4. Haidegger, M. (2001). *Osnovnye problemy fenomenologii* [The Basic Problems of Phenomenology]. SPb: Vysshaja religiozno-filosofskaja shkola, 442 p. (In Russian).
5. Jaspers, K. *Fenomenologicheskoe napravlenie issledovanija v psixopatologii* [Phenomenological direction of research in psychopathology]. Available at: http://www.anthropology.rinet.ru/old/5/yaspers_fen.htm (дата звернення: 05.02.2018). (In Russian).
6. Längle, A. (2009). *Fenomenologicheskij podhod v jekzistencial'no-analiticheskoj psixoterapii* [The phenomenological approach in existential-analytical psychotherapy]. *Konsul'tativnaja psixologija i psixoterapija – Counseling Psychology and Psychotherapy*, no. 2, pp. 110–129. (In Russian).
7. Längle, A. (2009). *Vosprimat' to, chto trogaet. Fenomenologija v praktike jekzistencial'nogo analiza* [Perceive what touches. Phenomenology in the practice of existential analysis]. *Jekzistencial'nyj analiz – Existential analysis*, no. 1, pp. 79–110. (In Russian).
8. Vetter, H. (2007). *Was ist Phänomenologie? [What is phenomenology?]. Existenzanalyse*, vol. 24, issue 2, pp. 4–10. (In Gen.).
9. Vetter, H. (2007). *Philosophische Hermeneutik*. Frankfurt :Lang. (In Gen.).
10. Evstigneeva, E. A. (2012). *Fenomenologicheskij metod v jekzistencial'noj i humanisticheskoj psixoterapii: «ZU DEN KLIENTEN SELBST»* [Phenomenological method in humanistic and existential psychotherapy]. *Konsul'tativnaja psixologija i psixoterapija – Counseling Psychology and Psychotherapy*, no. 2, pp. 134–157. (In Russian).
11. Längle, A. (2000). *Praxis der Personalen Existenzanalyse* [Practice of Personal Existential Analysis]. Wien: Facultas. (In Gen.).
12. Fellmann, F. (2006). *Phänomenologie*. Hamburg: Junius.
13. Frankl, V. (1984). *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Neuausgabe* [The suffering person. Anthropological Foundations of Psychotherapy, new edition]. Bern: Huber. (In Gen.).
14. Jaspers, K. (2002). *Obshhaja psixopatologija* [General psychopathology]. Moskva: Logos. (In Russian).

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ КАК МЕТОД ПСИХОПАТОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

В. С. Забор, А. О. Фильц

Актуальность. Феноменология Э. Гуссерля, М. Хайдеггера и К. Ясперса в свое время повлияла не только на психопатологию, но, в дальнейшем, и на психотерапию, хотя специфика ее применения в этих двух областях несколько отличается. Многие психотерапевтические школы используют феноменологический подход в своей практике. В частности, ряд исследований в экзистенциально-аналитическом подходе касаются феноменологии как центрального метода в контексте обоснования и разработки психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении пограничной психической патологии.

Цель – изучить исторические аспекты и особенности использования феноменологического метода в контексте психопатологии и экзистенциально-аналитической психотерапии.

Материалы и методы. Проанализировано 14 тематических литературных источников с описанием истории возникновения феноменологии как метода и ее практического использования.

75 пациентам с тревожно-астеническими расстройствами было проведено 10–15 сессий краткосрочной стационарной психотерапии с использованием феноменологического подхода.

Были использованы информационно-аналитический, клинико-психопатологический и феноменологический методы.

Результаты. На основании дескриптивной психологии Э. Гуссерля и герменевтической феноменологии М. Хайдеггера с редукцией, конструкцией и деструкцией в статье рассмотрены история и особенности применения феноменологического метода в контексте психопатологии и экзистенциального анализа А. Лэнгле. В практике стационарной психотерапии феноменология использовалась как метод исследования субъективных смыслов и ценностей пациентов, которые обладали для них динамической силой, как метод понимания того, как пациенты переживали себя и свою жизненную ситуацию.

Выводы. Феноменологический метод, внедренный в психопатологию К. Ясперсом – это выявление, отбор, дифференциация, описание и систематизация психических феноменов; это дескриптивный метод, отдельный от метода понимающей психологии. В экзистенциальной психотерапии оба метода объединяются, приводят к расширенному пониманию пациента и превращаются в последовательные шаги персонального экзистенциального анализа (ПЭА).

Ключевые слова: феноменология, феноменологический метод, экзистенциальная психотерапия, персональный экзистенциальный анализ А. Лэнгле.

PHENOMENOLOGY AS A METHOD OF PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

V. S. Zabor, O. O. Filts

Background. Phenomenology by E. Husserl, M. Haydegger and K. Jaspers influenced not only psychopathology, but also later psychotherapy, although the specifics of its application in these two areas are slightly different. A number of psychotherapeutic schools use phenomenological approach in their practice. In particular, some of studies in Existential-analytical approach relates to phenomenology as the central method in the context of substantiation and development of psychotherapeutic measures in the complex treatment of the borderline mental pathology.

Objective – to study historical aspects and peculiarities of the application of the phenomenological method in the context of psychopathology and existential-analytic psychotherapy.

Materials and methods. 14 thematic literary sources with the description of the history of occurrence of phenomenology as a method and its practical application are analyzed. 75 patients with anxiety-asthenic disorders were given 10–15 sessions of short-term inpatient psychotherapy in the phenomenological approach. We used information-analytical, clinical-psychological and phenomenological methods.

Results. Based on the descriptive psychology of E. Husserl and the hermeneutic phenomenology of M. Haydegger history and peculiarities of the application of the phenomenological method in the framework of psychopathology and existential analysis by A. Langle seen with reduction, construction and destruction, are considered in this article. In the practice of inpatient psychotherapy, phenomenology was used as a method of comprehending the subjective meanings and values of patients that had a dynamic effect for them as a method of understanding how patients themselves experienced themselves as well as their own situation.

Keywords: phenomenology, phenomenological method, existential psychotherapy, personal existential analysis A. Langle.

Стаття надійшла до редакції 07.02.2018 р.

ЗАБОР Вікторія Сергіївна, к.мед.н., асистент кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: 7vita_z@ukr.net

ФІЛЬЦ Олександр Орестович, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна, e-mail: filz.uuap@gmail.com

ЗАБОР Виктория Сергеевна, к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии и психотерапии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: 7vita_z@ukr.net

ФИЛЬЦ Александр Орестович, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии факультета последипломного образования Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина, e-mail: filz.uuap@gmail.com

ZABOR Viktoriya Serhiivna, MD, PhD, assistant of Psychiatry and Psychotherapy Department, Faculty of Postgraduate Education, Lviv National Medical University named after Danylo Halytsky, Lviv, Ukraine; e-mail: 7vita_z@ukr.net

FILTS Oleksandr Orestovych, MD, PhD, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Psychotherapy, Faculty of Postgraduate Education, Lviv National Medical University named after Danylo Halytsky, Lviv, Ukraine; e-mail: filz.uuap@gmail.com

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.3-036.22

І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик, Ю. В. Ячнік
АНАЛІЗ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ
ВНАСЛІДОК УЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У 2015–2017 РОКАХУкраїнський науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України, м. Київ

kolodezhny@ukr.net

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

Мета – оцінити показники захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР у 2015–2017 роках.

Матеріали та методи. Проаналізовано захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР у 2015–2017 роках за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України. Методи дослідження – аналітичний, статистичний.

Результати. Захворюваність класу F за МКХ-10 «Розлади психіки та поведінки» (наркологія і психіатрія, усі групи нагляду) у 2017 році в Україні складала 186 111 осіб, показник – 437,0 на 100 тис. населення (на 3,9 % менше, ніж у 2015 році). Серед показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) у 2017 році переважали розлади психіки та поведінки внаслідок уживання 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 уживання наркотичних речовин. Охоплення амбулаторним лікуванням осіб з хронічними алкогольними синдромами в 2017 році сягало 41,4 %, стаціонарним лікуванням були охоплені 16,9 %. У 2017 році кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) під диспансерним наглядом, охоплених амбулаторним лікуванням, сягнула 35,5 %, стаціонарним – 22,2 %. Смертність населення внаслідок уживання ПАР у 2016 році становила 24,6 на 100 тис. населення.

Висновки. Проведений аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР показав, що ці розлади посідають 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 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, 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 уживання ПАР займають перше місце в структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки [1, 4]. Варто зазначити, що розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (хронічний алкоголізм та алкогольні психози) переважають серед

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

Мета – оцінити захворюваність та поширеність розладів психіки і поведінки внаслідок уживання ПАР у 2015–2017 роках.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано захворюваність та поширеність розладів психіки і поведінки внаслідок уживання ПАР у 2015–2017 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 внаслідок уживання психоактивних речовин

Захворюваність класу F за МКХ-10 «Розлади психіки та поведінки» (наркологія і психіатрія, усі групи нагляду) у 2017 році в Україні складала 186 111 осіб, показник – 437,0 на 100 тис. населення (на 3,9 % 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 2017 році становила 60,2 %, 111 968 осіб, 269,9 на 100 тис. населення (у 2015 році – 58,4 %, 265,7 на 100 тис. населення).

Поширеність розладів психіки та поведінки (психіатрія і наркологія, усі групи нагляду) у 2017 році становила 1 648 120 осіб, показник – 3869,7 на 100 тис. населення (на 1,6 % менше, ніж у 2015 році). У структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки на першому місці – показники розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду). Це – 41,6 %, 686 702 осіб, показник – 1612,3 на 100 тис. населення. Питома вага залишилася без змін – 41,6 % у 2015 і 2017 роках.

Захворюваність на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) у 2017 році складала 264,0 на 100 тис. населення, або 111 968 осіб. Показник у 2017 році знизився на 0,64 %, порівняно з 2015 роком, з 265,7 на 100 тис. населення у 2015 році до 264,0 у 2017 році. Разом з тим, у м. Києві за той же період цей показник зріс на 52,8 % (з 32,6 на 100 тис. населення у 2015 році до 49,8 у 2017 році), у Запорізькій області – на 34,2 % (з 159,4 до 213,9), у Сумській – на 29,6 % (з 358,3 до 464,5), у Житомирській – на 27,3 % (з 238,6 до 303,8).

Середній в Україні у 2017 році показник захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) становив 264,0 на 100 тис. населення. У 2017 році цей показник у Київській області перевищено у 3,4 раза (910,1 на 100 тис. населення), у Харківській – у 2,4 раза (645,0), у Черкаській – у 2,0 раза (526,0), у Вінницькій – на 82,4 % (481,4), у Сумській – на 75,9 % (464,5), у Чернівецькій – на 57,2 % (414,9).

Значно менший, ніж середній в Україні, показник захворюваності зафіксовано у м. Києві – у 5,3 раза (49,8 на 100 тис. населення), у Херсонській області – у 2,3 раза (114,2), у Одеській – у 2,2 раза (120,5), у Тернопільській – у 1,8 раза (145,1), у Донецькій – у 1,7 раза (158,3).

У 2017 році у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) показники диспансерної групи нагляду склали 28,9 % (у 2015 – 28,7 %).

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група

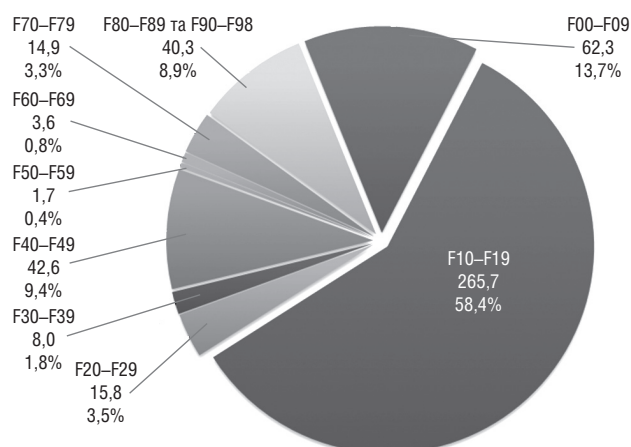


Рис. 1. Структура захворюваності на розлади психіки і поведінки у 2015 році (у % та у показниках на 100 тис. населення)

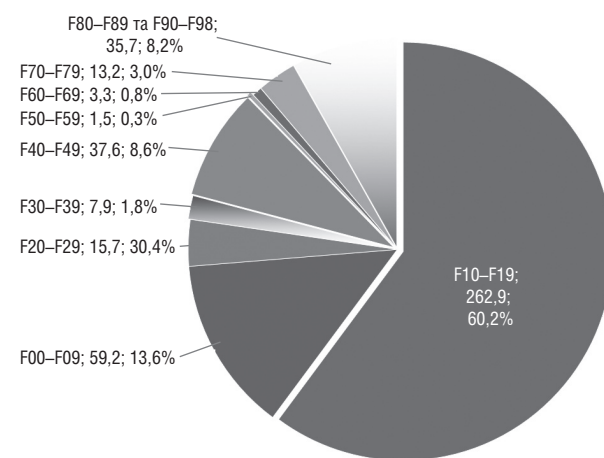


Рис. 2. Структура захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2017 році (у % та у показниках на 100 тис. населення)

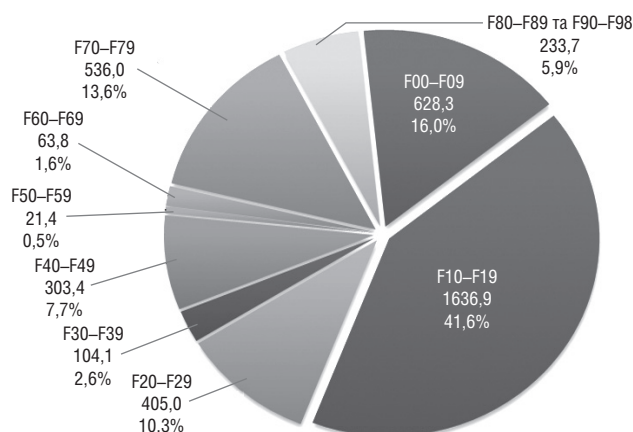


Рис. 3. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 році (у % та показниках на 100 тис. населення)

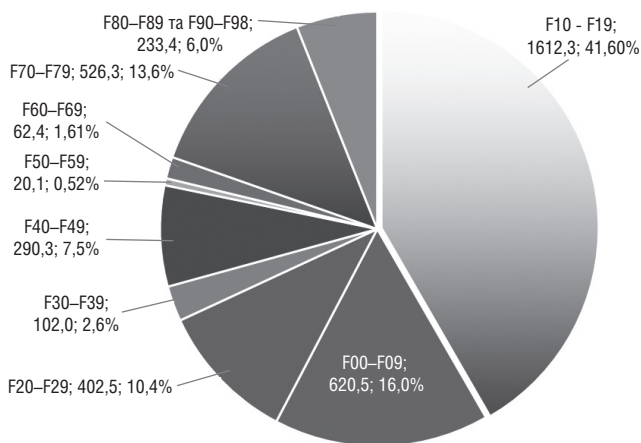


Рис. 4. Структура поширеності розладів психіки та поведінки у 2017 році (у % та показниках на 100 тис. населення)

нагляду) у 2017 році складала 32 409 осіб, 76,4 на 100 тис. населення (на 0,6 % менше, ніж у 2015 році).

У цій групі в 2017 році показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) складала 80,3 %, 26 013 осіб, 61,3 на 100 тис. населення. Показник на 100 тис. населення впродовж 2015–2017 років зменшився на 2,5 %, з 62,9 у 2015 до 61,3 у 2017 році.

Перевищення показника захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) щодо середнього в Україні (61,3 на 100 тис. населення) у 2017 році зафіксоване у 17 областях: у 2,5 раза – у Київській (153,1 на 100 тис. населення), у 2,4 раза – у Житомирській (149,53), у 2,0 рази – у Хмельницькій (120,35), у 1,7 раза – у Миколаївській (103,79) областях.

Показник захворюваності на хронічні алкогольні синдроми був нижче середнього в Україні у 5,7 раза у м. Києві (10,8 на 100 тис. населення), нижче у 2,8 раза у Харківській (22,04), нижче у 2,0 рази у Донецькій (31,4), нижче у 1,5 рази у Запорізькій (41,0) областях.

Показники захворюваності на стан відміни з делірієм, психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) у диспансерній групі розладів психіки та поведінки займали лише 7,1 %, але за тяжкістю перебігу захворювань переважали усі інші розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю. Показник на 100 тис. населення впродовж 2015–2017 років зріс на 21,6 %, з 4,7 у 2015 році до 6,2 у 2017 році, у абсолютних числах – з 2026 до 2301 особи.

У 2017 році коливання показника захворюваності на стан відміни з делірієм в областях спостерігалися від 15,2 на 100 тис. населення у Вінницькій (перевищення у 2,8 раза), 15,1 у Донецькій (перевищення у 2,8 раза), 11,65 у Черкаській (перевищення у 2,2 раза), 10,67 у Луганській (перевищення у 2,0 рази) до 0,30 у Харківській (менше середнього в Україні у 18,1 раза), 0,37 у Дніпропетровській (менше у 14,7 раза), 0,76 у Одеській (менше у 7,1 раза), 1,04 у Київській (менше у 5,2 раза), 2,11 у Хмельницькій (менше у 2,6 раза), 2,26 у Миколаївській (менше у 2,4 раза) областях.

Частка розладів психіки та поведінки через уживання наркотичних ПАР (наркоманії) серед показників захворюваності у диспансерній групі нагляду у 2017 році складала 12,2 %, 3938 осіб, 9,3 на 100 тис. населення. Протягом 2015–2017 років показник зріс

на 10,5 %, з 8,4 на 100 тис. населення у 2015 році до 9,3 у 2017 році.

У 2017 році коливання показників захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин в областях відбувалися від 22,6 на 100 тис. населення у Запорізькій (більше середнього в Україні у 2,4 раза, 20,4 у Донецькій (більше у 2,2 раза), 18,8 у Дніпропетровській (більше у 2,0 рази), 17,0 у Кіровоградській (більше у 1,8 раза) до 1,91 у Закарпатській (менше середнього в Україні у 4,9 раза), 2,6 у Тернопільській (менше у 3,6 раза), 2,87 у Чернівецькій (менше у 3,2 раза), 3,05 у Івано-Франківській (менше у 3,0 рази) областях.

На показники захворюваності (у диспансерній групі нагляду за особами з розладами психіки внаслідок уживання ПАР) інших (крім алкоголю, наркотичних) ПАР (токсикоманії) у 2017 році припадало лише 0,48 %, 157 осіб, показник – 0,37 на 100 тис. населення.

Показники захворюваності з профілактичної групи нагляду у 2017 році займали 71,1 % 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 в цій групі нагляду і у 2017 році складала 82,8 %, 65 846 осіб, 155,2 на 100 тис. населення.

Показники захворюваності на гостру інтоксикацію та розлади психіки з шкідливими наслідками внаслідок уживання наркотичних речовин у 2017 році займали 7,9 %, у абсолютних числах – 6 295 осіб, показник – 14,8 на 100 тис. населення, показники захворюваності на гостру інтоксикацію та розлади психіки з шкідливими наслідками через уживання інших (крім алкоголю, наркотичних) ПАР – 9,3 %, 7 418 осіб, показник – 17,5 на 100 тис. населення.

Показники захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (профілактична група нагляду) у 2017 році складала 79 559 осіб, показник – 187,6 на 100 тис. населення. Протягом 2015–2017 років показник знизився на 1,0 %, з 189,5 на 100 тис. населення у 2015 році до 187,6 у 2017 році.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) у 2017 році складала 1619,0 на 100 тис. населення, 686 702 особи. Показник у 2017 році знизився на 1,1 %, порівняно з 2015 роком, з 1636,9 на 100 тис. населення у 2015 році до 1619,0 у 2017 році.

Середній в Україні показник поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР у 2017 році становив 1619,0 на 100 тис. населення.

Перевищення середнього в Україні показника у 2017 році зафіксоване у 19 областях: найвищими були показники у Кіровоградській – 2268,2 (перевищення на 40,1 %), у Сумській – 2246,0 (перевищення на 38,7 %), у Чернігівській – 2195,3 (перевищення на 35,6 %), у Хмельницькій – 2200,8 (перевищення на 35,9 %), у Харківській – 2168,6 (перевищення на 34,0 %), у Донецькій – 2140,8 (перевищення на 32,2 %) областях.

Нижче середнього в Україні на 33,0 % цей показник був у м. Києві – 1072,7 (нижче середнього в Україні на

33,7 %), у Дніпропетровській – 1232,4 (нижче на 23,9 %), у Тернопільській – 1440,5 (нижче на 11,0 %), у Житомирській – 1456,0 (нижче на 10,1 %) областях.

Показник поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) в Україні у 2017 році становив 76,7 % серед усього контингенту осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду), у абсолютних числах – 526 369 осіб, 1241,0 на 100 тис. населення. Показник протягом 3 років знизився на 1,26 %, з 1256,8 на 100 тис. населення у 2015 році до 1241,0 у 2017 році.

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (профілактична група нагляду) в Україні у 2016 році становила 23,3 % серед усього контингенту осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду), у абсолютних числах – 160333 осіб, показник – 378,0 на 100 тис. населення. Протягом 3 років показник знизився на 0,56%, з 380,2 на 100 тис. населення у 2015 році до 378,0 у 2017 році.

Серед показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) у 2017 році переважали розлади психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю (хронічний алкоголізм та алкогольні психози) – 88,1 %, 463 896 осіб, показник – 1093,7 на 100 тис. населення (у 2015 році – 88,5 %, 475 670 осіб, 1102,4 на 100 тис. населення). За 3 роки показник знизився на 1,68 %, з 1112,4 у 2015 до 1093,7 у 2017 році.

Показники поширеності стану відміни з делірієм, психотичних алкогольних розладів (алкогольних психозів) у цій групі розладів психіки та поведінки склали лише 0,81 %. Показник на 100 тис. населення впродовж 2015–2017 років зріс на 12,9 %, з 8,9 у 2015 році до 10,1 у 2017 році, у абсолютних числах – з 3811 до 4263 осіб.

Показники поширеності стану відміни з делірієм, психотичних алкогольних розладів (алкогольних психозів) у регіонах у 2017 році мали відхилення від середнього в Україні (10,05 на 100 тис. населення) від 42,9 – у Хмельницькій (550 осіб), 24,2 – у Черкаській (297 осіб), 23,6 – у Івано-Франківській (325 осіб), 23,15 – у Донецькій (455 осіб) до 0,59 – у Дніпропетровській (19 осіб), 0,82 – у Харківській (22 особи), 0,97 – в Одеській (23 особи) областях.

Показники поширеності хронічних алкогольних синдромів (хронічного алкоголізму) у 2017 році склали 87,3 % серед показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду), у абсолютних числах – 459 633 особи, показник – 1083,7 на 100 тис. населення. Показник на 100 тис. населення за 3 роки знизився на 1,8 %, з 1103,5 у 2015 році до 1083,7 у 2017 році.

Показники поширеності хронічних алкогольних синдромів у регіонах у 2017 році мали відхилення від середнього в Україні (1083,7 на 100 тис. населення): від 1692,7 – у Хмельницькій (21 702 особи), 1672,3 – у Чернігівській (17 139 осіб), 1550,3 – у Івано-Франківській (21 350 осіб), 1470,8 – у Херсонській (15 506 осіб) областях до 627,9 – у м. Києві (18 110 осіб), 722,8 – у Дніпропетровській (23 324 особи), 1048,0 – у Запорізькій (18 221 особа) областях.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) у 2017 році склали 11,6 % серед усіх розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (у диспансерній групі нагляду), у абсолютних числах це відповідало 60 906 особам, показник на 100 тис. населення – 143,6. Протягом 2015–2017 років показник зріс на 2,0 %, з 140,8 у 2015 році до 143,6 – у 2017 році.

Середній в Україні показник поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) у 2017 році склав 143,6 на 100 тис. населення.

У регіонах у 2017 році перевищення показника у 2,7 раза зафіксоване у Запорізькій області (387,7 на 100 тис. населення), у 2,0 рази – у м. Києві (282,1), у 1,85 раза – у Донецькій (266,0), у 1,8 раза – у Кіровоградській (255,9) областях.

Нижче середнього в Україні у 6,1 раза у 2017 році цей показник був у Закарпатській (23,4), у 2,9 раза – у Тернопільській (48,8), у 2,4 раза – у Львівській (58,9), у 2,3 раза – у Київській (62,0) областях.

У групі показників поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) у 2017 році переважали показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання опіоїдів – 68,2 % або 41547 осіб, 98,0 на 100 тис. населення, та поєднане уживання ПАР (декількох наркотичних речовин, алкоголю та наркотичної речовини тощо) – 23,0 % усієї групи розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин, у абсолютних числах це 14 023 особи, показник – 33,1 на 100 тис. населення.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання канабіноїдів склали 7,6 % усієї групи розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин, у абсолютних числах – 4 686 осіб, показник – 11,1 на 100 тис. населення; показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання кокаїну, галюциногенів, відповідно, 0,067 %, 0,057 % (абсолютні числа, відповідно, 41 особа, 35 осіб) у цій групі.

2. Ін'єкційні споживачі ПАР

Ін'єкційні споживачі наркотичних речовин становили 84,5 % усієї кількості осіб під наглядом на кінець 2017 року групи розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (у 2015 році – 84,7 %). Їх кількість у 2017 році складала 51 489 осіб, показник на 100 тис. населення – 121,4.

Вище середнього в Україні (121,4) у 2017 році був показник у Запорізькій області – 336,9, або 5 857 осіб. Це 86,9 % усіх наркозалежних цієї області, які перебували на обліку на кінець року, у м. Києві показник – 269,9, або 7 786 осіб, 95,7 % наркозалежних у місті, у Донецькій області – 220,7, 4337 особи, 83,0 % наркозалежних цієї області.

Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин з уперше в житті встановленим діагнозом у 2016 році становила 3214 осіб або 7,6 на 100 тис. населення, показник на 100 тис. населення впродовж 2015–2017 років зріс на 11,8 %, з 6,8 у 2015 до 7,6 у 2017 році.

Вище середнього в Україні (7,6 на 100 тис. населення) вищенаведений показник у 2017 році був у Запорізькій

області – 18,5, 321 особа, 81,7 % усіх наркозалежних з уперше в житті встановленим діагнозом у цій області, у Дніпропетровській – 17,7, 571 особа, 94,4 %, у Донецькій – 15,8, 311 осіб, 77,8 %, у Кіровоградській – 12,8, 123 особи, 75,5 %, у Херсонській – 12,4, 131 особа, 86,2 %.

Показники поширеності розладів психіки внаслідок уживання інших (крім алкоголю, наркотичних) ПАР (токсикоманії) на кінець 2017 року склали лише 0,3 % від кількості осіб усієї диспансерної групи нагляду, у абсолютних числах це 1 567 осіб, показник – 3,7 на 100 тис. населення (у 2015 році – 0,3 %, 1 528 осіб, 3,6 на 100 тис. населення). У цій групі в 2017 році виділялися показники розладів психіки та поведінки внаслідок уживання інших стимуляторів, включно з кофеїном, шифр F15.2–F15.9

(частина) – 75,6 % показників цієї групи, 1 184 особи, показник – 2,79 на 100 тис. населення; розлади психіки внаслідок уживання седативних або снодійних речовин, шифр F13.2–F13.9 – 12,9 % показників цієї групи, 202 особи, показник – 0,5 на 100 тис. населення; легких розчинників – 9,8 % від показників цієї групи, 154 особи, показник – 0,36 на 100 тис. населення.

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

Під диспансерним наглядом на кінець 2017 року перебували 459 633 особи з хронічними алкогольними синдромами (хронічний алкоголізм). У 2015 році їх було на 2,6 % більше, тобто 471 859 осіб.

Таблиця 1. Структура захворюваності на наркологічні розлади у 2015-2017 рр.

Найменування	Усього								
	абсолютні числа			на 100 тис. населення			% до всього		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Гостра інтоксикація та розлади психіки через уживання:									
- алкоголю	67773	68 397	65846	158,5	160,6	155,2	83,7	83,4	82,8
- опіюїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інших ПАР	5165	5 444	6295	12,1	12,8	14,84	6,4	6,6	7,9
- седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів	8084	8126	7418	18,9	19,0	17,5	10,0	9,9	9,3
Усього (профілактична група нагляду), F1x.0,1	81022	81967	79559	189,5	192,5	187,6	100	100	100
Розлади психіки і поведінки через уживання алкоголю	28921	29 381	28314	67,6	69,0	66,8	88,8	88,5	87,4
стан відміни з делірієм, F10.4, F10.5	2026	2 157	2301	4,7	5,1	5,42	6,2	6,5	7,1
хронічні алкогольні синдроми	26895	27 224	26013	62,9	63,9	61,3	82,5	82,0	80,3
Розлади психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин - усього	3591	3 719	3938	8,4	8,7	9,28	11,0	11,2	12,2
у т.ч. опіюїдів, F11.2-9	2292	2 230	2340	5,4	5,2	5,52	7,0	6,7	7,2
канабіноїдів, F12.2-9	324	351	399	0,8	0,8	0,94	1,0	1,1	1,2
кокаїну, F14.2-9	1	1	0	0,002	0,002	0	0,003	0,003	0
галюциногенів, F16.2-9	4	10	2	0,01	0,024	0,005	0,01	0,03	0,006
кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин F19.2-9	958	1 117	1184	2,2	2,6	2,79	2,9	3,4	3,65
Розлади психіки та поведінки через уживання інших психоактивних речовин	75	103	157	0,2	0,2	0,37	0,2	0,3	0,48
у т.ч. седативних або снодійних речовин F13.2-9	5	5	6	0,01	0,01	0,01	0,01	0,0	0,02
інших стимуляторів включно з кофеїном, F15.2-9 (частина)	59	81	134	0,1	0,2	0,32	0,2	0,2	0,41
тютюну, F17.2-9	7	12	15	0,02	0,03	0,04	0,02	0,04	0,05
легких розчинників, F18.2-9	4	5	2	0,01	0,01	0,005	0,01	0,015	0,006
Всього (диспансерна група нагляду), F1x.2-9	32587	33203	32409	76,2	78,0	76,41	100	100	100
Всього (диспансерна, профілактична групи нагляду)	113609	115170	111968	265,7	270,4	264,0			

Таблиця 2. Структура поширеності наркологічних розладів у 2015–2017 рр.

Найменування	Усього								
	абсолютні числа			на 100 000 населення			% до всього		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Гостра інтоксикація та розлади психіки через уживання:									
- алкоголю	129830	129154	126942	303,6	303,2	299,3	79,9	79,5	79,2
- опіюїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів та інших ПАР	23368	23 794	24511	54,7	55,9	57,8	14,4	14,6	15,3
- седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів	9359	9580	8880	21,9	22,5	20,94	5,8	5,9	5,5
Усього, F1x.0,1 (профілактична група наглядю)	162557	162528	160333	380,2	381,6	378,0	100	100	100
Розлади психіки і поведінки через уживання алкоголю	475670	470196	463896	1112,4	1104,0	1093,7	88,5	88,3	88,1
в тому числі, хронічні алкогольні синдроми	471859	466209	459633	1103,5	1094,6	1083,7	87,8	87,6	87,3
стан відміни з делірієм, F10.4, F10.5	3 811	3 987	4263	8,9	9,4	10,1	0,7	0,8	0,8
Розлади психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин-усього	60 187	60 696	60906	140,8	142,5	143,6	11,2	11,4	11,5
у тому числі опіюїдів, F11.2-9	42 021	41 884	41547	98,3	98,3	98,0	7,8	7,9	7,9
канабіноїдів, F12.2-9	4 417	4 551	4686	10,3	10,7	11,1	0,8	0,9	0,9
кокаїну, F14.2-9	44	46	41	0,1	0,1	0,1	0,008	0,009	0,008
галюциногенів, F16.2-9	27	34	35	0,1	0,1	0,1	0,005	0,006	0,007
кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин F19.2-9	12981	13537	14023	30,4	31,8	33,1	2,4	2,5	2,7
Розлади психіки та поведінки через уживання інших ПАР	1 528	1508	1567	3,6	3,5	3,7	0,3	0,3	0,3
у т.ч. седативних або снодійних речовин F13.2-9	215	206	202	0,5	0,5	0,5	0,04	0,04	0,04
інших стимуляторів включно з кофеїном, F15.2-9 (частина)	1 108	1111	1184	2,6	2,6	2,8	0,2	0,2	0,22
тютюну, F17.2-9	8	16	27	0,02	0,04	0,06	0,0015	0,003	0,005
летких розчинників, F18.2-9	197	175	154	0,5	0,4	0,4	0,04	0,03	0,03
Всього, F1x.2-9 (диспансерна група наглядю)	537385	532400	526369	1256,8	1250,0	1241,0	100	100	100
Всього (диспансерна, профілактична групи наглядю)	699942	694928	686702	1636,9	1631,6	1619,0			

З цієї кількості у 2017 році кількість осіб пролікованих усіма видами лікування – 53,2 % або 244 608 осіб. У регіонах у 2017 році найвища частка пролікованих була у Харківській області – 93,3 % від кількості осіб з залежністю від алкоголю цієї області, у Сумській – 89,1 %, у Миколаївській – 79,3 %, у Хмельницькій – 71,5 %.

Під диспансерним наглядом на кінець 2017 року перебували 459 633 особи з хронічними алкогольними синдромами (хронічним алкоголізмом). Серед них кількість осіб, охоплених всіма видами лікування, складала 53,2 % або 244 608 осіб. У регіонах у 2017 році найбільша частка припадала на Харківську – 93,3 %, Сумську – 89,1 %, Миколаївську – 79,3 %, Хмельницьку – 71,5% області.

Найменша частка пролікованих була у м. Києві – 6,2 %, Івано-Франківській – 19,3 %, Волинській – 19,2 %, Полтавській – 30,1 % областях.

У 2017 році з усіх пролікованих пацієнтів з хронічними алкогольними синдромами (хронічним алкоголізмом) стаціонарно проліковано 57 635 осіб, або 23,6 % від усіх пролікованих з хронічними алкогольними синдромами (хронічним алкоголізмом). У регіонах у 2017 році найбільший відсоток пролікованих спостерігався у м. Києві – 76,5 %, Волинській – 66,8 %, Івано-Франківській – 58,4 %, Рівненській – 46,0 % областях, найменший відсоток – у Харківській – 5,8 %, Донецькій – 10,5 %, Херсонській – 12,7 %, Одеській – 14,7 % областях.

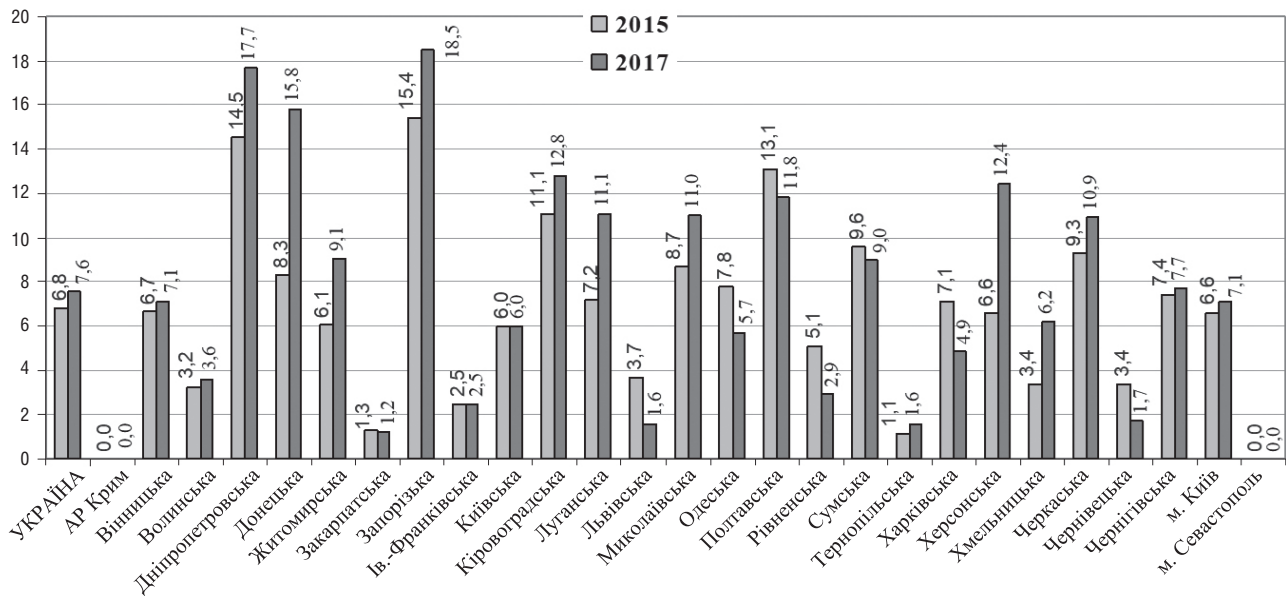


Рис. 5. Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом у 2015, 2017 рр. (показник на 100 тис. населення)

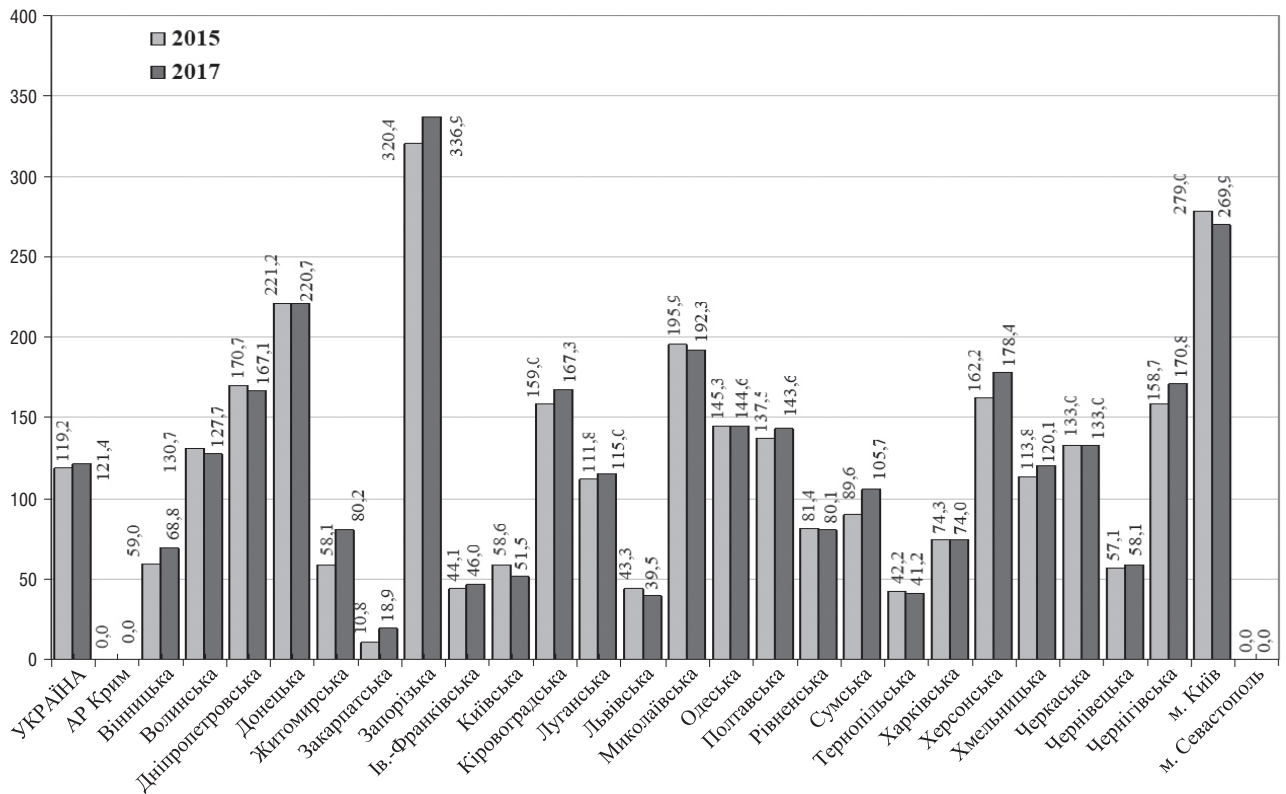


Рис. 6. Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин серед контингенту на кінець року у 2015, 2017 рр. (показник на 100 тис. населення)

У 2017 році кількість осіб з хронічними алкогольними синдромами, які були охоплені амбулаторним лікуванням, сягала 79,5 %, 186 845 осіб у абсолютних числах (у 2015 році – 41,8 %, 197 033 особи у абсолютних числах).

У регіонах у 2017 році спостерігалася велика варіація відсотка: від 94,2 % у Харківській, 89,5 % – у Донецькій, 87,3 % – у Херсонській, 85,3 % – у Одеській областях до 23,5 % – у м. Києві, 33,2 % – у Волинській, 41,6 % – у Івано-Франківській областях.

У 2017 році з кількості осіб, охоплених усіма видами лікування (244 608 осіб), стаціонарним лікуванням було охоплено 23,6 % або 57 635 осіб. У 2015 році аналогічна

кількість осіб, охоплених стаціонарним лікуванням, була нижчою – 22,1 % або 55944 особи.

У 2017 році коливання відсотка у регіонах спостерігалось від 35,4 % у Сумській, 26,5 % – у Миколаївській, 17,8 % – у Хмельницькій до 4,7 % – у м. Києві, 5,4 % – у Харківській, 6,2 % – у Херсонській, 7,3 % – у Запорізькій областях.

Кількість осіб з вищезгаданю патологією, примусово пролікованих у наркологічних закладах системи МОЗ України, була незначною і у 2017 році складала 0,013 % (32 особи) від кількості усіх пролікованих осіб під наглядом (у 2015 році – 0,014 %, 64 особи). Причому у 2017 році 68,8 % їх припадало на Хмельницьку область

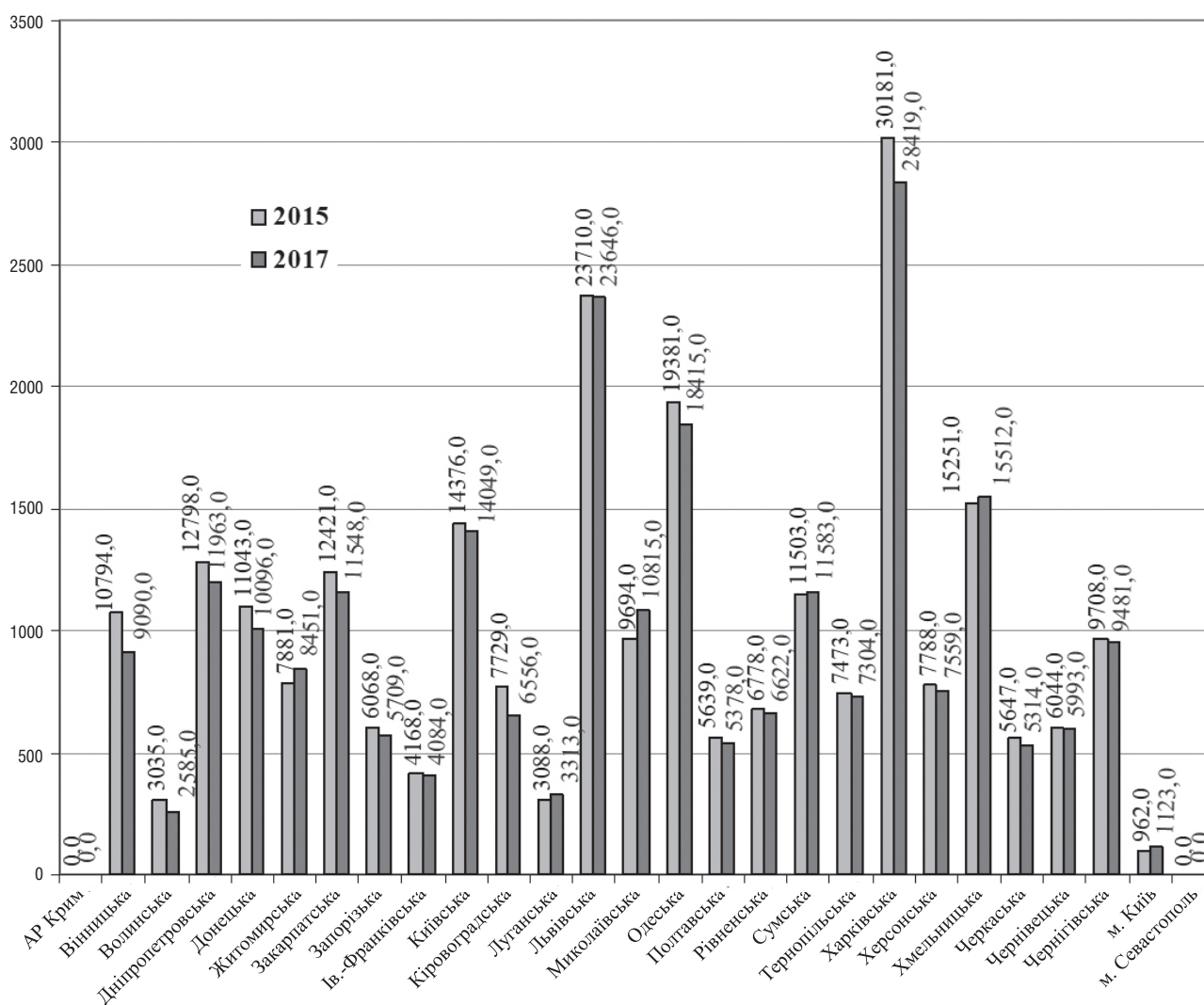


Рис. 7. Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю, охоплених лікуванням у 2015, 2017 роках (диспансерна група нагляду, абсолютні числа)

(22 особи). Відсоток осіб, охоплених примусовим лікуванням у виправно-трудових установах (далі – ВТУ) у 2017 році склав 0,039 % від кількості пролікованих осіб під наглядом з цієї патологією, у абсолютних числах – 96 осіб. 63,5 % (61 особа) проліковано у 2017 році в Хмельницькій, 25,0 % (24 особи) – у Тернопільській областях.

Під диспансерним наглядом у наркологічних закладах України у 2017 році перебувало 60 906 осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії). З цієї кількості кількість осіб, охоплених всіма видами лікування, складала 47,7 % або 29 032 особи.

Варіація відсотка у регіонах у 2017 році спостерігалася від 86,0 % (до усіх наркозалежних під наглядом у цій області) у Сумській, 82,4 % – у Миколаївській, 79,9 % – у Київській, 79,4 % – у Хмельницькій областях до 17,9 % – у м. Києві, 23,1 % – у Волинській, 24,0 % – у Чернівецькій, 28,2 % – у Закарпатській областях.

Відхилення від середнього в Україні показника в регіонах у 2017 році спостерігалися від 82,4 % у Миколаївській, 79,9 % у Київській, 79,4 % у Хмельницькій областях до 17,9 % у м. Києві, 23,1 % у Волинській, 24,0 % у Чернівецькій, 28,2 % у Закарпатській областях.

З усієї кількості пролікованих наркозалежних осіб у 2017 році стаціонарним видом лікування охоплено 26,3 % або 7 648 осіб. Варіація показника від середнього в Україні коливалася від 45,8 % у Закарпатській, 45,3 % у Житомирській, 42,3 % у Запорізькій і Львівській областях до 13,1 % у Донецькій, 14,3 % у Хмельницькій, 14,4 % у Івано-Франківській, 15,0 % у Волинській, 15,4 % у Харківській областях.

З усієї кількості пролікованих наркозалежних осіб у 2017 році амбулаторним лікуванням охоплено 73,2 % або 21 246 осіб.

Колівання показника від середнього в Україні у 2017 році спостерігалися від 45,8 % у Закарпатській, 45,3 % у Житомирській, 42,3 % у Запорізькій і Львівській областях до 13,1 % у Донецькій, 14,3 % у Хмельницькій, 14,4 % у Івано-Франківській, 15,0 % у Волинській областях.

Кількість наркозалежних, пролікованих примусово у закладах охорони здоров'я, складала 0,059 % або 17 осіб; 88,2 % з них були з Хмельницької області (15 осіб). 0,42 % осіб з вищезгаданою патологією проліковано примусово у виправно-трудових установах (121 особа); 40,5 % з них – у Вінницькій (49 осіб), 34,7 % – у Хмельницькій (42 особи) областях.

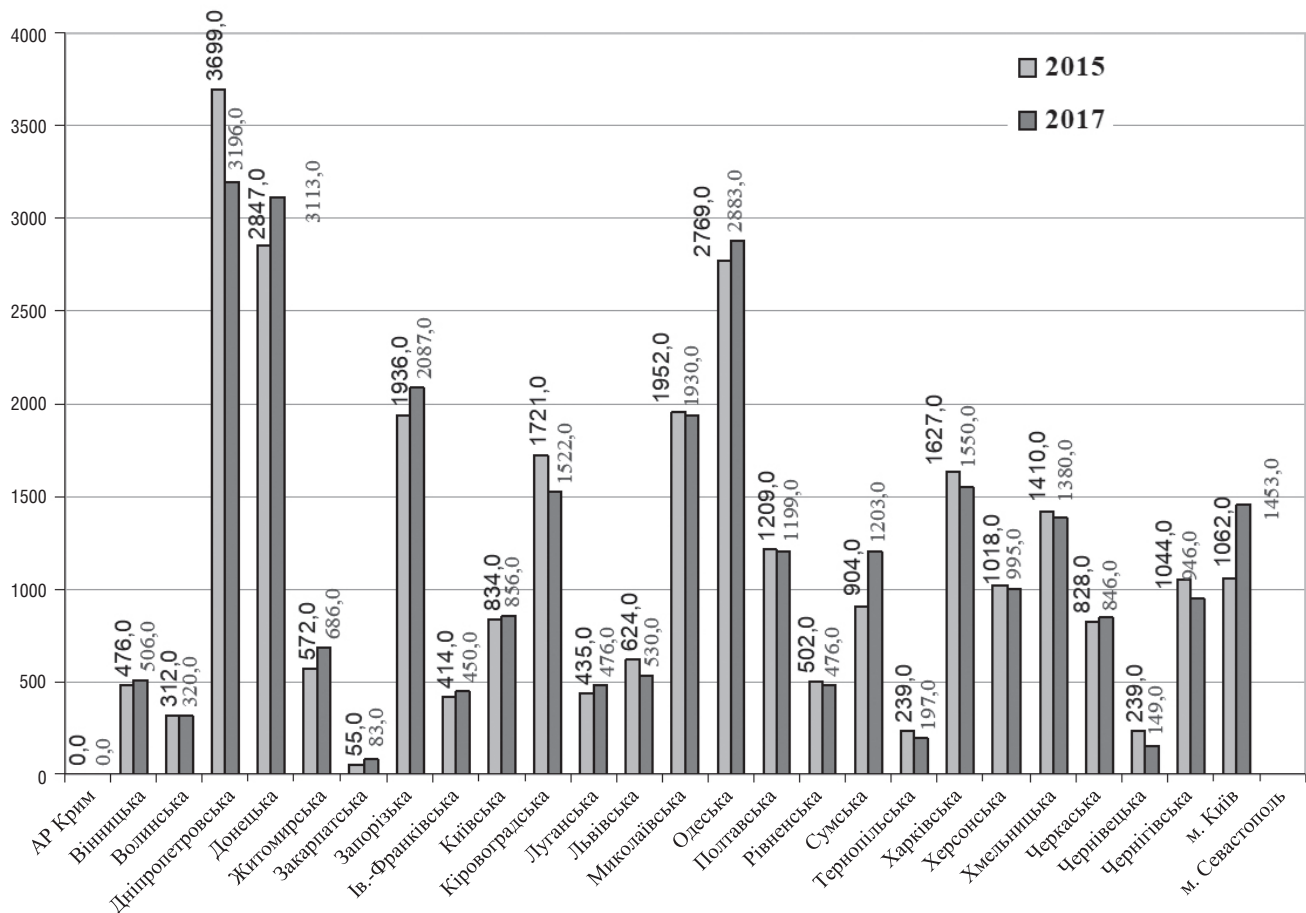


Рис. 8. Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин, охоплених різними видами лікування у 2015, 2017 роках (диспансерна група нагляду, абсолютні числа)

Висновки

1. Питома вага захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин у загальній захворюваності класу F у 2017 році становила 60,2 %, 111 968 осіб, 269,9 на 100 тис. населення (у 2015 році – 58,4 % або 265,7 на 100 тис. населення).

2. У структурі показників поширеності розладів психіки та поведінки на першому місці показники розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду). Це 41,6 %, 686 702 осіб, показник – 1612,3 на 100 тис. населення. Питома вага залишилася без змін – 41,6 % у 2015 і 2017 роках.

3. У 2017 році у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки через уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду) показники диспансерної групи нагляду склали 28,9 % (у 2015 – 28,7 %).

4. У диспансерній групі в 2017 році показники захворюваності на хронічні алкогольні синдроми (хронічний алкоголізм) склали 80,3 %, 26 013 осіб, 61,3 на 100 тис. населення. Показник на 100 тис. населення протягом 2015–2017 років зменшився на 2,5 %, з 62,9 у 2015 році до 61,3 у 2017 році.

5. Показники захворюваності на стан відміни з делірієм, психотичні алкогольні розлади (алкогольні психози) у диспансерній групі розладів психіки та поведінки займали лише 7,1 %, але за тяжкістю перебігу захворювань переважали усі інші розлади психіки та поведінки внаслідок

доку уживання алкоголю. Показник на 100 тис. населення за 3 роки зріс на 21,6 %, з 4,7 у 2015 році до 6,2 у 2017 році, у абсолютних числах – з 2 026 до 2 301 особи.

6. Частка розладів психіки та поведінки через уживання наркотичних ПАР (наркоманії) серед показників захворюваності у диспансерній групі нагляду у 2017 році складала 12,2 %, 3 938 осіб, 9,3 на 100 тис. населення. Протягом 2015–2017 років показник зріс на 10,5 %, з 8,4 на 100 тис. населення у 2015 році до 9,3 у 2017 році.

7. Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна група нагляду) у 2017 році становили 76,7 % серед усього контингенту осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (диспансерна і профілактична групи нагляду), у абсолютних числах – 526 369 осіб, 1241,0 на 100 тис. населення. Показник протягом 3 років знизився на 1,26 %, з 1256,8 на 100 тис. населення у 2015 році до 1241,0 у 2017 році.

8. Показники поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) у 2017 році склали 11,6 % серед усіх розладів психіки та поведінки внаслідок уживання ПАР (у диспансерній групі нагляду), у абсолютних числах це відповідало 60 906 особам, показник на 100 тис. населення – 143,6. Протягом 2015–2017 років показник зріс на 2,0 %, з 140,8 у 2015 році до 143,6 – у 2017 році.

7. Слід зазначити, що ін'єкційні споживачі наркотичних речовин становили 84,5 % усієї кількості осіб під наглядом на кінець 2017 року групи розладів психіки та

поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (у 2015 році – 84,7 %).

8. Кількість ін'єкційних споживачів наркотичних речовин з уперше в житті встановленим діагнозом у 2016 році становила 3 214 осіб або 7,6 на 100 тис. населення, показник на 100 тис. населення протягом 2015–2017 років зріс на 11,8 %, з 6,8 у 2015 до 7,6 у 2017 році.

9. Серед осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання алкоголю кількість осіб, охоплених всіма видами лікування, складала 53,2 % або 244 608 осіб.

10. Серед осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин (наркоманії) кількість осіб, охоплених всіма видами лікування, складала 47,7 % або 29032 особи.

Список використаної літератури

1. Аналіз статистичних показників розладів психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин у 2015–2016 роках / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 4 (91). – С. 252–260.
2. 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).
3. 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.
4. Психічне здоров'я населення України (аналітично-статистичний довідник 2014–2016 рр.) / УкрНДІ ССПН МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – К.: 2018. – 112 с.

References

1. Pinchuk, I. Ya., Petrichenko, O. O., Kolodezhny, O. V., Zdoryk, I. F. (2017). Analiz statystychnykh pokaznykiv rozladiv psykhyky ta povedinky vnaslidok uzhyvannia psykhoaktyvnykh rechovyn u 2015–2016 rokakh [Analysis of statistical indicators of mental and behavioral disorders due to use of psychoactive substances in 2015–2016]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 23, no. 4 (91), pp. 252–260. (In Ukrainian).
2. Balakirava, O. M., Bondar, T. V., Pryimak, Yu. Yu., Pavlova, D. M., Vasylenko, O. V., Sakovych, O. T., ... Nakhabych, N. S. (2015). *Kurinnia, vzhivannia alkoholiu ta narkotychnykh rechovyn sered pidlitkiv, yaki navchajutsia: poshyrennia y tendentsii v Ukraini: Za rezultatamy doslidzhennia 2015 roku v ramkakh mizhnarodnoho proektu «levropiske opytuvannia uchniv shchodo vzhivannia alkoholiu 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).
3. Markozova, L. M., Linskyi, I. V., & Baranenko, O. V. (2017). Analiz dynamiky poshyrenosti ta zakhvoriuvanosti 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 psykholohiia – Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, vol. 4, issue 1 (7), pp. 52–58. (In Ukrainian).
4. UkrNDI SSPN MOZ Ukrainy, & DZ «Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy» (2018). *Psykhyчне здоров'я naseleння Ukrainy (analitichno-statystychnyi dovidnyk 2014–2016 rr.)* [Mental health of the population of Ukraine (analytical and statistical guide for 2014–2016)]. Kyiv, 112 p.

АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В 2015–2017 ГОДАХ

И. Я. Пинчук, О. А. Петриченко, А. В. Колодежний, И. Ф. Здорик, Ю. В. Ячник

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 заболеваемость и распространенность расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ в 2015–2017 годах.

Материалы и методы. Проанализированы заболеваемость и распространенность расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ в 2015–2017 годах по данным государственных и отраслевых статистических отчетов учреждений здравоохранения Украины. Методы исследования – аналитический, статистический.

Заболеваемость класса F по МКБ-10 «Расстройства психики и поведения» (наркология и психиатрия, все группы надзора) в 2017 году в Украине составляла 186 111 человек, показатель – 437,0 на 100 000 населения (на 3,9 % меньше, чем в 2015 году). Среди показателей распространенности расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ (диспансерная группа надзора) в 2017 году преобладали расстройства психики и поведения вследствие употребления алкоголя (хронический алкоголизм и алкогольные психозы). Количество инъекционных потребителей наркотических веществ составляло 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 2017 г. достигал 41,4 %, стационарным лечением были охвачены 16,9 %. В 2017 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 2015–2017

I. Ya. Pinchuk, O. A. Petrychenko, O. V. Kolodezhny, I. F. Zdoryk, Yu. V. Yachnik

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

Objective – to assess the incidence and prevalence of mental disorders and behavior due to the use of PAS in 2015–2017.

Materials and methods. The incidence and prevalence of mental disorders and behavior due to the use of PAS in 2015–2017 are analyzed based on the data of state and sectoral statistical reports of health institutions of Ukraine. Methods of research – analytical, statistical.

Results. The incidence of class F in the ICD-10 “Disorders of the psyche and behavior” (narcology and psychiatry, all groups of surveillance) in 2017 in Ukraine was 186 111 people, the indicator – 437.0 per 100 000 population (3.9 % less than in 2015). Among the indicators of the prevalence of mental disorders and behavior due to the use of PAS (dispensary supervision group) in 2017, disorders of the psyche and behavior due to alcohol use (chronic alcoholism and alcoholic psychoses) prevailed. The number of injecting drug users accounted for 84.1 % of the total number of people monitored at the end of the year by a group of mental disorders and behavior due to drug use. The outpatient coverage of persons with chronic alcohol syndromes in 2017 reached 41.4 %, inpatient treatment covered 16.9 %. In 2017, the number of people with psychiatric disorders and behavior due to the use of narcotic drugs (drug addiction) under dispensary supervision, covered by outpatient treatment, reached 35.5 %, stationary – 22.2 %. The mortality 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 disorders and behavior due to the use of PAS showed that these disorders rank first in the overall incidence of class F. Coverage of outpatient and inpatient treatment of persons with chronic alcohol syndrome and persons with mental disorders and behavior due to drug use (drug addiction) is insufficient. Dependent behavior and disorders of the psyche and behavior due to the use of PAS is a serious medical and social problem, the solution of which is preventive and curative work aimed at the timely detection and treatment of persons who are dependent on PAS.

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

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

ПЕТРИЧЕНКО Ольга Олександрівна, лікар-статистик Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

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

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

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

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

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

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

ЗДОРІК Ірина Федорівна, 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

ЯЧНИК Юлія Вікторівна, научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: yuliaya4nik@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

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

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

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

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.444.9+347.647+340.63

О. П. Олійник

РОЛЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ У ГЕНЕЗІ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ ОСІБ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ У БОЙОВИХ ДІЯХ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

sudprof@ukr.net

Актуальність. Вплив психічних розладів на реалізацію протиправної поведінки вивчають давно. Такі дослідження лишаються актуальними з огляду на патоморфоз психічних розладів під впливом динамічних, нерідко стресових, суспільно-соціальних подій.

Мета – визначення чинників генезу суспільно небезпечних діянь, скоєних учасниками бойових дій з різними формами психічних розладів, для оцінки їх впливу на здатність обстежених усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Результати. Майже 75 % обстежених мали психічні розлади, переважно стресогенні та спричинені залежністю від психоактивних речовин. Психічні розлади не завжди були задіяні в механізмах реалізації протиправної поведінки. Клінічний чинник обумовлював скоєння СНД у 40,4 % випадків, що значно менше, ніж показники поширеності психічних розладів. Ситуаційні чинники склали вагомий частку як у структурі генезу СНД (40,2 %), так і серед провідних чинників генезу (58,6 %). Достовірне переважання цього показника в групі осіб, які вчинили агресивні злочини, взаємопов'язане з перебуванням у стані гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД. У групі осіб, що вчинили неагресивні злочини, відмічалось достовірне переважання клінічного чинника.

Висновки. Визначення участі та ролі психічних розладів у генезі правопорушення дозволяє обґрунтувати експертне рішення, що особливо актуально для обмеженої осудності. Медичним критерієм обмеженої осудності є психічні розлади, які не досягали важкого ступеня, але брали участь в генезі СНД, обумовлюючи реалізацію протиправної поведінки, тим самим обмежували здатність особи в повній мірі усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними. Щодо учасників бойових дій з психічними розладами, задіяними в генезі СНД, що обумовили скоєння правопорушення, доцільне застосування примусових заходів медичного характеру. Це особливий контингент, який потребує спеціалізованої психореабілітації, проведеної професійно підготовленими фахівцями.

Ключові слова:

учасники бойових дій, судово-психіатрична експертиза, психічні розлади, генез суспільно небезпечних дій.

Актуальність. Вплив психічних розладів на формування та реалізацію протиправної поведінки вивчається багато століть, але й дотепер це питання залишається актуальним з огляду на патоморфоз психічних розладів під впливом динамічних, нерідко стресових суспільно-соціальних подій. Здавна відомо, що генез суспільно небезпечних дій (СНД) слід розглядати через призму тріади «синдром – особистість – ситуація» [1–3]. Від участі і ролі кожного чинника тріади залежать експертне рішення, визначення обсягу психореабілітаційних заходів та місце їх проведення, що необхідно для запобігання повторним СНД.

Дослідження ролі клінічного чинника є одним з основних завдань психіатрів експертів. В осіб з важкими хронічними психічними захворюваннями питання про участь клінічного чинника в генезі СНД майже не стоїть. Він завжди впливає на реалізацію СНД, або в поєднанні з іншими чинниками, або самостійно, як наприклад, при патологічному сп'янінні. Цього не можна сказати про психічні порушення, які не досягають важкого ступеня, наприклад, при станах залежності від психоактивних речовин (ПАР), стресових розладах, органічних психічних порушеннях, розладах особистості тощо. При

цих «нозологіях» потрібно з'ясувати як участь, так і роль клінічного чинника в генезі протиправного діяння. Наявність психічних розладів не визначає виключно психопатологічний механізм реалізації СНД. Мотиви та механізми реалізації злочину у таких осіб цілком можуть бути непатологічними, без участі клінічних детермінант.

Клінічний чинник обґрунтовує експертне рішення про осудність / неосудність чи обмежену осудність. В свою чергу, експертне рішення визначає напрямок всієї психореабілітаційної програми, а саме її обсяг (який може охоплювати психофармакотерапію, психотерапію, психокорекційну роботу з особистістю, терапію зайнятості, професійну підготовку, соціальну роботу тощо) та місце проведення (в спеціалізованих медичних закладах чи в закладах пенітенціарної системи). Правильне експертне рішення є стартовим етапом у низці заходів із запобігання повторним правопорушенням. Тому визначення ролі клінічних чинників в генезі протиправної поведінки учасників бойових дій (УБД) з психічними розладами є запорукою їх успішної реабілітації та ресоціалізації.

Метою роботи є визначення чинників генезу СНД у УБД з різними формами психічних розладів для оцінки їх впливу на здатність усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння правопорушення.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено судово-психіатричне дослідження 87 УБД, які скоїли СНД та пройшли судово-психіатричні (СПЕ) або комплексні судові психолого-психіатричні експертизи протягом 2015–2017 років. Підекспертних

було поділено на дві групи. До першої групи (Г1) увійшли 52 особи, які скоїли агресивні злочини проти життя та здоров'я особи (вбивства, нанесення тілесних ушкоджень). До другої групи (Г2) були включені 35 осіб, які вчинили злочини, не пов'язані з посяганням на життя та фізичну недоторканність інших осіб (майнові злочини, хуліганство, незаконні операції з наркотиками або зі зброєю (незаконний обіг наркотичних препаратів або зброї), злочини, пов'язані з порушенням уставу військової служби).

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

Результати та їх обговорення

У результаті клініко-психопатологічного аналізу було встановлено, що 65,4 % осіб з Г1 та 88,6 % осіб з Г2 мали психічні розлади, структура яких представлена в таблиці 1 (у ці показники не включали стани гострої алкогольної інтоксикації в момент скоєння правопорушення).

Аналіз генезу СНД показав, що виявлені психічні розлади не завжди брали участь у механізмах реалізації протиправної поведінки. Клінічний чинник, у різних поєднаннях з іншими детермінантами, обумовлював скоєння СНД у 40,4 % випадків в Г1 та в 71,4 % у Г2 (табл. 2), що значно менше, ніж показники поширеності психічних розладів в обох групах (див. табл. 1).

Це вкотре підтверджує, що психічну хворобу не слід розглядати як єдину причину кримінальної поведінки, але в кожному конкретному випадку потрібно досліджу-

Таблиця 1. Структура психічних розладів в учасників бойових дій на час вчинення суспільно небезпечних діянь

Основний діагноз	Група 1 (n=52)		Група 2 (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
Органічні психічні розлади (F06.6, F07.2)	2	3,8	3	8,6
Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР, синдром залежності (F10 – F19)	9	17,3	4	11,4
Шизофренія (F20)	2	3,8	2	5,7
Рекурентний депресивний розлад помірної тяжкості (F33.1)	-	-	1	2,9
Невротичні, пов'язані зі стресом розлади:	3	5,8	12	34,3*
• тривожно-депресивний розлад (F41.2)	-	-	1	2,9
• посттравматичний стресовий розлад (F43.1)	3	5,8	10	28,6
• розлад адаптації (F43.2)	-	-	1	2,9
Розлади особистості	4	7,7	2	5,7
Разом	20	38,5	24	68,6*
<i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД</i>	14	26,9	5	14,3*
Не перебували в стані психозу, недоумства чи інших тяжких хронічних психічних захворювань, які могли б вплинути на здатність усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час вчинення інкримінованого діяння, але мали в анамнезі:				
• синдром залежності від ПАР	4	7,7	3	8,6
• розлади особистості	3	5,8	-	-
• невротичні, пов'язані зі стресом розлади	7	13,5	4	11,4
<i>Стан гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД</i>	20	38,5	2	5,7*
Разом осіб з психічними розладами	34	65,4	31	88,6
Разом осіб у стані алкогольного сп'яніння	40	76,9	7	20,0*

Примітка. * – достовірність різниці між показниками.

вати її вплив на правопорушення (на зразок наведені короткі приклади нижче).

Підекспертний X1 підозрювався у скоєнні злочину, передбаченого ч. 4 ст. 407 Кримінального Кодексу (КК) України (самовільне залишення військової частини або місця служби). Відомо, що у 2013 році був мобілізований; в 2014 році підписав контракт про проходження служби у ЗС України. У 2014 році перебував у зоні проведення АТО в Донецькій та Луганській областях, брав участь в активних бойових діях, був в оточенні, під час виходу з якого отримав контузію. Через декілька місяців після того, перебуваючи у відпустці, став погано почуватися: турбували безсоння, виснажливність, постійна схвильованість, тривожність, почав боятись різких звуків, знизився настрій, апетит, нічого не хотів робити. З цими симптомами лікувався два тижні в психіатричній лікарні, де йому був встановлений діагноз: «Посттравматичний стресовий розлад». Військово-лікарську комісію пройти не встиг, оскільки відбув до зони АТО, де служив протягом року. Вищезазначені симптоми зберігались. Після ротації на мирну територію України самовільно залишив військову частину через непереборний страх повертатись у зону АТО. Під час експертизи залишався тривожним, дратівливим, емоційно лабільним, астенизованим, розгубленим, депресивним, прагнув до усамітнення. Скаржився на тривогу і страх при думці про повернення в зону АТО, безсоння, повідомляв, що став боятись темряви, різких звуків і рухів. Про правопорушення, у якому він підозрювався, розповів, що боявся погіршення стану, тому вирішив втекти з частини.

Підекспертний X2 підозрювався у скоєнні злочину, передбаченого ст. 407 КК України. Перебуваючи в зоні бойових дій самовільно залишив місце служби, всупереч наказам командира, через «небажання продовжувати службу в тяжких для нього умовах». З анамнезу відомо, що страждав на синдромом залежності від алкоголю. На час скоєння злочину не перебував в стані алкогольного сп'яніння, ознак абстинентного синдрому не мав. Поза зоною АТО зловживав алкоголем.

Підекспертний X3 підозрювався у скоєнні злочину за ст. 309 КК України (незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання

наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту). У 2014–2015 роках служив у ЗС України, був у зоні проведення АТО, брав участь в активних бойових діях, був поранений з контузією. Після повернення із зони АТО психічний стан погіршився, лікувався у госпіталі з діагнозом: «Посттравматичний стресовий розлад. Тривожно-депресивний синдром». Був визнаний непридатним для продовження військової служби, комісований. Через декілька місяців його затримали при спробі ввезти на територію України наркотичні речовини у великих обсягах. На експертизі спостерігали ознаки посттравматичного стресового розладу. Ознак залежності від ПАР не виявляв.

В усіх продемонстрованих випадках підекспертні мали психічні розлади, як на час скоєння СНД, так і на період проведення експертизи. У випадку X1 саме вони обумовили вчинення правопорушення. Клінічний фактор мав прямий причинно-наслідковий зв'язок з СНД, він був провідним чинником генезу протиправної поведінки.

Натомість, у випадках X2 та X3 наявні психічні розлади не брали безпосередньої участі в генезі правопорушень. У випадку X2 можна розмірковувати про опосередкований вплив особистісних емоційно-вольових змін внаслідок залежності від алкоголю. У випадку X3 участь клінічного чинника абсолютно не простежувалась. Хоча в останньому випадку на час експертизи залишались актуальними питання необхідності терапії психічних розладів.

Ситуаційні чинники становили високу частку як в структурі генезу СНД (50 % в Г1, 25 % в Г2), так і в якості провідних чинників генезу (75 % в Г1, 34,3 % в Г2). Достовірне переважання цього показника в групі осіб, які вчинили агресивні злочини, взаємопов'язано з високими показниками перебування в стані гострої алкогольної інтоксикації під час скоєння СНД. Стан сп'яніння, ситуація конфлікту та нещодавнє повернення із зони бойових дій стали несприятливими ситуаційними чинниками, що прямо корелюють з високою вірогідністю скоєння СНД.

Натомість у групі осіб, що вчинили неагресивні злочини, виявлено достовірне переважання саме клінічного чинника і в структурі генезу СНД (71,4 % в Г2 проти 40,4 % в Г1), і серед провідних факторів (40 % в Г2 проти 3,8 % в Г1). У осіб цієї групи вказане обумовлено високою поширеністю психічних розладів, насамперед стресогенних.

Для обґрунтованого винесення експертного рішення та експертних рекомендацій щодо необхідності застосування заходів державного примусу психічні порушення слід невід'ємно розглядати у зіставленні з обставинами та умовами вчинення правопорушень.

Підтвердження впливу клінічного чинника в генезі правопорушення, залежно від тяжкості та глибини психічних розладів, правомірно обумовлює винесення експертного рішення про неосудність чи обмежену осудність з рекомендаціями застосування примусових заходів медичного характеру (рис. 1).

Тільки у разі, коли наявні психічні розлади не були задіяні в генезі правопорушення, але потребують терапії, доцільно рекомендувати лікування за згодою особи. Осо-

Таблиця 2. Структура чинників генезу суспільно небезпечних діянь, скоєних учасниками бойових дій

Структура чинників генезу СНД	Група 1 (n=52)		Група 2 (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
Клінічний, ситуаційний, особистісний	15	28,8	24	68,6*
Клінічний, ситуаційний	4	7,7	-	-
Клінічний, особистісний	2	3,8	1	2,9
Ситуаційний, особистісний	25	48,1	8	22,8*
Ситуаційний	1	1,9	1	2,9
Особистісний	5	9,6	1	2,9
Провідний чинник у генезі СНД				
Клінічний	2	3,8	14	40,0*
Особистісний	11	21,2	9	25,7
Ситуаційний	39	75,0	12	34,3*

ба з психічними розладами, незалежно від експертного рішення, має право на отримання необхідної і достатньої медичної допомоги. Нижченаведених рішень слід уникати:

На підставі вищевикладеного комісія приходить до висновку, що Х1 в момент скоєння правопорушення страждав та в даний час страждає на посттравматичний стресовий розлад, який не досягає психозу чи недоумства і не позбавляє його можливості усвідомлювати свої дії та керувати ними. Підпадає під дію ст. 19 ч. 1 КК України. У відношенні інкримінованого діяння Х1 слід вважати осудним. Застосування заходів медичного характеру не потребує. Вищезазначене захворювання пов'язане з проходженням військової служби...

Наведений приклад наочно демонструє суперечливість принципів експертної оцінки психічних розладів та недосконалість підходів до надання необхідної допомоги УБД, що матиме негативні наслідки в майбутньому, як для самої особи, так і для суспільства загалом. Служба в стресових умовах у зоні бойових дій спричинила в Х1 розвиток посттравматичного стресового розладу, який безпосередньо обумовив скоєння СНД. Унаслідок винесення експертного рішення до Х1 буде застосовано покарання за злочин, обумовлений психічною хворобою, без надання необхідного обсягу психореабілітаційних заходів, які показані Х1 з урахуванням його психічного стану. Тобто, в даному випадку експертне рішення та експертні рекомендації призвели до порочного кола з низки негативних особистісних, медичних, судових та соціальних проблем. До того ж, експерти вийшли за межі своєї компетенції, вказавши на осудність, що є прерогативою виключно суду.

Висновки

Майже 75 % УБД, які скоїли СНД та пройшли судову експертизу, мали психічні розлади, переважно стресогенні та спричинені залежністю від ПАР. Нерідко психічні розлади були коморбідними, або ж поєднаними, однак не досягали важкого ступеня, що ускладнювало їх експертну оцінку.

Визначення участі та ролі психічних розладів у генезі правопорушення дозволяє обґрунтувати експертне рішення, що особливо актуально для обмеженої осудності.

Медичним критерієм обмеженої осудності є психічні розлади, які не досягали важкого ступеня, але брали участь у генезі СНД, обумовлюючи реалізацію протиправної поведінки, тим самим обмежували здатність особи повною мірою усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними на момент скоєння СНД.

Особи з психічними розладами, які брали участь у генезі СНД та обумовили скоєння правопорушення, потребують застосування примусових заходів медичного характеру. Психореабілітаційна програма має бути достатньою для усунення факторів, що спричинили правопорушення. Вона повинна охоплювати весь комплекс реабілітаційних заходів, від біологічної терапії до професійної реабілітації і соціально-правової допомоги, а не обмежуватись наявною психофармакотерапією.

УБД з психічними розладами, які скоїли СНД, це особливий контингент, який потребує спеціалізованої психореабілітації з професійно підготовленими судовими психіатрами, психотерапевтами, психологами, соціальними працівниками тощо. В Україні подібні можливості мають тільки спеціалізовані судово-психіатричні лікарні для неосудних пацієнтів. Особи, які визнані обмежено осудними, не мають можливості отримати

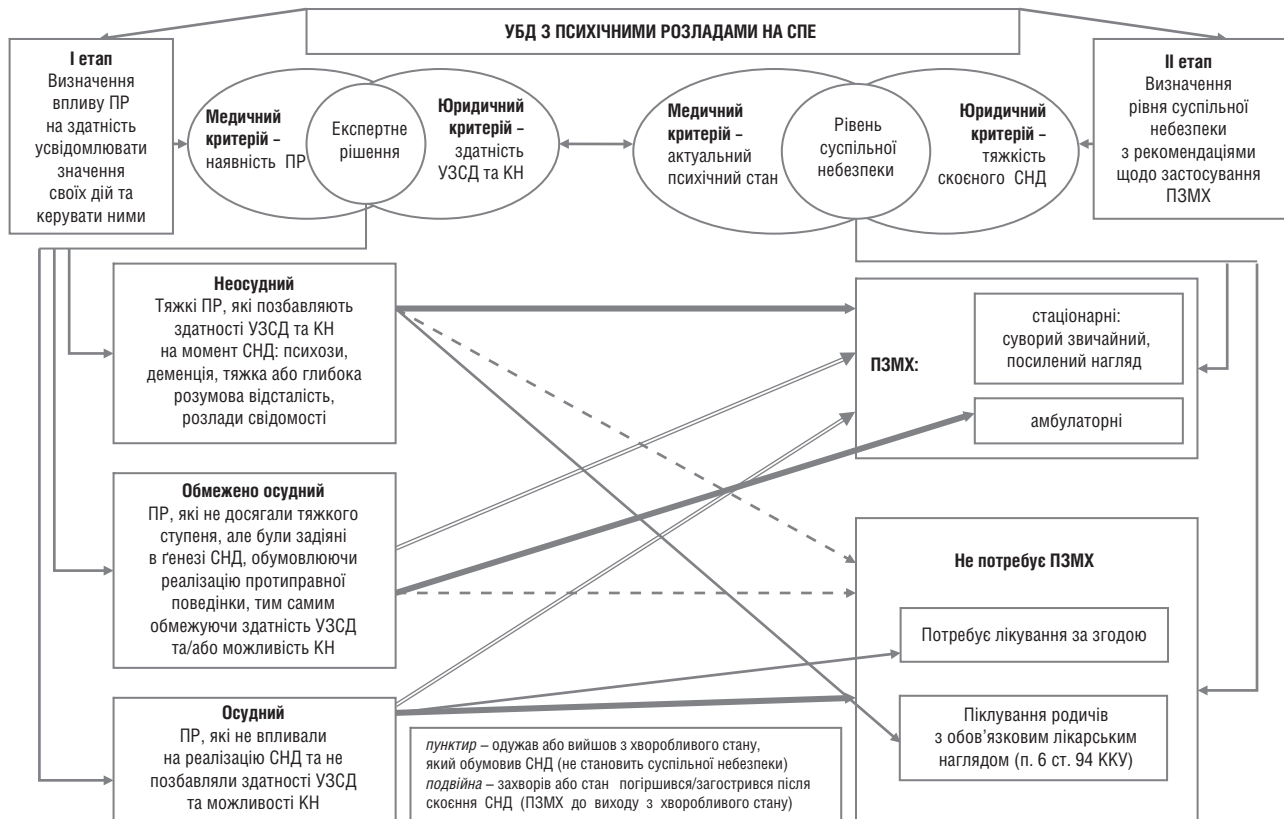


Рис. 1. Модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в учасників бойових дій

необхідну для них психосоціальною реабілітацію, через відсутність спеціалізованих центрів / установ / закладів. Вони отримують допомогу за місцем відбування покарання або в психоневрологічних диспансерах за місцем проживання (у разі, коли до них не застосовано покарання з позбавленням волі). Однак медичні заклади пенітенціарної системи та психоневрологічні диспансери системи МОЗ на сьогодні не можуть надати необхідної допомоги, щонайменше через відсутність фахівців (особливо психотерапевтів, психологів, соціальних працівників) і недостатню матеріально-технічну базу. Натомість психореабілітаційні центри, які створюються на загальних підставах, не спеціалізуються на роботі з таким контингентом та не мають законодавчих повноважень для роботи з ними.

Україна потребує негайних законодавчих рішень стосовно створення спеціалізованих судово-психіатричних центрів для надання психосоціальної реабілітації УБД, які скоїли СНД.

Список використаної літератури

1. Мальцева М. М. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика / М. М. Мальцева, В. П. Котов. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
2. Мельник В. И. Метод судебно-психиатрического анализа генеза криминальных действий в судебной психиатрии / В. И. Мельник // Тавр. журн. психиатрии. – 2002. – Т. 6, № 1 (18). – С. 49–52.
3. Олійник О. П. Судово-психіатричний аналіз генезу внутрішньосімейних суспільно небезпечних дій та їх профілактика / О. П. Олійник // Biomedical and Biosocial anthropology. – 2007. – Т. 9. – С. 69–73.

References

1. Mal'ceva, M. M., & Kotov, V. P. (1995). *Opasnye dejstva psihicheski bol'nyh. Psihopatologicheskie mehanizmy i profilaktika* [Dangerous actions of mentally ill. Psychopathological mechanisms and prevention]. – Moscow: Medicina, 256 p. (In Russian).
2. Melnyk, V. I. (2002). Metod sudebno-psihiatricheskogo analiza geneza kriminal'nyh dejstvij v sudebnoj psihiatrii [The method of forensic psychiatric analysis of the genesis of criminal activities in forensic psychiatry]. *Tavrisheskij zhurnal psihiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca*, vol. 6, no. 1 (18), pp. 49–52. (In Russian).
3. Oliinyk, O. P. (2007). Sudovo-psykhiatrychnyi analiz genezu vnutrishnosimeinykh suspilno nebezpechnykh dii ta yikh profilaktyka [Forensic psychiatric analysis of the genesis of intra-family socially dangerous actions and their prevention]. *Biomedical and Biosocial anthropology*, vol. 9, pp. 69–73. (In Ukrainian).

РОЛЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЕ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

О. П. Олейник

Актуальность. Влияние психических расстройств на реализацию противоправного поведения изучают давно. Такие исследования остаются актуальными ввиду патоморфоза психических расстройств под влиянием динамических, нередко стрессовых, общественно-социальных событий.

Цель – определение факторов генеза общественно опасных деяний, совершенных участниками боевых действий с различными формами психических расстройств, для оценки их влияния на способность обследованных осознавать значение своих действий и руководить ими.

Результаты. Почти 75 % обследованных имели психические расстройства, преимущественно стрессогенные и вызванные зависимостью от психоактивных веществ. Психические расстройства не всегда были задействованы в механизмах реализации противоправного поведения. Клинический фактор обуславливал совершение ООД в 40,4 % случаев, что значительно меньше, чем показатели распространенности психических расстройств. Ситуационные факторы составили весомую долю как в структуре генеза ООД (40,2 %), так и среди ведущих факторов генеза (58,6 %). Достоверное преобладание этого показателя в группе лиц, совершивших агрессивные преступления, взаимосвязано с пребыванием в состоянии острой алкогольной интоксикации во время совершения ООД. В группе лиц, совершивших агрессивные преступления, отмечалось достоверное преобладание клинического фактора.

Выводы. Определение участия и роли психических расстройств в генезе правонарушения позволяет обосновать экспертное решение, что особенно актуально для ограниченной вменяемости. Медицинским критерием ограниченной вменяемости являются психические расстройства, которые не достигали тяжелой степени, участвовали в генезе ООД, обуславливая реализацию противоправного поведения, тем самым ограничивали способность лица в полной мере осознавать значение своих действий и возможность управлять ими. В отношении участников боевых действий с психическими расстройствами, задействованными в генезе ООД, которые обусловили совершение правонарушения, целесообразно применение принудительных мер медицинского характера. Это особый контингент, который нуждается в специализированной психореабилитации, проведенной профессионально подготовленными специалистами.

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

THE ROLE OF PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS IN THE GENESIS OF SOCIALLY DANGEROUS ACTS OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS WHO TOOK PART IN HOSTILITIES

O. P. Oliinyk

Background. The influence of mental disorders on the implementation of criminal behavior has been studied for a long time, but it still relevant in view of the pathomorphism of mental disorders under the influence of dynamic, often stressful, social events.

Objective – to determine the factors of the genesis of socially dangerous acts committed by combatants with various forms of mental disorders in order to assess their impact on the ability to understand and manage the significance of their actions.

Results. Almost 75 % of the subjects had mental disorders, which were mostly stress-related and caused by dependence on psychoactive substances. Mental disorders did not always had influence on the mechanisms of the implementation of criminal behavior. Clinical factor provoked the crime in 40.4 % of cases, which is much less than the incidence of mental disorders. Situational factors accounted for a high proportion, both in the structure genesis of offense (40.2 %) and among the leading factors of it (58.6 %). The reliable prevalence of this indicator in the group of persons who committed aggressive crimes in a state of alcohol. Significant prevalence of the clinical factor was found in the group of person who committed non-aggressive offense.

Conclusions. Determination of the participation and role of mental disorders in the genesis of the offense could be base an expert decision which is especially relevant for a limited sense of sanity. The medical criteria for limited sanity is mental illness, which did not reach a severe degree, but had influence on offense (causing the implementation of illegal behavior) and thus limited the ability of a person to fully understand the significance of their actions and the ability to manage. Concerning the combatants with mental disorders who have influence in the offense and caused the commission of it, it is expedient to use compulsory measures of a medical nature. This is a special contingent that needs specialized psycho-rehabilitation with professionally trained specialists.

Keywords: combatants, forensic psychiatric examination, mental disorders, genesis of socially dangerous actions.

Стаття надійшла до редакції: 13.01.2018 р.

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

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

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

ЩОРІЧНА МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ «УКРАЇНСЬКА ПСИХІАТРІЯ В СВІТІ,
ЩО ШВИДКО ЗМІНЮЄТЬСЯ», 25–27 КВІТНЯ 2018 Р., М. КИЇВ
ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

УДК 616.8-009.12-053.4:316.6:159.9

К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова, Ю. Є. Кокоріна, Ю. О. Асєєва
УЧАСТЬ СІМ'Ї ТА ФАХІВЦІВ В ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ
З ГІПЕРКІНЕТИЧНИМ РОЗЛАДОМ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

dgylia.as@gmail.com

Актуальність. Існує велика кількість підходів до корекції порушень емоційної, когнітивної сфер, особистісних порушень і відхилень у поведінці дітей дошкільного віку, які мають діагноз «гіперкінетичний розлад» (ГКР). Лонгitudні дослідження дозволяють стверджувати, що ГКР, який виник у дошкільному віці, здатний зберігатися протягом усього життя, серйозно обмежуючи адаптаційні можливості індивіда [2]. У період навчання в дітей з ГКР виявляють когнітивні порушення, парціальну затримку моторного і мовного розвитку, що лежать в основі шкільної дезадаптації і спектра розладів соціальної поведінки [1, 3]. Когнітивні і поведінкові порушення зберігаються у понад 70 % підлітків і у 50 % дорослих людей, яким у дитинстві діагностували синдром дефіциту уваги з гіперактивністю [3].

Часто дослідники розглядають проблему несистемно, об'єктом корекції вибирають окремі відхилення в структурі вищезгаданого синдрому, а не особистість дитини в цілому. Також не завжди враховують важливість соціалізації гіперактивної дитини в сім'ї, колективі дорослих і однолітків. Зберігається необхідність у створенні інтегрованої, системної та послідовної програми психологічної корекції, яка б враховувала весь спектр можливих порушень, які є характерними для дітей з ГКР.

Мета – на основі системного підходу вивчити особливості дезадаптації дитини з гіперкінетичним розладом та розробити програму медико-психологічного супроводу дитини з ГКР в умовах родини та освітньої організації.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження було проведено на базі трьох дитячих дошкільних освітніх організацій м. Одеси. До участі в дослідженні було залучено 3 групи респондентів: групу Гр1 склали 142 дитини віком від 3 до 6 років зі встановленим клінічним діагнозом «Гіперкінетичний розлад» (код F90 за Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду); до групи Гр2 увійшли 142 особи, які були батьками обстежених дітей; до групи Гр3 увійшли 83 вихователі дошкільних освітніх організацій, які відвідували діти з ГКР.

При дослідженні особливостей когнітивної сфери дошкільнят з ГКР був обраний наступний психодіагностичний інструментарій: «Коректурна проба» (малюнковий варіант); «Тепінг-тест», «Пам'ять на образи», «10 слів», «Четвертий зайвий». Особливості самовідношення вивчали за допомогою методик «Автопортрет» та «Драбинка». Для визначення типу та мотивів нетипової поведінки дітей з ГКР та визначення поведінкової мотивації використовували «Шкалу обстеження поведінкової мотивації», яку заповнювали батьки дошкільнят [4, 5].

Для психологічного тестування в групі батьків дітей з ГКР (Гр2) використовували опитувальник батьківського відношення (адапт. А. Я. Варга, В. В. Столін), методику діагностики відношення до хвороби дитини (адапт. В. Е. Каган, І. П. Журавльова); дослідження якості життя батьків проводили за допомогою методики Mezzich, Coher, Ruizezer, Liu & Yoon, 1999 [4]. Вихователі, які працюють у дитячих освітніх організаціях обстежені за допомогою анкети для педагогів гіперактивної дитини; методики діагностики рівня емоційного вигорання В. В. Бойка [4].

Статистичну обробку отриманих даних виконували за допомогою статистичного пакету «Statistica 7.0. for Windows», а також за допомогою t-критерію Стьюдента, U-критерію Манна-Уїтні, ϕ -критерію Фішера та χ^2 -критерію Пірсона.

Результати та їх обговорення. В результаті дослідження у дітей Гр1 було виявлено порушення в психоемоційній (76,43 %), когнітивній (61,78 %) та поведінковій (53,14 %) сферах, зниження самооцінки (52,14 %) та порушення комунікативних навичок (48,62 %). Відомо, що наявність діагнозу ГКР у дитини негативно впливає на якість її соціалізації та адаптації в умовах сім'ї, а також на якість життя родини в цілому. Завдяки проведенню психодіагностичного тестування в групі батьків (Гр2) було вивчено особливості функціонування дітей в умовах родини, в результаті чого отримано дані про порушення дитячо-батьківських відносин (68,27 %), дезадаптивний тип ставлення батьків до хвороби дитини (56,1 %), зниження якості життя членів обстежених родин (63,33 %). Вихователі ДОО, які відвідували діти з ГКР, відмічали недостатність необхідних професійних знань та навичок щодо організації розвитку та навчання дошкільнят з ГКР (71,3 %). Також у групі Гр3 відмічали прояви синдрому емоційного вигорання (67,19 %).

Був розроблений і впроваджений психокорегувальний комплекс, що складався з трьох блоків, перший з яких був направлений на дитину, другий – на батьків дітей з ГКР, третій – на педагогів ДОО. Ефективність розробленої психокорекційної системи доведена завдяки проведенню психодіагностичного дослідження після корекції. У результаті проведення комплексної психокорекційної роботи були отримані результати, що свідчать про ефективність розробленої системи. У дітей спостерігали позитивні зміни в когнітивній сфері (72,31 %), підвищення рівня самооцінки (68,5 %), поліпшення вміння планувати свою діяльність (79,23 %), зниження кількості проявів гіперактивної та імпульсивної поведінки (67,73 %), поліпшення комунікативних навичок (63,24 %).

У сім'ях спостерігали поліпшення взаємодії між батьками і дитиною (83,41 % сімей) та поліпшення загальної якості життя сім'ї з дитиною із ГКР (78,23 % сімей). У результаті опитування фахівців після проведення психокорекційних інтервенцій виявлено, що, збільшилася їх професійна компетентність і успішність, ознаки синдрому burn-out вдалося нівелювати у 92,36 % педагогів. Різниця між результатами психодіагностичного тестування на етапах до та після корекції була статистично достовірною у всіх групах дослідження ($p \leq 0,05$).

Висновки та перспективи подальших досліджень з цього напрямку. В результаті дослідження виявлені певні порушення як у дітей, так і в сімейних відносинах, а розроблена програма медико-психологічного супроводу для дітей з ГКР в умовах родини та ДОО має вагомими перспективи впровадження в практику роботи інклюзивних освітніх організацій. Отримані дані дають можливість у подальшому виявити фактори ризику виникнення порушень адаптації у дітей з ГКР та розробити програму превенції таких порушень.

Ключові слова: гіперкінетичний розлад, дошкільний вік, сім'я, дошкільна освітня організація, медико-психологічний супровід.

Список використаної літератури

1. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев : Морион, 2001. – 408 с.
2. Моница Г. Работа с «особым» ребенком / Г. Моница, Е. Лютова // Первое сентября. – 2000. – № 10. – С. 16–22
3. Овчарова Р. В. Практическая психология в начальной школе / Р. В. Овчарова. – М.: Сфера, 1996. – 240 с.
4. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара. «Бахрах-М», 2002. – 672 с.

K. V. Aymedov, O. V. Krivonogova, Yu. Ye. Kokorina, Yu. O. Aseyeyva

THE PARTICIPATION OF FAMILIES AND PROFESSIONALS IN THE ORGANIZATION OF ASSISTANCE TO PRESCHOOL CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDER Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine dgylia.as@gmail.com

Background. There is a large number of approaches to correction of emotional and cognitive spheres, personality disorders and deviations in the behavior of children of preschool age who are diagnosed with hyperkinetic disorder (HKD). However, researchers often consider the problem unsystematically, moreover, the object of correction in the structure of the above-mentioned syndrome are becoming the individual deviations, but not the personality of the child as a whole.

Objective. Therefore, the purpose of our work was to study based on a systems approach peculiarities of disadaptation of a child with hyperkinetic disorder and to develop a program of medical and psychological support of a child with HKD in conditions of family and educational organization.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of three children's preschool educational organizations in Odessa. Three groups of respondents were involved in this study: the First group consisted 142 children aged 3 to 6 years with a clinical diagnosis of «Hyperkinetic disorder»; the Second group included 142 persons who were the parents of studied children; the Third group consisted 83 teachers of pre-school educational institutions (PSEL) which the children with hyperkinetic disorder was attended.

Results. As a result of this research disturbances in the psychoemotional sphere (76.43 %), cognitive (61.78 %) and behavioral (53.14) spheres and decrease of self-esteem (52.14 %) and disruption of communicative skills (48.62 %) were revealed in children of the first group.

Due to the psychodiagnostic testing in the group of parents (G2), the peculiarities of children's functioning in the conditions of family were studied, as a result of which information about disturbances child-parent relations (68.27 %), disadaptive type of parent's relation to the child's illness (56.17 %), decrease of life quality of the members of the surveyed families (63.33 %) were obtained.

Upbringers was noted about lack of necessary professional knowledge and skills in the organization of development and training of preschool children with HKD (71.3 %).

The psychocorrective complex consisting of three blocks was developed and implemented: the first one being directed to the child, the second one was to the parents of children with HKD, the third one was attended by the teachers of the PSEL. The effectiveness of the developed psycho-correction system by conducting a psychodiagnostic study after correction is proved.

Conclusions. Thus, as a result of the study, certain disturbances were detected in both as in children as in family relationships, also the program of medical and psychological support for children with HKD in the family was developed. Likewise, the PSEL has significant prospects for the implementation to the work of inclusive educational organizations. The obtained data provide an opportunity to further identify the risk factors for disturbances of adaptation of children with HKD and develop a program to prevent such disturbances.

Keywords: hyperkinetic disorder, preschool age, family, preschool educational organization, medical and psychological support.

УДК 616.89-008.14:618.19-006.6-069.81

I. I. Анікіна

ДОСВІД НАДАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ХВОРИМ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ, ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

anikinainna@ukr.net

Актуальність. Несприятливий прогноз в онкології є причиною широкого кола психічних розладів, які дебютують на етапах діагностики та формуються впродовж тривалого процесу лікування. По-перше, для вирішення проблеми важливо формувати пул пацієнтів з належним комплаєнсом, конкордансом та адгеренсом; по-друге – застосовувати принцип мінімального зовнішнього втручання з максимальним терапевтичним ефектом.

Мета – оптимізація менеджменту короткофокусної психотерапевтичної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, після мастектомії, а також оцінка її ефективності.

Матеріали та методи дослідження. Групу жінок ($n=30$), хворих на рак молочної залози, після мастектомії, обстежували на наявність депресивних, тривожних та фобічних симптомів (згідно з критеріями МКХ-10). Когнітивно-поведінкова психотерапія була призначена пацієнткам адгерентно – шляхом залучення активного усвідомленого рішення вибору психотерапевтичної допомоги – 10 сеансів по 60 хвилин. Ці 30 жінок були поділені на дві порівняльні групи. Результати психотерапії оцінювали з використанням анкети для оцінки досвіду участі в групі (ГЕВ) та опитувальника групового клімату (GCS-Q).

Результати та їх обговорення. Адгерентний вибір психотерапії позитивно вплинув на роботу груп (що зазначили пацієнтки в опитувальниках). Порівнюючи дві групи, помітно, що «початковий» результат опитування «буття у групі» є якісно кращим під час другого відвідування, що частково пояснюється явищем набуття досвіду і появою в дослідника-психотерапевта внутрішнього «паттерну» поведінки при роботі з групами хворих на рак молочної залози в різних обставинах.

Висновки. Адгерентний метод (активне залучення та обговорення планованого лікування лікаря з пацієнтом) виявився ефективним. Різноманітність невротичних симптомів у групі може стати можливим ресурсом для їх подолання. GEB та GCQ-S корисні для визначення ефективності групової короткофокусної психотерапії. Досвід та впевненість психотерапевта є важливими для отримання найкращого очікуваного терапевтичного ефекту в цільового контингенту.

Ключові слова: рак молочної залози, депресія, тривога, фобія, психотерапія.

I. I. Anikina

EXPERIENCE IN PROVIDING PSYCHOTHERAPEUTIC CARE TO WOMEN WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY

The Danylo Halytsky Lviv National Medical University Department of Psychiatry, Psychology and Sexology, Lviv, Ukraine

anikinainna@ukr.net

Background. An unfavorable prognosis in oncology is the cause of a wide range of mental disorders, which are already debuted at the diagnostic stages and are formed throughout the long process of treatment. Firstly, in solving the problem, it is important to mold the pool of patients with adequate compliance, concordance and adherence; secondly – application of the principle of «minimal external intervention with maximum therapeutic effect». The purpose of the article is to optimize the management of short-focus psychotherapeutic care (and its effectiveness evaluation) for women with breast cancer after mastectomy.

Objective. To optimize the management of short-focus psychotherapeutic care (and assess its effectiveness) for women with breast cancer after mastectomy.

Materials and methods. A group of women (n=30) with breast cancer after mastectomy was examined for the presence of depressive, anxiety and phobic symptoms (due to ICD-10). Cognitive – behavioral psychotherapy was prescribed adherently by involving active consciousness in the choice of the patient to pass / or not to undergo short-focus group therapy (10 meetings for 60 minutes). This 30 women were divided into two comparative groups. The assessment of the psychotherapy was carried out in two ways – by Questionnaire to assess the experience of participating in the group (GEB) and the Group Climate Questionnaire (GCQ-S).

Results. The aware adherent choice positively influenced to the work of groups (noted by the patients in the questionnaires). Comparing the two groups, it is noticeable that the «initial» result of the survey of «being in a group» is qualitatively better at the time of the second group, which can be partly explained by the phenomenon of gaining experience and appearing in the researcher – psychotherapist internal «pattern» of behavior in various circumstances while working with groups with breast cancer pathology.

Conclusions. The adherent method (active involvement and discussion of the planned treatment of a physician with a patient) is effective. The multiplicity of neurotic symptoms in a group can be a possible resource in overcoming the symptoms. GEB and the GCQ-S are useful to determine the effectiveness of short-focus group psychotherapy. Confidence of a psychotherapist is significant for the best expected group therapeutic effect.

Keywords: breast cancer, depression, anxiety, phobia, psychotherapy.

УДК 616.8-009+616-08

Ю. М. Бежук

РІВЕНЬ ОБСЕССИВНИХ ПРОЯВІВ У СТРУКТУРІ ПАНІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ЇХ ЛІКУВАННЯ

ДЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

jbezhuk@ukr.net

Актуальність. Сьогодні відмічається зростання поширеності панічних розладів у загальній структурі захворювань невротичного регістру (Б. В. Михайлов, 2014). У таких хворих виникає зафіксована негативна реакція можливого повторного виникнення нападу панічної атаки, а головне – виражена стурбованість заподіяними наслідками для подальшого функціонування організму (Ю. В. Попов, 2002).

Мета – дослідити особливості obsесивних симптомів у хворих на панічний розлад, їх роль у патогенетичному механізмі формування панічної атаки та лікування когнітивних порушень.

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладений клініко-психопатологічний та клініко-анамнестичний аналіз 35 випадків панічного розладу різної тривалості у хворих чоловічої (18 осіб) та жіночої (17 осіб) статі. Вік обстежених склав від 18 до 49 років. Формування вибірки проводили серед пацієнтів, які амбулаторно звернулись за медичною допомогою з приводу панічних атак, для лікування яких застосовували медикаментозну терапію та психотерапію. Психодіагностично досліджували відсоток часу бадьорості, який займали obsесивні думки. Дослідження проводили з використанням клініко-катамнестичного методу оцінки результатів лікування.

Результати та їх обговорення. Всі обстежені, хворі на панічний розлад, мали наявність негативних obsесій, які займали в середньому 48,9 % часу бадьорості. Додатковим показником був відсоток «вільного» часу, переважно ввечері, який становив 87,6 %.

Встановлено, що негативні думки підсилюють рівень тривоги і, таким чином, запускають механізм чергового нападу панічної атаки.

Переважає більшість осіб, а саме 26 хворих, проходили психотерапевтичне лікування, з них 19 приймали вортіоксетин. Решта 9 респондентів отримували тільки медикаментозну терапію. Згідно з даними катамнестичного дослідження, яке проводилось через 3 місяці, найефективнішим виявилось застосування комбінованої терапії.

Висновки. Obsесивні симптоми наявні у більшості хворих на панічний розлад і входять в структуру механізму формування чергового нападу панічної атаки. При лікуванні панічного розладу найефективнішою є комбінація психотерапії та вортіоксетину.

Ключові слова: панічний розлад, obsесії, психотерапія, вортіоксетин.

Yu. M. Bezhuk

LEVEL OF OBSESSIVE MANIFESTATIONS IN THE STRUCTURE OF PANIC DISORDERS AND THEIR TREATMENT

SI «Ivano-Frankivsk National Medical University», Ivano-Frankivsk, Ukraine

jbezhuk@ukr.net

Background. Today, we can note the growth of panic disorder among diseases of the neurotic register.**Objective.** To study the features of obsessive symptoms of patients with panic disorder, their role in the pathogenic mechanism of panic attack formation and treatment of cognitive disorders.**Materials and methods.** The basis of the work is the clinical and psychological analysis of 35 cases of panic disorder and clinical-catamnestic method of evaluation of treatment results.**Results.** In the examined patients, the presence of obsessions amounted to an average of 48.9% of the time of vivacity. In the research, we established that negative thoughts increase the level of anxiety and, thus, trigger the mechanism of the next attack of a panic attack.**Conclusions.** We found obsessive symptoms in most patients with panic disorder and they are included in the structure of the mechanism of forming the next attack of panic disorder. The most effective combination in the treatment of panic disorder is psychotherapy in combination with vortioxetine.**Keywords:** panic disorder, obsession, psychotherapy, vortioxetine.

УДК 616.89-083.98:355.11+61:355.422

О. В. Богомолец¹, І С. Трінька¹, І. Ф. Здорик², О. О. Ковалик³, О. О. Несен⁴, Я. В. Поліщук⁵,
А. В. Сергієнко^{5,6}, Т. А. Сергієнко⁷, А. С. Фокіна⁵

ТЕХНОЛОГІЇ ЗМІНЕНИХ СТАНІВ СВІДОМОСТІ У ЗАХОДАХ ЩОДО НАДІЙНОСТІ ПЕРСОНАЛУ І ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ДОВГОЛІТТЯ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ²Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ³Головне управління розвідки МО України⁴Національна академія внутрішніх справ, м. Київ⁵Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», м. Київ⁶Всеукраїнська асоціація «Афганці Чорнобиля», м. Київ⁷Служба безпеки України

thalib323@gmail.com

Актуальність. В умовах оперативно-бойової діяльності на весь особовий склад органів і військ та цивільне населення впливає комплекс інтенсивних тривало діючих стресогенних чинників, що призводить до напруження і виснаження адаптаційних систем організму та виникнення у значній кількості осіб оперативно-бойової психічної травми (ОБПТ). Сподівання на стихійну, так звану «психологічну» реабілітацію, є утопічними. Адаптація особистості до змінених вимог при виконанні професійних завдань і, згодом, у специфічних умовах цивільного життя, була і залишається провідною проблемою медико-психологічного забезпечення ефективної діяльності людини.

Об'єкт дослідження – кадрові військовики, оперативний склад негласних розвідувально-пошукових, оперативно-технічних підрозділів і оперативно-бойових (партизанських) загонів, рятувальники, мисливці (добровольці), цивільне населення окупованих територій (понад 5 тис. осіб).

Предмет дослідження – психологічні якості військовослужбовців, акцентуації характеру, нервово-психічна нестійкість, прояви тривожних станів та депресивних розладів, ОБПТ, змінні стани свідомості (ЗСС).

Мета – оцінити ефективність впровадження у практичну діяльність військово-медичних і військово-психологічних служб силових відомств України результатів фундаментальних та прикладних досліджень колишньої Всесоюзної Проблеми № 9, що була затверджена Постановою ЦК КПРС і РМ СРСР від 19.07.1985 р. № 700-215сс/ОВ, відповідним Наказом КДБ СРСР № 0060 і Наказом МО СРСР № 00120, на різних етапах медичної евакуації в умовах техногенних аварій, природних катастроф, збройних конфліктів тощо.

Матеріали та методи дослідження. З квітня 1986 р. по теперішній час із застосуванням особистісного опитувальника «НПН-А» (нервово-психічна нестійкість – акцентуації), стандартних методик психофізіологічного відбору і добору військових спеціалістів, психодіагностичних методик оцінки професійно важливих якостей особового складу військово-морського флоту і оперативного складу органів МВС-СБУ, власних розробок, вивчено статистично значущу представницьку групу різних професійних і вікових категорій. Застосовували також методи дебрифінгу, психологічної декомпресії та кризової інтервенції, групові й індивідуальні психолого-психіатричні консультації.

Результати та їх обговорення. 1. Вивчені основні чинники, що призводять до виникнення і зростання ОБПТ у реальних бойових умовах. Розроблені математичні моделі і методи для своєчасного розпізнавання таких чинників.

2. Впроваджені військово-медичні психоінформаційні (психотронні) технології ЗСС щодо запобігання ОБПТ, для збереження і підвищення боєздатності гласного і негласного апарату внутрішньої і зовнішньої розвідок через медитативні практики, свастичну і рунічну йогу, наркоаналіз, наркопсихотерапію, психоделічний (каліпсол) психоаналіз, легендоване програмування майбутньої біографії, «чаромутний» психолінгвістичний вплив, холотропну трансформацію світогляду, відновлення після інтенсивної психоінформаційної ворожої обробки тощо.

Висновки. 1. Практична значущість і необхідність застосування військово-медичних психоінформаційних (психотронних) технологій доведена.

2. Особи, які не проходили попередній психофізіологічний відбір і добір, мають низький рівень адаптації до особливих умов оперативно-бойових завдань, більш тривалий термін відновлення і труднощі медико-психологічної адаптації до специфічних (після воєнних) умов цивільного життя.

3. Після виконання оперативно-бойових завдань спостерігаються психологічне виснаження і різні варіанти бойової втоми у вигляді астенодепресивного синдрому з суїцидними тенденціями, немотивованої агресії, прихованої («утаємненої») інвалідності, психопатизації, ангедонії, залежності від психоактивних речовин тощо, які купіруються і корегуються саме застосуванням психоінформаційних (психотронних) технологій.

Ключові слова: оперативне (професійне) довголіття, психічна травма, психопрофілактична робота, психіатрія та психологія нещасних випадків та екстремальних ситуацій, організація психіатричної допомоги.

O. V. Bogomolets¹, I. S. Trinka¹, I. F. Zdoryk², O. O. Kovalyk³, O. O. Nesen⁴, Y. V. Polishchuk⁵, A. V. Sergienko^{5,6}, T. A. Sergienko⁷, A.S. Fokina⁵
TECHNOLOGIES OF THE CHANGED CONDITIONS OF CONSCIOUSNESS IN ACTIONS ON THE RELIABILITY OF STAFF AND SUPPORT OF OCCUPATIONAL LONGEVITY

¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

²Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³Defence Intelligence Ministry of Defence of Ukraine, Ukraine

⁴National Academy of Internal Affairs, Kyiv, Ukraine

⁵Private Higher Educational Institution «Kyiv Medical University», Kyiv, Ukraine

⁶All-Ukrainian Association «Afghans of Chernobyl», Kyiv, Ukraine

⁷Security Service of Ukraine, Ukraine

thalib323@gmail.com

Background. A range of intensive standing stress factors affects the entire staff of the military and the civilian population in the operational and combat activities, which leads to stress and exhaustion of adaptive systems of the body and the emergence of an operational and combat psychological trauma (OCPT) of most individuals. The hope for spontaneous, so-called «psychological» rehabilitation is utopian. Adaptation of personality to changed requirements in the performance of professional tasks and, subsequently, in specific conditions of civil life, was and remains the leading problem of medical and psychological support for effective human activities.

Object of the study: military staff, operational staff of secret intelligence agents, operational and technical units and operational-combat detachments, rescuers, volunteers, civilian population of the occupied territories (more than 5 thousand people).

Subject of the study: psychological qualities of soldiers, accentuation of character, neuro-psychiatric disorder, manifestations of anxiety and depressive disorders, OCPT, changed states of consciousness (CSC).

Objective – to evaluate the effectiveness of the implementation of the results of the fundamental and theoretical studies of the former All-Union Problem No. 9 in the military-medical and military-psychological services of the Ukrainian law enforcement agencies, which was approved by the Resolution of the Central Committee of the CPSU and the Ministry of Foreign Affairs of the USSR dated July 19, 1985, No. 700-215ss/OB, by the corresponding order of KGB of the USSR No. 0060 and the Order of the Ministry of Defense of the USSR No. 00120, at various stages of medical evacuation in the conditions of natural and technical disasters, armed conflicts, etc.

Materials and methods. Using personal questionnaire «NPI-A» (neuro-psychological instability - accentuation), of standard methods of psycho-physiological selection and selection of military specialists, psycho-diagnostic methods for assessing professionally important qualities of the Navy manpower and the operational staff of the Ministry of Internal Affairs-Security Service of Ukraine, own developments, a statistically significant representative group of various professional and age categories were studied since April 1986 to date. Also, methods of debriefing, psychological decompression and crisis intervention, group and individual psycho-psychiatric consultations were used.

Results.

1. The main factors that lead to the emergence and growth of OCPT in real combat conditions are studied. Mathematical models and methods for timely recognition of such factors are developed.

2. Military-medical psycho-informational (psychotronic) technologies CSC are implemented for preventing of OCPT, in order to preserve and enhance the combat capability of the known and the secret organizations of internal and external intelligence through: meditative practices, different types of yoga, narcoanalysis, narco-psychotherapy, psychedelic (calyptol) psychoanalysis, fictional programming of the future biography, «magic» psycholinguistic effects, holotropic transformation of a worldview, a recovery after intensive psycho-informative treatment, and so on.

Conclusions.

1. Practical significance and the necessity of using military-medical psycho-informational (psychotronic) technologies has been proved.

2. The individuals who did not pass the previous psycho-physiological selection and additional selection have a low level of adaptation to the special conditions of combat tasks, longer term of recovery and the complexity of medical-psychological adaptation to the specific conditions of civil life.

3. There are such monitoring results after realization of operational-combat tasks: psychological exhaustion and various types of combat fatigue in form of astheno-depressive syndrome occurring with suicidal tendencies, unmotivated aggression, concealed disability, psychopathisation, anhedonia, abuse of psychotropic substances, etc., that can be blocked and adopted using psycho-informational (psychotronic) technologies.

Keywords: operational (professional) longevity, mental trauma, psychoprophylaxis, psychiatry and psychology of accidents and extreme situations, organization of psychiatric care.

УДК 616.895-06:616.89-008.441.13-039:57.034

Л. В. Животовська, В. В. Борисенко, О. А. Казаков

АФЕКТИВНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАПІЙНИМИ СТАНАМИ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ З УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ХРОНОТИПУ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

lzhyvotovska@gmail.com

Актуальність. На всіх етапах формування та перебігу алкогольної залежності найчастішим клінічним проявом є афективна патологія, в структурі якої важливе місце займають депресивні і тривожні розлади.

На сьогодні досить активно вивчається стан біологічної ритміки у хворих з різною патологією. У літературних джерелах підкреслюються важливість і перспективність біоритмологічних досліджень у вивченні всіх патогенетичних ланок хронічних захворювань – від соціально-стресових, емоційних і особистісних розладів до формування психоемоційної і нейровегетативної дезадаптації і сформованої органної патологічної ситуації.

Мета – вивчення особливостей афективних проявів у пацієнтів з запійними станами при алкогольній залежності з урахуванням індивідуального хронотипу.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 226 пацієнтів з алкогольною залежністю (F10.2–F10.4), які мали постійний тип зловживання алкоголем, віком від 23 до 59 років, в тому числі 157 (69,5 %) чоловіків та 69 (30,5 %) жінок. Обстеження проводили після завершення курсу дезінтоксикаційної терапії за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного, біоритмологічного, статистичного методів. Дослідження психоемоційної сфери проводили з використанням шкали Монтгомері–Асберг (MADRS) для оцінки тяжкості депресії та шкали Спілбергер–Ханіна для оцінки рівня тривожності, індивідуальний хронотип визначали за анкетною Естберга (1976). З урахуванням оцінки біоритмологічного статусу було сформовано три клінічні групи: в 1 групу увійшли 100 (44,2 %) пацієнтів ранкового типу, в 2 групу – 70 (31,0 %) осіб недиференційованого типу, в 3 групу – 56 (24,8 %) осіб вечірнього типу.

Результати та їх обговорення. Аналіз розподілу показників реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) показав, що серед всіх обстежених високий рівень (≥ 46 балів) РТ зареєстрований у 102 (45,1 %) пацієнтів, середній рівень (31–45 балів) – у 91 (40,3 %), низький рівень (≤ 30 балів) – у 33 (14,6 %); високий рівень ОТ був у 93 (41,1 %) пацієнтів, середній – у 122 (53,9 %) і низький – у 11 (4,9 %). При цьому в 3 групі переважали респонденти ($73,21 \pm 5,92$ %), бальна оцінка показників РТ яких була високою, порівняно з 2 групою – $44,29 \pm 5,94$ %, $\chi^2 = 10,631$, $p = 0,002$, та 1 групою – $30,0 \pm 4,58$ %, $\chi^2 = 27,033$, $p < 0,001$. Високий рівень ОТ також був у більшості пацієнтів 3 групи ($75,0 \pm 5,79$ %), на відміну від 2 групи ($40,0 \pm 5,86$ %) та 1 групи ($23,0 \pm 4,21$ %), $p < 0,001$. Середні показники РТ достовірно частіше відзначали у 1 групі, порівняно з 3 групою – $52,2 \pm 5,0$ % і $23,21 \pm 5,64$ % відповідно, $\chi^2 = 9,314$, $p = 0,003$. У 3 групі респондентів з низьким рівнем РТ не було, тоді як $18,0 \pm 3,84$ % пацієнтів 1 групи та $21,43 \pm 4,90$ % – 2 групи мали низькі показники РТ ($p < 0,001$).

За шкалою Монтгомері–Асберг встановлено наявність депресивної симптоматики у 139 (61,5 %) обстежених, з них у 36 (15,9 %) була легка депресія (16–25 балів), у 89 (39,4 %) – помірна (26–30 балів), у 14 (6,2 %) – тяжка (> 30 балів). Порівняння ступеня тяжкості депресії в залежності від біоритмологічного статусу показало, що тяжка депресія частіше зустрічалася в 3 групі, порівняно з 1 групою – $10,71 \pm 4,13$ % і $3,0 \pm 1,71$ % відповідно, $\chi^2 = 3,930$, $p = 0,048$, а також рідше були відсутні депресивні симптоми – $28,57 \pm 6,04$ % і $46,0 \pm 4,98$ %, $\chi^2 = 4,553$, $p = 0,033$.

Висновки. У пацієнтів з постійним типом зловживання алкоголем превальювали високий рівень реактивної тривожності і помірна депресія. При аналізі особливостей афективного статусу з урахуванням індивідуального хронотипу виявлено, що у осіб вечірнього типу переважав високий рівень РТ і ОТ, порівняно з обстеженими з ранковим і недиференційованими типами ($p < 0,01$). Також у пацієнтів вечірнього типу, порівняно з ранковим, частіше зустрічалася тяжка депресія і було мало респондентів, які не мали депресивних симптомів ($p < 0,05$). Отримані результати розширюють можливості оптимізації патогенетичної комплексної терапії даної категорії пацієнтів.

Ключові слова: алкогольна залежність, запійні стани, афективні розлади, біоритмологічний статус.

L. V. Zhyvotovska, V. V. Borysenko, O. A. Kazakov

AFFECTIVE STATUS OF PATIENTS WITH DRUNKEN STATES WITH ALCOHOL DEPENDENCE TAKING INTO ACCOUNT THE INDIVIDUAL CHRONOTYPE
Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava, Ukraine
lzhyvotovska@gmail.com

Background. At all stages of the formation and flow of alcohol dependence the most frequent clinical manifestation is affective pathology, in the structure of which an important place is occupied by depressive and anxiety disorders.

Objective. Purpose of work – to study the features of affective manifestations in patients with drunken states with alcoholic dependence, taking into account the individual chronotype.

Materials and methods. It was examined 226 patients (F10.2–F10.4) with stable type of alcohol abuse, aged from 19 to 63 years, of which 157 (69,5 %) – men, 69 (30,5 %) – women. The study used the clinical-psychopathological, psychodiagnostic, biorhythmologic and statistical methods. It was used Montgomery-Asberg and Spielberger-Hanin scales, the individual chronotype was determined by the Östberg's questionnaire (1976). Taking into account the assessment of the biorhythmologic status, three clinical groups were formed: group 1 included 100 (44,2 %) patients of the morning type, group 2 – 70 (31,0 %) persons of the undifferentiated type, group 3 – 56 (24,8 %) persons of the evening type.

Results. It was found that respondents with a high level of reactive anxiety (RA) ($73,21 \pm 5,92$ %) prevailed in group 3 compared to group 2 ($44,29 \pm 5,94$ %), $p = 0,002$ and group 1 ($30,0 \pm 4,58$ %), $p < 0,001$. High level of personal anxiety (PA) was also at most patients of the 3rd group ($75,0 \pm 5,79$ %), as opposed to group 2 ($40,0 \pm 5,86$ %) and group 1 ($23,0 \pm 4,21$ %), $p < 0,001$. Among the patients of the 3rd group respondents with low RA were absent, whereas $18,0 \pm 3,84$ % of the patients in group 1 and $21,43 \pm 4,90$ % group 2 had low RA ($p < 0,001$). Comparison of the degree of severity of depression, depending on the biorhythmologic status, showed that in group 3 there was more severe depression than in group 1 – $10,71 \pm 4,13$ % and $3,0 \pm 1,71$ % respectively, $p = 0,048$, and also less depressive symptoms – $28,57 \pm 6,04$ % and $46,0 \pm 4,98$ %, $p = 0,033$.

Conclusions. Thus, in individuals of the evening type, a high level of RA and PA prevailed in comparison with the morning and undifferentiated type ($p < 0,01$). Also, in patients of the evening type, severe depression ($p < 0,05$) was more common than in patients with the morning type. The obtained results broaden the possibilities of optimization of pathogenetic complex therapy of this category of patients.

Keywords: alcohol dependence, drunken states, affective disorders, biorhythmologic status.

УДК 616.89-008.441.44-071.1:616.89-008.454

І. Г. Мудренко

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ
ТА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми

mudrenko.irina@gmail.com

Актуальність. Суїцидальна поведінка (СП) є головною проблемою психіатричної спільноти. Люди похилого віку піддаються низці негативних впливів, що сприяють формуванню СП. Окрім того, наявність супутньої соматичної патології є підґрунтям для формування у даної категорії хворих СП.

Мета – визначення клініко-анамнестичних предикторів СП у хворих з різними клінічними варіантами деменцій.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 213 хворих з використанням клініко-анамнестичного методу, з них 75 з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера, 50 – з судинною, та 60 – зі змішаним типом. Хворі за чинником наявності ознак СП (намірів, спроб, думок, висловлювань) були поділені на основну та контрольну групи.

Результати та їх обговорення. На підставі проведеного статистичного аналізу між основною та контрольною групами встановлено вірогідні розбіжності за клініко-анамнестичними ознаками, що стали відповідними предикторами ризику та антиризиків СП у хворих із різними типами деменцій.

Встановлено вірогідні розбіжності між основною та контрольною групами за типологією соматичних захворювань. У хворих з високим СР при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера достовірно частіше зустрічались цукровий діабет, ХОЗЛ та артрози великих суглобів ($t=2,09$; $p<0,05$).

Анамнестичні події у хворих основної групи з хворобою Альцгеймера були представлені алкоголізмом, ЧМТ та переломами кісток кінцівок і тулуба в 11,1±5,31 % випадків, оперативними втручаннями – в 44,4±8,4 %, суїцидальними спробами в анамнезі – у 33,3±7,97 %.

В анамнезі хворих групи порівняння (без СР) були лише оперативні втручання у 43,6±8,04 % випадків.

Результати порівняльного аналізу профілю анамнестичних подій у хворих основної та контрольної груп підтвердили наявність достовірних розбіжностей. Хворі з високим ризиком суїциду в минулому частіше зазнавали впливу травматичних подій (ЧМТ, переломи кінцівок) ($t=2,09$; $p<0,05$), хронічної інтоксикації алкоголем ($t=2,09$; $p<0,05$) та мали суїцидальні спроби ($t=4,17$; $p<0,001$).

Хворі основної групи з деменцією внаслідок хвороби Альцгеймера мали спадкову обтяженість суїцидальними спробами та хронічним алкоголізмом ($t=2,09$; $p<0,05$).

У хворих із судинною формою деменції супутня соматична патологія була представлена переважно цереброваскулярними ураженнями у формі ГХ та ДЕП – 56,4±8,04 % і 41±7,98 % в основній групі та 61,8±8,46 % і 52,9±8,69 % – у контрольній. Вірогідних розбіжностей між групами за частотою даних захворювань не було.

Аналіз результатів показав, що для 46,2±8,09 % пацієнтів з високим СР при судинній деменції була характерна кардіальна патологія у формі ІХС, а серед групи порівняння (без СР) захворювання серця зустрічались рідко, загалом у 2,94±2,94 % випадків ($t=5,025$; $p<0,001$).

Аналіз преморбіді хворих із судинною деменцією встановив переважання в анамнезі мозкових катастроф у вигляді інфаркту ГМ та ГПМК за геморагічним типом, як в основній (20,5±6,55 % та 7,69±4,32 %) так і в контрольній групах (41,2±8,57 % та 23,5±7,38% відповідно). Отримані дані достовірно не різнились у порівнюваних групах, так як судинне ураження ГМ є підґрунтям для формування когнітивного дефіциту незалежно від ризику суїциду.

Аналіз перенесених негативних життєвих подій у хворих з судинною деменцією продемонстрував достовірне переважання в основній групі (з СР) ЧМТ ($t=2,99$; $p<0,01$); оперативних втручань ($t=3,96$; $p<0,001$); суїцидальних спроб в анамнезі ($t=3,00$; $p<0,01$).

Спадкова обтяженість як в основній, так і в контрольній групах була представлена когнітивними порушеннями в поєднанні з цереброваскулярною патологією. Відмінностей між групами, які вивчалися, за рівнем спадкової обтяженості не виявлено.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що у хворих зі змішаним типом дементного процесу (нейродегенеративного та судинного) у порівнюваних групах здебільшого була наявна поліморфна соматоневрологічна патологія у формі ГХ (50±9,28 % в основній та 86,7±6,31 % в контрольній групі), ДЕП (50±9,28 % та 86,7±6,31 %), цукрового діабету (50±9,28 % та 0±0 %), вікової катаракти (16,7±6,92 % та 10±5,57 %), ІХС (33,3±8,75 % та 60±9,1 % відповідно).

У групі без проявів СП пацієнтів з діагностованою цереброваскулярною патологією (ГХ, ДЕП) та ІХС було менше, ніж в основній (достовірність розбіжностей на рівні ($t=3,27$; $p<0,01$ та $t=2,11$; $p<0,05$ відповідно).

Хворі з високим ризиком суїциду вірогідно частіше протягом життя зазнавали дії травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) та мали ГПМК за геморагічним типом, порівняно з групою контролю (без СР) (16,7±6,92 % та 0±0 % відповідно) ($t=2,4$; $p<0,05$).

Аналіз профілю спадкових захворювань виявив переважання серед родичів хворих з високим ризиком суїциду осіб з когнітивними порушеннями ($t=2,4$; $p<0,05$), в групі порівняння (без СР) – осіб з алкоголізмом та цереброваскулярною патологією ($t=2,96$; $p<0,01$) та ($t=4,70$; $p<0,001$).

Висновки. У дослідженні ми визначили клініко-анамнестичні фактори ризику суїциду у хворих із різними клінічними формами деменцій:

При деменції внаслідок хвороби Альцгеймера:

- гетерогенність супутньої соматичної патології у формі цукрового діабету, ХОЗЛ, ДОО ($t=2,09$; $p<0,05$);
- травматичні події (ЧМТ та переломи кісток тулуба та кінцівок) та хронічна алкогольна інтоксикація в анамнезі ($t=2,09$; $p<0,05$);
- суїцидальні спроби в минулому ($t=4,17$; $p<0,001$);
- суїцидальна історія та алкоголізм у родині ($t=2,09$; $p<0,05$).

При судинній деменції:

- поєднання з кардіальною патологією ($t=5,025$; $p<0,001$);
- травматичні події протягом життя: ЧМТ ($t=2,99$; $p<0,01$); оперативні втручання ($t=3,96$; $p<0,001$); суїцидальні спроби ($t=3,96$; $p<0,001$).

При змішаній деменції:

- поєднання з цукровим діабетом ($t=5,38$; $p<0,001$)
- дія травматичних впливів (ЧМТ, суїцидальні спроби) протягом життя ($t=2,4$; $p<0,05$);
- ГПМК за геморагічним типом в анамнезі ($t=2,4$; $p<0,05$);
- спадкова обтяженість когнітивними порушеннями ($t=2,4$; $p<0,05$).

До диференційних клініко-анамнестичних факторів антиризик суїциду належать:

- при деменції внаслідок хвороби Альцгеймера та судинній деменції факторів, що запобігають формуванню СП, за клініко-анамнестичними даними не визначено;
- при змішаній деменції: приєднання цереброваскулярної (ГХ, ДЕП) ($t=3,27$; $p<0,01$) та кардіальної патології (ІХС) ($t=2,11$; $p<0,05$); спадкова обтяженість алкоголізмом ($t=4,70$; $p<0,001$) та / або цереброваскулярна патологія ($t=4,70$; $p<0,001$).

Ключові слова: суїцидальна поведінка, хвороба Альцгеймера, судинна деменція, змішана деменція, клініко-анамнестичні предиктори.

I. H. Mudrenko

THE INTERRELATION OF THE CLINICO-ANAMNESTIC PECULIARITIES
OF THE PATIENTS AND SUICIDAL RISK CAUSED BY VARIOUS TYPES OF DEMENTIA

Sumy State University, Medical Faculty, Sumy, Ukraine
mudrenko.irina@gmail.com

Background. The suicidal behavior is one of the main problems within the sphere of psychiatry. The presence of coexistent somatic disorders causes the formation of suicidal behavior within the above-mentioned category of patients.

Objective of the research is to define the clinico-anamnestic predictors of suicidal behavior in patients with different types of dementia.

Materials and methods. A total of 213 patients were examined with the help of the clinico-anamnestic method, 75 of them had the dementia caused by Alzheimer's disease, 50 patients had vascular dementia and 60 patients suffered from mixed dementia. According to the presence of suicidal behavior symptoms (intentions, attempts, thoughts, utterances) all the patients were divided into two groups: the main and the control one.

Results. In the process of the research the clinico-anamnestic factors of suicidal risk in patients with different types of dementia were defined: sn dementia caused by Alzheimer's disease: heterogeneity of the coexistent somatic disorders in the form of the diabetes, COPD, osteoarthritis deformans ($p<0,05$); traumatic events (craniocerebral traumas, fractures of the body and limb bones) and chronic alcoholism within the medical history ($p<0,05$); suicidal attempts in the past ($p<0,001$); suicidal history and alcoholism in the family ($p<0,05$). In vascular dementia: coexistence with cardiac disorders ($p<0,001$); traumatic events throughout life: craniocerebral traumas ($p<0,01$); surgery ($p<0,001$); suicidal attempts ($p<0,001$). In mixed dementia: coexistence with diabetes ($p<0,001$); traumatic events (craniocerebral traumas, suicidal attempts) throughout life ($p<0,05$); acute cerebrovascular haemorrhagic disorders within the medical history ($p<0,05$); hereditary cognitive disorders load ($p<0,05$). To the differentiated clinico-anamnestic factors of the suicidal behavior anti-risk one can refer: according to the clinico-anamnestic data, in patients with dementia caused by Alzheimer's disease and with vascular dementia no factors preventing the formation of suicidal behavior are defined. In mixed dementia: adjunction of the cerebrovascular (dyscirculatory encephalopathy, hypertensive disease) ($p<0,01$) and cardiac disorders (coronary heart disease) ($p<0,05$); hereditary alcoholism load ($p<0,001$) and/or cerebrovascular disorders ($p<0,001$).

Conclusion. On the basis of the statistical analysis conducted, the possible differences between the main and the control group of patients according to their clinico-anamnestic features were defined. The above-mentioned features became the corresponding predictors of the risk and anti-risk suicidal behavior in patients with different types of dementia. The data obtained may be referred to in the process of suicidal condition diagnosing in different types of dementia.

Keywords: suicidal behavior, Alzheimer's disease, vascular dementia, mixed dementia, clinico-anamnestic predictors.

УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

О. К. Напреєнко, Н. Ю. Напреєнко, В. В. Бабич

ПРОТИРЕЦИДИВНА ТЕРАПІЯ ДЕПРЕСІЙ В ОСІБ, ЯКІ ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

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

napr_center@bigmir.net

Актуальність даної теми зумовлена недостатньою стійкістю терапевтичного ефекту, тобто значним відсотком рецидивів взаємозумовлених депресивних розладів (ДР) і таких форм алкогольної патології, як вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (ВАШН, за МКХ-10: F10.1) та синдром алкогольної залежності (АЗ, F10.2). Це призводить до цілої низки суттєвих ускладнень хвороби, а саме до помітного зростання тяжкості як ДР, так і АЗ та ВАШН.

Мета роботи – підвищення рівня медичної допомоги особам із ВАШН і депресією шляхом розробки, використання та оцінки результативності системи протирецидивної терапії (ПРТ), що враховує фактори походження та предиктори рецидивів, а також стадії ремісії.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 65 чоловіків віком від 24 до 53 років, в яких діагностовано ВАШН і ДР. Застосовано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (скринінг шкала AUDIT, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала самооцінки депресії Цунга, шкала Спілбергера – Ханіна, методика Леонгарда – Шмішека) і статистичний методи дослідження. Через 1 місяць після основного курсу лікування, за умови утримання пацієнтів протягом цього часу від вживання алкоголю, усім їм в амбулаторних умовах проводили протирецидивне лікування, яке, крім психофармакологічних і психотерапевтичних впливів, включало психопрофілактичні, психогігієнічні складові та санацію вісцеральної і неврологічної сфер. Відмінністю розробленої та впровадженої системи ПРТ було те, що вона проводилася диференційовано залежно від стадії ремісії. В першій – стадії «дозрівання ремісії» – було продовжено лікування, яке проводилося в «основному» (купірувальному) курсі. Воно спрямовувалося на подальше послаблення депресивної симптоматики, поступове зменшення інтенсивності медикаментозної садації з посиленням стимулювальних впливів і корекцію інших (неафективних), частіше непсихотичних, а інколи й психотичних психічних порушень. При

цьому відміну антидепресивних засобів здійснювали в загальмованому темпі, який дещо відставав від редукції симптомів депресії. В другій – стадії «стабілізації ремісії» – лікувально-профілактичні заходи були спрямовані на остаточне визначення спектра психофармакотерапії, яка сприяє або хоча б не заважає соціальній активності пацієнта. В третій – стадії «пререцидиву» – здійснювали динамічне спостереження з метою раннього виявлення пререцидивних психічних зрушень. При виявленні ознак повернення депресії, інших (коморбідних) психічних і соматоневрологічних порушень чи / та відновленні алкоголізації повторювалося активне психотропне та соматотропне комплексне лікування з використанням тих самих терапевтичних засобів й у тих самих дозах, які були ефективними в попередній активній фазі захворювання. При необхідності проводили їх корекцію. Якщо констатували зворотний розвиток рецидиву, надавали допомогу, аналогічну тій, що проводилася в стадії «дорівняння ремісії». В усіх зазначених стадіях ремісії проводилася психотерапія.

Результати та їх обговорення. Ефективність протирецидивного лікування оцінювали ретроспективно за стійкістю та тривалістю ремісії. При цьому розрізняли повну та часткову ремісії хвороби. Катamnестичні дані (6–24 місяці після основного курсу терапії) отримано про 42 хворих із ВАШН, з них 18 (43 %) були в стані часткової ремісії, тобто епізодично, набагато рідше, вживали алкоголь (такий результат було визнано покращенням), у 5 (12 %) ВАШН трансформувався в АЗ (негативний результат), у 24 (57 %) констатовано повну ремісію (значне покращення), вони абсолютно утримувалися від вживання алкоголю та не виявляли симптомів депресії. При порівнянні цих результатів із нашими попередніми даними в описаній групі хворих встановлена тенденція до менш частого трансформування ВАШН у АЗ, ніж у тих, хто отримував традиційне протирецидивне лікування та в осіб, які його взагалі не отримували.

Висновки. Динамічне спостереження даної категорії хворих після закінчення купірувальної терапії дає можливість оптимізувати протирецидивну терапію шляхом виявлення ранніх ознак пререцидиву і проведення лікування, диференційованого залежно від встановленої стадії ремісії.

Ключові слова: депресія, зловживання алкоголем, протирецидивна терапія.

O. K. Napryeyenko, N. Yu. Napryeyenko, V. V. Babych

ANTI-RELAPSE THERAPY OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS COMBINED WITH ALCOHOL ABUSE

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Background. The issue of this research based on widely spread of depressive disorders, alcohol abuse, which are commonly connected, increasing of its frequency and often relapses.

Objective. Development of the anti-relapse treatment system for patients with depressive disorder combined with alcohol abuse.

Materials and methods. In current research the following methods were used: clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic (AUDIT screening scale, Hamilton Depression Scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Spielberger – Hanin Scale, Leonhard – Shmishek technique) and statistical method. The efficiency of the anti-relapse therapy was estimated retrospectively by the quality and durability of remissions. There were observed complete and partial remissions. 65 men with depression and alcohol abuse were examined (F10.1 according to ICD-10).

Results. As a result of this research the system of anti-relapse therapy was designed, launched and estimated its efficiency. It was divided into subtypes according to the stage of remission – «ripening remission», «stable remission» and «pre-relapse». Catamnestic data were available in case of 42 patients, 18 (43 %) of them had partial remission with episodic rare alcohol taking (it was treated as a positive result), 5 (12 %) of them got alcohol dependence (F10.2) that concerned to be the negative result. And 24 patients (57 %) got complete remission, broken up taking alcohol and haven't shown depressive sings.

Conclusions. Dynamic observation of patients who have received main therapy gives an opportunity to optimize anti-relapse therapy. The way of this optimization is based on detecting early signs of pre-relapse and specific treatment depends on the type of remission.

Keywords: depression, alcohol abuse, anti-relapse therapy.

УДК 616 89-008.4-07.614.876

О. М. Пітик

АЛЕКСИТИМИЯ І НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

lenchikphd@gmail.com

Актуальність. Психічне здоров'я є важливим чинником забезпечення соціальної єдності, миру та стабільності в економічному розвитку країни. За даними Всесвітнього Звіту з Охорони Здоров'я (World Health Report), впродовж останніх 20 років переконливо встановлено фундаментальний і нерозривний зв'язок між психічним та фізичним здоров'ям. Комбінація біологічних, психологічних та соціальних факторів впливають як на психічне, так і на фізичне здоров'я. У доповіді вказано на два критичні шляхи, через які це відбувається – фізіологічні системи, такі як нейроендокринна та імунна функціональні системи, та поведінка. Ці шляхи не є самостійними: поведінка може впливати на фізіологію, тоді як фізіологічне функціонування може, у свою чергу, впливати на здоров'я. Саме тому зростає розуміння інтегрованої моделі охорони здоров'я у вигляді тісної співпраці психіатра, терапевта та лікаря загальної практики. Практична спрямованість на єдність діагностики фізичних та психічних патологічних патернів сприяє більш точній оцінці пацієнта і виправдовує відповідні як біологічні, так і психологічні впливи на пацієнтів для досягнення добрих результатів в лікуванні.

Мозок є важливим органом-мішенню для гормону щитоподібної залози, а зміни настрою та когнітивної сфери можуть виникати при її дисфункції. Порушення в ендокринних залозах внаслідок ослаблення або посилення їхньої функції забезпечують сильний, включаючи патогенний, вплив на центральну нервову систему, гіпоталамічні

структури та кору головного мозку. Діенцефало-лімбіко-ретикулярна система, як функціональна система мозку, відповідає за найважливіші особливості функціонування центральної нервової системи, а саме інтегративні властивості. Таким чином, ці структури відповідальні за виникнення широкого спектра симптомів непсихотичного рівня, оскільки їх поява насамперед залежить від дисбалансу інтегративних функцій між різними формами інформації. Тому дослідження психологічного рівня функціонування хворих з ендокринними розладами сприяє кращому розумінню механізмів формування непсихотичних психічних розладів та розробці адекватних методів лікування й психопрофілактики цих порушень. Крім того, ситуація наявності хронічного фізичного захворювання розглядається багатьма авторами як така, що провокує кризу психічного розвитку (і, фактично, кризу ідентичності), і тому є психотравмуючою ситуацією, тобто фактором ризику розвитку психічного розладу.

У формуванні непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з патологією щитоподібної залози важливі нейрогуморальні механізми і психосоматичні відносини. Сучасна концепція психосоматичних відносин включає модель алекситимії. Алекситимія описана в сучасній літературі як конструкт особистості, що характеризується субклінічною нездатністю виявляти та описувати свої емоції вербально. Основними характеристиками алекситимії є дисфункція в емоційній обізнаності, соціальній прихильності та міжособистісних стосунках. Крім того, людям з алекситимією складно розрізнити та оцінити емоції інших людей, що, як вважають, призводить до беземпатійного та неефективного емоційного реагування. Дослідження також показують, що алекситимія має два виміри – когнітивний вимір, коли дитина чи дорослий намагаються ідентифікувати, інтерпретувати та вербалізувати почуття («мисляча» частина нашого емоційного досвіду), і афективний вимір, де виникають труднощі у реагуванні, вираженні, емоційності та уяві («переживальна» частина нашого емоційного досвіду).

Алекситимія вже давно асоціюється з низкою розладів, таких як аутизм, депресія, шизофренія та соматоформні розлади, синдром емоційного вигорання, синдром хронічної втоми. Крім того, алекситимію пов'язують з соматизацією. Не існує певної концепції походження алекситимії. Невідомо, чи це вторинне чи первинне, викликане генетичними чи соціальними чинниками. Чи є ця характеристика стабільною або мінливою, наприклад, як адаптивний стан, чи проявляється в певних життєвих ситуаціях? Який зв'язок між хворобами та алекситимією, чи справді вона є основним чинником розвитку психосоматичних розладів? Вважають також, що ця психологічна властивість обумовлена порушенням рівноваги між функціями лімбічної системи та кори головного мозку, а також є наслідком порушень взаємодії дитини з матір'ю на ранніх стадіях розвитку.

Мета – дослідження рівня алекситимії у пацієнтів з гіпофункцією щитоподібної залози.

Матеріали та методи дослідження. Всього було обстежено 132 пацієнти з первинним гіпотиреозом у віці від 25 до 55 років, тривалість захворювання становила від 1 до 11 років. Для встановлення рівня алекситимії було використано Торонтську алекситимічну шкалу (TAS-20).

Результати та їх обговорення. У 108 пацієнтів (81,12 %) виявлено різні форми непсихотичних психічних розладів: астено-депресивні (32,41 %), астеничні (27,78 %) та астено-тривожні (18,52 %). У 23 пацієнтів (12,04 %) був тривожно-депресивний синдром, у 10 (9,25 %) розвинувся іпохондричний синдром. Встановлено, що 92 пацієнти (85,2 %) мали рівень алекситимії більше 74 балів, 10 (9,25 %) хворих мали невизначений рівень, і у 6 (5,5 %) хворих алекситимії не виявлено. Під час клінічного інтерв'ю також з'ясували, що пацієнтам із невизначеним рівнем алекситимії було складно описати свої внутрішні почуття, вони не звертали великої уваги на відсутність комфорту в емоційній сфері. Вони також вважали, що симптоми психічних розладів викликані лише патологією щитоподібної залози, ігнорували наявність емоційного стресу та конфліктних переживань, що продемонструвало знижену здатність до розуміння та вираження власних почуттів і наявність низького емоційного резонансу.

Висновки. Для тих, хто боровся з алекситимією, дуже складно впоратися з існуючими психологічними розладами, оскільки їх вроджена вразливість до розуміння себе та інших ускладнює відновлення. Психотерапевтична та психокорекційна робота з такими пацієнтами повинна враховувати алекситимічний радикал в їх особистісній структурі. Алекситимія є не лише одним із важливих факторів, що призводить до розвитку психосоматичної та невротичної патології, вона також дає значну прогностичну інформацію про хід захворювання в цілому та про ефективність терапії.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, гіпотиреоз, алекситимія.

O. M. Pityk

ALEXITHYMIA AND NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

lenchikphd@gmail.com

Background. In the formation of non-psychotic psychiatric disorders in patients with thyroid pathologies neurohumoral mechanisms are important, and one reason is psychosomatic relationship. The modern concept of relationships includes alexithymia model, since this psychological property is considered as caused by the imbalance between the functions of the limbic system and the cerebral cortex, and as a result of violations of the interaction between the child and mother. In addition, the situation of chronic physical illness is regarded as one that provokes a crisis of development (and in fact, identity crisis) and therefore is a traumatic situation as a risk factor for the development of mental disorder.

Objective. The aim of the study was to investigate the level of alexithymia in patients with hypothyroidism.

Materials and methods. 132 patients with primary hypothyroidism aged 25 to 55 years were examined with the duration of the disease between 1 and 11 years. We used Toronto alexithymia scale proposed by Taylor G.

Results. The most of the patients with non-psychotic mental disorders were found having high alexithymia level. It was found that even patients with an uncertain alexithymia level had difficulties in describing their inner feelings, did not give much attention to the absence of well-being in the emotional sphere, that showed a reduced capacity for understanding and expressing their own feelings, low emotional resonance.

Conclusions. Thus, alexithymia radical in the personal structure of such patients should be taken into consideration during psychotherapeutic and psycho-corrective interventions.

Keywords: non-psychotic mental disorders, hypothyroidism, alexithymia.

Л. В. Рахман, Я. В. Шпильовий, О. Ю. Плевачук

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШОГО ВІКУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

rakhman@polynet.lviv.ua

Актуальність. На сьогодні депресія посідає одне з перших місць серед захворювань людей старшого віку. Частота клінічно виражених депресивних епізодів у віковому діапазоні від 50 до 70 років сягає 2–5 %, водночас депресивний синдром у структурі соматичних захворювань зустрічається частіше (Kok M. R, 2017). Особливості клінічної картини, перебігу та прогнозу депресій у старшому віці суттєво відрізняються від особливостей у молодому віці, що зумовлює специфіку медикаментозного лікування таких пацієнтів. Атиповість клінічної симптоматики, труднощі емоційної експресії та вербалізації своїх переживань ускладнюють діагностику. Серед клінічних симптомів, які переважають у пацієнтів старшого віку, слід виділити іпохондричну симптоматику, ажитацію, безсоння (Sözeri-Varma G., 2012). Однією з найважливіших проблем при депресіях пізнього віку залишається проблема порушень сну, яка тісно пов'язана з тривожною симптоматикою (Бао Y-P, 2017). Окрім зменшення тривалості сну спостерігають також зниження його якості, що проявляється труднощами засинання, ранніми пробудженнями, які зазвичай супроводжуються відчуттям тривоги, а також вранішнім відчуттям втоми та виснаження. Порушення фази парадоксального сну суттєво погіршує когнітивні процеси, а саме: короткотривалу пам'ять, процеси відтворення інформації, концентрацію уваги. Медикаментозне лікування депресії у людей старшого віку повинно впливати на патогенетичні механізми розвитку всіх симптомів у структурі депресивного епізоду, а саме на серотонінергічні та глутаматергічні нейромедіаторні механізми передачі одночасно, при цьому високоселективно впливаючи на рецепторний апарат, мінімізуючи побічні ефекти від лікування. Одним із найскладніших завдань у цьому контексті є вибір препарату, який би мав комплексний вплив на глутаматергічну систему, забезпечував виражений анксиолітичний та снодійний ефект, не викликаючи при цьому постсомнічного синдрому та порушення когнітивних функцій.

Мета – визначення ефективності комбінованої медикаментозної терапії при депресивних розладах у пацієнтів старшого віку.

Матеріали та методи дослідження. Використовували клініко-психопатологічний, психометричний, патопсихологічний і статистичний методи. Було проведено обстеження 52 пацієнтів (10 чоловіків та 42 жінки) з депресивними станами, віком 55–65 років, які перебували на лікуванні у Кошарському закладі «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». За нозологічною структурою розподіл пацієнтів був наступним: депресивний епізод (F32.1) виявлено у 15 осіб (28,8 %) – у 4 чоловіків (7,7 %) та у 11 жінок (21,1 %). Рекурентний депресивний розлад (F33.1) діагностовано у 37 хворих, що становило 71,2 %, (16 чоловіків (30,8 %), 21 жінка (40,4 %)). За клініко-психопатологічними особливостями депресивний синдром в обстеженій групі хворих характеризувався переважно тривожним (ажитованим) типом. У структурі скарг переважали інтенсивне відчуття тривоги та генералізованого страху. Тривога визначалася пацієнтами як негативна емоція, спрямована в майбутнє, з відчуттям невизначеної загрози, внутрішнього неспокою. Особливістю клінічної картини була полімодальність провідного афекту з присутністю, поряд із тривогою, проявів туги, апатії, що свідчить про атиповість даного варіанту. В більшості випадків характерними були напливи тривожних уявлень про можливі майбутні неприємності. Такі переживання поширювалися також на найближчих родичів, що істотно погіршувало соціальну взаємодію пацієнтів. На фоні тривожних побоювань формувалися ідеї малоцінності зі зниженням самооцінки. Хворі скаржилися на нездатність протистояти очікуваним труднощам і проблемам, відзначали свою фізичну та інтелектуальну неспроможність, а також на порушення нічного сну – труднощі при засинанні, раптові пробудження вночі, раннє прокидання та зменшення тривалості сну.

Для оцінки ступеня тяжкості депресії, динаміки симптоматики в процесі лікування та порівняльної оцінки ефективності різних терапевтичних схем ми використали шкалу депресії М. Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression – HRDS) – 17 пунктів. Інтерпретацію даних за шкалою HRDS проводили таким чином: 0–13 балів – відсутність депресії, 14–17 балів – легка депресія, 18–25 балів – помірна депресія, більше 25 балів – тяжка депресія.

Усі пацієнти залежно від призначеної терапії були поділені на дві групи: основну ОГ (n=26) та контрольну КГ (n=26), які були зіставними за віком, статтю та ступенем вираженості депресії. Хворі основної та контрольної груп отримували антидепресанти з групи СИЗЗС у терапевтичних дозах. Пацієнти основної групи додатково отримували препарат Циназапам, який є похідним бензодіазепіну з групи снодійних та седативних засобів, у середній добовій дозі 1 мг впродовж 14 днів.

Результати та їх обговорення. Перед початком лікування пацієнти обох груп не відрізнялися за клінічною симптоматикою та середньою оцінкою депресії за шкалою Гамільтона, яка в основній групі складала $21,08 \pm 0,38$ балів, а в контрольній – $20,77 \pm 0,39$ балів ($p < 0,05$).

Оцінку депресії за шкалою Гамільтона проводили перед початком лікування та в динаміці на 7, 14 та 28 день лікування. Виявлено, що зменшення вираженості депресії за шкалою Гамільтона у пацієнтів основної групи через 7 днів від початку лікування було достовірним (з $21,08 \pm 0,38$ до $17,15 \pm 0,28$, $p < 0,05$), на відміну від пацієнтів конт-

рольної групи (з $20,77 \pm 0,39$ до $19,69 \pm 0,32$, $p > 0,05$). У пацієнтів контрольної групи достовірна позитивна динаміка була виявлена на 14 день терапії (з $20,77 \pm 0,39$ до $17,46 \pm 0,35$, $p < 0,05$). Ми також порівняли вираженість депресії за шкалою Гамільтона у обох групах на 14 та 28 дні терапії, виявлені дані свідчать про достовірне покращення у пацієнтів основної групи, порівняно з пацієнтами контрольної групи.

На 14 день відмінності в оцінці становили $14,62 \pm 0,32$ (ОГ) проти $17,46 \pm 0,35$ (КГ), $p < 0,05$. На 28 день відмінності склали $13,23 \pm 0,27$ (ОГ) проти $15,38 \pm 0,48$ (КГ), $p < 0,05$. Виявлено, що переважна редукція депресивної симптоматики у пацієнтів основної групи зумовлена покращенням сну, зниженням тривоги та ажитації.

Висновки. У процесі дослідження було виявлено, що ефективнішої та швидкої редукції депресивної симптоматики вдалося досягти у пацієнтів, які отримували комплексну терапію СИЗС та похідними бензодіазепіну з групи снодійних та седативних засобів, а саме застосування препарату Циназепаму в середній дозі 1 мг на добу.

Ключові слова: депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, похідні бензодіазепіну, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну.

L. V. Rakhman, I. V. Shpylovi, O. Yu. Plevachuk
 FEATURES OF COMBINED MEDICATION TREATMENT FOR DEPRESSION IN ELDERLY PATIENTS
 Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine
 rakhman@polynet.lviv.ua

Background. The course and clinical picture of depression have its own peculiarities for elderly patients. It requires a special approach to the medical treatment of these patients group.

Objective. To investigate the effectiveness of combined medication treatment for depressive states in elderly patients.

Materials and methods. A sample of 52 patients with major depressive disorder, single moderate episode (F32.1) and recurrent moderate major depressive disorder (F33.1), aged from 55 to 65 years, was examined. The Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) was used to assess the severity of depression in patients. The patients of control group received only SSRI, while the patients of main group additionally received benzodiazepine's derivatives medication cinazepam in 1 mg per day dosage during the first 14 days of treatment.

Results. The prevailing reduction of depressive symptoms in patients of the main group, receiving both SSRI and benzodiazepine's derivatives was observed and was manifested by the sleeping improvement, anxiety and agitation reduction.

Conclusions. During the study it was found that combined medication with simultaneous use of SSRI and benzodiazepine's derivatives medication cinazepam for elderly patients with depression is a highly effective and safe medication combination.

Keywords: depressive episode, recurrent depressive disorder, benzodiazepine's derivatives medication, SSRI.

УДК 616.85:616.89

І. В. Романова

ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА, В СИСТЕМІ ЇХ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

victimhelp@ukr.net

Актуальність. Враховуючи курс України на європейську інтеграцію, що передбачає захист рівності прав і можливостей жінок і чоловіків; уніфікацію дій відносно реалізації програм проведення кампаній з протидії гендерно-обумовленому і домашньому насильству, сучасні зміни законодавства в Україні, проблема своєчасної і психосоціальної реабілітації і кваліфікованої медичної допомоги потерпілим від домашнього насильства та насильства за ознакою статі набуває особливої соціальної і практичної значущості. Проблеми вдосконалення системи психосоціальної реабілітації і психотерапії потерпілих від домашнього насильства особливо загострилися в умовах збройного конфлікту на Сході України, оскільки цивільне населення, особливо жінки і діти, включаючи внутрішньо переміщених осіб, склало переважну більшість серед соціальних груп, на яких негативно позначилися наслідки збройних конфліктів, різко знизивши якість їх життя та безпеку.

Мета – вивчення психопатологічної феноменології та розробка на її основі комплексної системи психотерапії психогенних розладів у жінок, постраждалих від домашнього насильства, з врахуванням виявлених психопатологічних змін особистості жінок, даних самооцінки функціонального стану і клінічних проявів невротичних розладів.

Матеріали та методи дослідження. З 2010 по 2017 рік ми обстежили 98 жінок у віці від 18 до 53 років, які постраждали від домашнього фізичного, сексуального, економічного і психологічного насильства. В системі психосоціальної реабілітації таких жінок у групі втручання проводилися психологічна корекція і психотерапія невротичних розладів на терапевтичному та суппортивному етапах психосоціальної допомоги постраждалим. Проведене експериментально-психологічне дослідження включало тест диференційної самооцінки функціонального стану САН; тест визначення рівня реактивної і особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна; тест Н. Ж. Eysenck для оцінки рівня нейротизму, визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації К. Томаса, використання шкали Гамільтона для оцінки депресії, опитувальника діагностики стану агресії Басса-Дарки.

Результати та їх обговорення. Прояви невротичних розладів у жінок спостерігалися у вигляді розладів сну неорганічної природи як коморбідних патологічних станів (32 %), гострої реакції на стрес (31 %), неврастенічного синдрому (24 %), тривожних і депресивних розладів (21 %), розладів адаптації (10 %), соматоформних розладів з порушенням нервової та дихальної систем (9 %), посттравматичного стресового розладу (5 %).

Комплексна психокорекція і психотерапія у обстежених жінок включала сугестивну, сімейну, поведінкову, індивідуальну, групову психотерапію, рольові тренінги. Основний курс психотерапії та психологічної допомоги тривав 2–3 місяці, на суппортивному етапі психокорекція проводилась постраждалим жінкам та членам їх сімей до 6–9 місяців. Методики психологічного консультування, рольової психотерапії, раціональної психотерапії, навчання пацієнток прийомам аутогенного тренування, поведінкового тренінгу виявилися ефективними – у 90 % жінок групи втручання прояви невротичних і соматоформних розладів зовсім зникли або загострення стали значно рідшими.

Фокусом сімейної психотерапії було створення можливостей адаптації потерпілих і членів їх сімей, залучення членів родин до вираження своїх емоцій і переживань, акцентування на сильних якостях особистостей постраждалих жінок, формування нових можливостей комунікації членів сім'ї, аналіз перспектив, визначення планів сім'ї, профілактика рецидивів насильства, контроль агресивної поведінки в родині, своєчасне лікування будь-яких видів залежностей членів родини.

Система соціальної реабілітації включала створення умов для безпечного проживання потерпілої і дітей, у деяких випадках переміщення постраждалих у шелтер (притулок для постраждалих від домашнього насильства), та співпрацю з мобільними бригадами психосоціальної допомоги, що працювали за викликом у помешканнях таких родин, соціальну адаптацію в нових умовах і місці проживання, відновлення загублених документів, соціального статусу постраждалого або ТПО, соціальний супровід сімей, де були зафіксовані випадки домашнього насильства.

Висновки. Комплексний інтеграційний підхід до психосоціальної реабілітації і психотерапії та своєчасна кваліфікована скоординована допомога фахівців (за принципом мультидисциплінарних бригад) постраждалим від домашнього насильства є ефективними і такими, що вимагають планових заходів у системі медико-психологічної і соціальної допомоги особам, постраждалим від домашнього насильства.

Ключові слова: психотерапія, жінки, постраждали від домашнього насильства, психосоціальна реабілітація, невротичні розлади.

I. V. Romanova

PSYCHOTHERAPY OF NEUROTIC DISORDERS OF WOMEN, WHO SUFFERED FROM DOMESTIC VIOLENCE,
IN THE SYSTEM OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education,

Department of psychotherapy, Kharkov, Ukraine

victimhelp@ukr.net

Background. On the basis of study of abnormal psychology phenomenology to work out the complex system of psychotherapy and psychological advising of women, taking into account the educed abnormal psychology changes of forming of personality of teenagers and display of neurotic disorders for the teenagers, that suffered from domestic violence.

Materials and methods. From 2010 to 2017 we observed 98 women in the age from 18 to 53, injured by domestic physical, psychological violence. Experimental psychological researches included: test of differential self-appraisal of the functional state of SAN; test of determination of level of reactive and personality anxiety of scale of C. D. Spielberger – U. Hanin; test of H. J. Eysenck for the level of neurotism, questionnaire of diagnostics of the state of aggression of Bass-Darkey, determinations of style of behavior in the conflict situation of K. Thomas, scale of Hamilton for the estimation of depression.

Results. As a result researches psychotherapy is conducted and psychological advising for 90 % of women the displays of neurotic disorders diminished or leveled, the increase of self-appraisal and confidence was marked in itself, improvement of feelings of patients, also a psychological climate became better in families.

Conclusions. on the basis of analysis of individual, personality, socially-psychological factors, stipulating socially-psychological rejections in behavior of women, that were injured by domestic violence, application of timely complex psychotherapy, is needed, sent to renewal for the victims of domestic and socially-psychological adaptation.

Keywords: psychotherapy, psychosocial rehabilitation, women, who suffered from domestic violence, neurotic disorders.

УДК 616.89-008.441.3

В. І. Салдень

АЛГОРИТМ НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ

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

Актуальність. За даними ВООЗ, алкоголь є психоактивною речовиною (ПАР), яку найширше вживає населення України. Причиною смертності двох третин молоді від 15 до 20 років є отруєння алкогольними напоями або нещасні випадки внаслідок сп'яніння від ПАР. Кожен четвертий українець, який страждає на алкогольну залежність, є особою у віці до 35 років. Важливою складовою в наданні допомоги цьому контингенту є організація своєчасної та ефективної профілактики і психотерапії пацієнтам, які вживають ПАР і мають психічні та соматичні порушення.

Мета – вивчити особливості формування та перебігу психічних і поведінкових порушень у осіб з соматичними захворюваннями, які вживають алкоголь; розробити алгоритм надання комплексної первинної медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 34 пацієнтів, які вживали алкоголь і звертались із соматичними скаргами до сімейних лікарів у заклади первинної медичної допомоги. Ці хворі були обстежені із застосуванням розробленої та затвердженої вченою радою УНДІ ССПН МОЗ України уніфікованої карти. Для аналізу та обробки даних застосовували соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи дослідження.

Результати та їх обговорення. Аналізуючи результати тесту ALCOHOL-AUDIT ми встановили, що початкові ступені вживання алкоголю, а саме відносно безпечне і небезпечне вживання, складають в сукупності всього 23,5 %,

більш тяжкі – вживання зі шкідливими наслідками – 50 % та залежні стани – 26,5 %. Жінки вживають алкоголь менше за чоловіків, відповідно 17,6 % і 82,4 %. Більш тяжкі ступені зловживання алкоголем були виявлені у пацієнтів старшої вікової групи – 36–65 років. Підсумовуючи загальний характер скарг обстежених на здоров'я ми виділили найтипівіші, а саме: прояви вегетосудинної дистонії, коливання артеріального тиску, пульсу, гіпергідроз, коливання температури тіла тощо. Також спостерігали кардіалгії, аритмії, миттєві стани запаморочення – за типом ортостатичних колапсів. Нерідко відмічали розлади з боку шлунково-кишкового тракту (зниження апетиту, диспепсія), рідше – сечової системи. Загальними були скарги на порушення сну, зниження або коливання настрою, дратівливість, тривожно-депресивні прояви, загальну фізичну втому, зниження працездатності та інші.

Висновки. На основі використання AUDIT-тестів і психодіагностичних методик розроблена система ступеневої діагностики вживання алкоголю пацієнтами з соматичними захворюваннями. На основі характеристик особливостей анамнезу, соціально-демографічних, клініко-патопсихологічних, психодіагностичних, статистичних даних розроблена система психотерапевтичної, реабілітаційної та профілактичної допомоги пацієнтам із соматичними скаргами, які вживають алкоголь.

Ключові слова: психоактивні речовини, адиктивна поведінка, алкогольна залежність, медична допомога, первинна ланка, сімейні лікарі, профілактика.

V. I. Salden

ALGORITHM FOR PROVIDING COMPREHENSIVE PRIMARY CARE TO PEOPLE WITH SOMATIC DISEASES THAT USE ALCOHOL
Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
victoriasalden@gmail.com

Background. According to the WHO, alcohol is the most widely used psychoactive substance (PAS) among the Ukrainian population. The reason for the deaths of two thirds of youth aged 15 to 20 years is poisoning with alcohol or accidents due to intoxication with surfactants. One in four Ukrainians suffering from alcohol dependence is a person under the age of 35. An important component in helping this contingent is the organization of timely and effective prevention and psychotherapy for patients who used PAS and have mental and physical disorders.

Objective. On the basis of the study of the peculiarities of the formation and the course of mental and behavioral disorders in people with somatic diseases that use alcohol, develop an algorithm for providing comprehensive primary care.

Materials and methods. We provided complex clinical and psychopathological examination of 34 patients who used alcohol and treated with somatic complaints to family doctors in primary health care institutions. These patients were examined by the unified questionnaire approved by the Academic Council of the URI SFPDA MHU. We used socio-demographic, clinical and anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods.

Results. Analyzing the results of the ALCOHOL-AUDIT test, it was found that the initial levels of alcohol use, namely relatively safe and dangerous use, make up a total of 23.5 %, more severe – use of harmful effects – 50 % and dependent conditions – 26.5 %. In the gender perspective, women use alcohol less than men, respectively – 17.6 %; 82.4 %. In terms of age, the more severe degrees of alcohol abuse were found in the older group of patients – 36–65 years. Summing up the general nature of the health complaints that were presented to the doctor, we identified the most typical, namely: manifestations of vegetative-vascular dystonia, fluctuations in blood pressure, pulse, hyperhidrosis, body temperature fluctuations, and others. Also, cardialgia, arrhythmias, and flashes of dizziness, such as orthostatic collapse, were observed. Often, there were disorders of the gastrointestinal tract (loss of appetite, dyspepsia), and less commonly – the urinary system. Common were complaints of sleep disturbance, decreased or fluctuating mood, irritability, anxiety and depressive manifestations, general physical fatigue, decreased ability to work, and others.

Conclusions. A system of step-by-step diagnostics of the use of alcohol by patients with somatic diseases on the basis of the use of AUDIT-tests and psychodiagnostic methods has been developed. On the basis of characteristics of the features of anamnesis, socio-demographic, clinical-pathopsychological, psycho-diagnostic, and statistical data, a system of psychotherapeutic, rehabilitation and preventive care for patients with somatic complaints that use alcohol is developed.

Keywords: psychoactive substances, addictive behavior, alcohol dependence, medical aid, primary link, family doctors, prevention.

УДК 616.89-008.454+616.12-008.315+616-08

А. Б. Сікора

ДЕПРЕСИВНІ СИМПТОМИ І РИЗИК ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ
urecured@gmail.com

Актуальність. Серцева недостатність (СН) є кінцевою стадією більшості захворювань серця та головною причиною захворюваності і смертності: 26 мільйонів дорослого населення планети живе з СН, що дозволяє багатьом експертам розглядати її як глобальну пандемію. Відомо, що поширення депресії серед хворих із СН складає від 10 до 54 % від загальної кількості пацієнтів із даною патологією. Варто також зазначити, що депресія при СН спричиняє зростання випадків повторної госпіталізації, зростання випадків несприятливих кардіоваскулярних подій чи смерті удвічі.

Мета – вивчити клінічні особливості депресій та їх вплив на ризик виникнення функціональних розладів у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 38 хворих із СН ФК II–IV (NYHA) на тлі ІХС. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю. Рівень депресивних порушень оцінювали з використанням шкали депресії і тривоги Гамільтона (HDRS). Результатом дослідження функціональних розладів у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю були смерть або зниження активності повсякденного життя (АПЖ) через півроку, порівняно з вихідним рівнем. Статистичний аналіз здійснювали із використанням стандартного пакета програм Statistica 12 (StatSoft, Tulsa, OK, USA); дані вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. За допомогою шкали оцінки депресії Гамільтона встановлено, що легкі депресивні розлади були у більшості обстежених пацієнтів із ХСН – у 71,6 % хворих; середній вияв депресії був у 23,4 % обстежених пацієнтів; тяжкий – у 3,3 %, а вкрай тяжкий – у 1,7 % випадків. Відмічені зворотні середньої сили зв'язки

між виразністю депресії та рівнем артеріального тиску: як систолічного (САТ): $r=-0,30$, так і діастолічного (ДАТ): $r=-0,35$. Існує також сильний та градуїований зв'язок між тяжкістю депресивних симптомів на початковому етапі та швидкістю об'єднаної кінцевої точки, або функціонального занепаду, або смерті через шість місяців. Після коригування демографічних факторів, історії хвороби, базового функціонального стану та клінічної тяжкості пацієнти з ≥ 11 депресивними симптомами, порівняно з тими, що мали менш ніж 6 симптомів депресії, мали на 82 % більший ризик функціонального занепаду або смерті ($p=0,003$).

Висновки. Використана в даному дослідженні шкала для оцінки депресії і тривоги Гамільтона є найінформативнішою і показовою для визначення клінічних особливостей депресії у пацієнтів з СН, порівняно зі спеціалізованими опитувальниками. За результатами опитування з використанням даної шкали можна стверджувати, що у міру прогресування хронічної серцевої недостатності у досліджуваних пацієнтів посилюються прояви депресії та тривожності. Більше того, зростаюча кількість депресивних симптомів є негативним прогностичним чинником для хворих на серцеву недостатність, як і для пацієнтів з ІХС.

Ключові слова: депресія, серцева недостатність, шкала Гамільтона.

A. B. Sikora

DEPRESSIVE SYMPTOMS AND DANGER OF FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

urecured@gmail.com

Background. A well-known fact is that the spread of depression among patients with heart failure (HF) is between 10 and 54 % of the total number of patients with this pathology.

Objective. The aim of the work is to study the clinical features of depression and the effect on the risk of functional impairment in patients with chronic heart failure.

Methods and materials. There were examined 38 patients with HF functional class II-IV (NYHA) on the background of ischemic heart disease. The control group consisted of 20 practically healthy persons, representative of age and sex. The level of depressive disorders was assessed using the Hamilton Depression and Alert Scale (HDRS). The result of the study of functional disorders in patients with chronic heart failure were death or decreased activity of daily life (ADL) in half a year compared with the baseline.

Results. Using Hamilton's Depression Scale, it was found that mild depressive disorders were observed in most of the patients with chronic HF in 71.6 % of patients. At the same time, the average depression rate was in 23.4 % of the examined patients, severe – in 3.3 %, and the most severe – in 1.7 % of cases.

Conclusion. The Hamilton scale for assessing depression and anxiety used in this study is the most informative and indicative for determining the clinical features of depression in patients with HF when compared to specialized questionnaires.

Keywords: depression, heart failure, Hamilton scale.

УДК 616.89-06:616.831-001

А. М. Чепурна

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

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

Актуальність. Нестабільність соціально-економічної ситуації, тривалий збройний конфлікт на Сході України останніми роками призвели до тяжких наслідків медико-соціального характеру серед учасників бойових дій, які отримали посттравматичні психічні порушення (ПТПП). Доволі часто задля полегшення психоемоційного стану такі люди починають вживати психоактивні речовини (ПАР). Вказана коморбідна патологія, маючи відповідні специфічні особливості в учасників бойових дій, в динаміці поступово призводить до тяжких медичних і соціальних наслідків, декомпенсації або інвалідизації, погіршення якості їх життя.

Мета дослідження – виявити клініко-психопатологічні особливості посттравматичних психічних порушень, коморбідних із вживанням ПАР, в учасників бойових дій.

Матеріали та методи дослідження. Для тематичного дослідження був відібраний 181 респондент з бійців АТО з коморбідною патологією наявності ПТПП та вживання ПАР. Дослідження проводили за умови добровільної згоди респондентів. Критеріями включення у дослідження стали участь у бойових діях, відповідність критеріям діагнозу ПТПП з вживанням ПАР. Для аналізу та обробки даних були використані наступні методи дослідження: інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний, статистичний.

Результати та їх обговорення. За соціально-демографічними показниками обстежені військовослужбовці, в яких було діагностовано ПТПП з вживанням ПАР, в більшості були добровольцями (82 %), вік коливався від 17 до 35 років (77 %), сімейний стан – в основному неодружені (71 %), більшість з них мала середню спеціальну освіту (34 %).

Досліджені, маючи ПТПП, вживали наступні види ПАР: алкогольні речовини – 88,3 %; курили тютюн – 89 %; канабіноїди – 16 %; надмірне вживання чаю спостерігали у 7,2 % респондентів; енергетичних напоїв – у 2,2 %.

За даними AUDIT-досліджень «залежні стани» у обстежених діагностовано при тютюнокурінні – 45,4 %; досить велику частину становила категорія «вживання зі шкідливими наслідками» – 34,4 %. За вживанням алкогольних речовин – стан залежності виявився незначним – 8,3%; проте ступінь «С» (вживання з шкідливими наслідками) становив близько 30 %, а небезпечне вживання – ступінь «В» – 47,4 %. Щодо вживання канабіноїдів залежних станів не виявлено.

Висновки. Виявлено клініко-психопатологічні особливості посттравматичних психічних порушень, коморбідних із вживанням ПАР, у учасників бойових дій.

Поєднане вживання різних видів ПАР діагностували у значній кількості обстежених (77,5 %), переважало в основному поєднання вживання алкоголю та тютюнокуріння.

За даними психодіагностичного дослідження тривоги у більшості респондентів превалював «субклінічний рівень» – 56,4 %; клінічний, відповідно, становив 27,8 %, тобто у більшості бійців АТО був наявний значний тривожний стан. Рівень депресії у 66,4 % досліджених досягав субклінічного рівня, у 12,8 % – клінічного, у інших респондентів депресивних проявів не визначено.

Характер поєднання ПТСР з вживанням ПАР (за даними Міссісіпської шкали для військових) продемонстрував превалювання окремих симптомів ПТСР – 79,2 %; тоді як клінічний варіант становив 12,1 %.

У зв'язку з наведеними фактами зростає необхідність у розробці ефективного та диференційованого підходу до надання допомоги особам із посттравматичними психічними порушеннями (профілактики, діагностики, лікування, реабілітації), які вживають ПАР.

Ключові слова: військовослужбовці, посттравматичні стресові порушення, вживання психоактивних речовин, коморбідність.

A. M. Cherpurna

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF POSTTRAUMATIC MENTAL DISORDERS IN THE COMBATANTS WHO USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
a.cherpurnaja@gmail.com

Background. The instability of the socio-economic situation, the prolonged armed conflict in eastern Ukraine in recent years has led to serious consequences of the medical and social nature among the combatants who received post-traumatic mental disorders (PTMD). Quite often, in order to relieve the psycho-emotional state, such people begin to use psychoactive substances (PS). The specific comorbidity pathology, having the corresponding specific features in the participants in military operations in the dynamics gradually leads to severe medical and social consequences, decompensation or disability, the deterioration of their quality of life.

Objective. Identify clinical and psychopathological features of post-traumatic mental disorders which comorbidly with the use of psychoactive substances.

Materials and methods. For the case study were selected 181 respondents who participated in the anti-terrorist operation (ATO) with comorbid pathology in the presence of PTMD and the use of psychoactive substances. The research was carried out subject to the voluntary consent of the respondents. The criteria for inclusion in the study were: participation in hostilities, eligibility PTMD diagnosis and psychoactive substances use. For the analysis and data processing were used the following methods: information-analytical, socio-demographic, clinical and medical history, psycho-diagnostic, clinical and psychopathological, statistical.

Results. According to socio-demographic indicators, the surveyed servicemen who had been diagnosed with PTMD and the use of PS in most were volunteers (82 %), age ranges from 17 to 35 years (77 %), family status – mostly not married (71 %), most of them had a secondary special education (34 %). Investigators who having PTMD, used the following types of surfactants: alcoholic beverages – 88.3%; smoked tobacco – 89 %; cannabinoids – 16 %; excessive consumption of tea was observed in 7.2 % of respondents; energy drinks – at 2.2 %.

According to the AUDIT-research, «dependent conditions» in the surveyed were diagnosed with tobacco – 45.4 %; a fairly large part was the category of «use with harmful consequences» – 34.4 %. For the use of alcohol substances – the state of dependence was insignificant – 8.3 %; however, the degree of «C» (use with harmful effects) was about 30 %, and dangerous use – the degree «B» – 47.4 %. Concerning the use of cannabinoids – dependent conditions were not detected.

Conclusions. Clinical and psychopathological features of post-traumatic mental disorders of comorbidity with the use of psychoactive substances in combatants were revealed.

The combined use of different types of PS was diagnosed in a significant number of surveyed (77.5 %), with the combination of alcohol and tobacco smoking in general.

According to the psychodiagnostic study of anxiety, in most part of the respondents predominated subclinical level – 56.4 %; the clinical level, respectively, was 27.8 %, that is, the majority of ATO fighters had a significant state of anxiety. The level of depression in 66.4 % of the subjects reached subclinical level, in 12.8 % – clinical, in other respondents depressive manifestations were not determined.

The nature of the combination of PTMD with the use of psychoactive substances (according to the Mississippi scale for the military) demonstrated the prevalence of individual symptoms of PTMD – 79.2 %; while the clinical version was 12.1 %.

In connection with these facts, there is a growing need to develop an effective and differentiated approach in providing assistance to people with post-traumatic mental disorders (prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation) who use PS.

Keywords: servicemen, post-traumatic stress disorders, use of psychoactive substances, comorbidity.

УДК 616.89-008-057.875-036.1-085.851

О. С. Юрценюк

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТУДЕНТІВ
ІЗ НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці
yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

Актуальність. Значна поширеність неспихотичних психічних розладів (НПР) серед молоді робить пріоритетними проблеми їх ранньої діагностики, лікування, профілактики та реабілітації.

Необхідність удосконалення медико-психологічної допомоги при НПР у студентів обумовлена тим, що загострення суспільно-економічної кризи негативно впливає на стан психічного здоров'я населення у цілому, активно зіштовхуючи найуразливішу його частину в стан кризової свідомості.

Мета – розробити систему реабілітаційних заходів для студентів з неспихотичними психічними розладами.

Матеріали та методи дослідження. Протягом 2015–2016 рр. з дотриманням принципів біоетики та деонтології ми провели комплексне обстеження студентів I–V курсів медичних факультетів Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» та студентів I–IV курсів Чернівецького національного університету (загалом 1200 осіб). Вік обстежених коливався від 17 до 25 років (середній вік $19,94 \pm 1,19$ років).

Неспихотичні психічні розлади (НПР) було діагностовано у 471 студента з вибірки обстежених осіб (39,25 %). Цих студентів було розділено на дві підгрупи – IA підгрупа включала 311 студентів з НПР (66,03 %), в терапії яких була

застосована комплексна оригінальна система реабілітації; до ІВ (контрольної) підгрупи увійшли 160 осіб (N=160, 33,97 %) з НПР, які через певні обставини відмовилися від лікування та профілактики.

Результати та їх обговорення. Розробка системи реабілітаційних заходів для студентів з НПР базувалась на трьох підходах до надання допомоги особам з НПР, які пережили психотравму і мають певні післястресові порушення: медичному, соціальному і психологічному. Медичний підхід полягав у кваліфікованій лікувальній допомозі, організації спеціальних кабінетів для надання медичної допомоги. Цей підхід розрахований на достатньо наочні медичні прояви і наслідки стресу та реалізується в межах відповідних клінічних настанов. Соціальна підтримка була націлена на допомогу людині «втриматися на плаву в житті», тобто мати якийсь прожитковий мінімум. Психологічна підтримка надавалася з метою допомоги в опануванні досвіду переживання самої психотравми й труднощів пристосування до життя після неї, для відновлення внутрішньоособистісної та міжособистісної гармонії, реалізації своїх можливостей та особистісного розвитку.

Реабілітаційні заходи було проведено 214 студентам з діагнозами рубрики невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (МКХ-10), у 221 особи у результаті застосування вказаних заходів якість життя достовірно покращилася в 2,2 раза ($p < 0,05$), порівняно з контрольною групою.

Висновки. Результати нашого дослідження вказують на необхідність застосування комплексної системи реабілітаційних заходів для осіб молодого віку з неспсихотичними психічними розладами.

Ключові слова: неспсихотичні психічні розлади, студенти.

O. S. Yurtsenyuk

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF STUDENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS
Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovynian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine
yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

Background: the widespread prevalence of non-psychotic mental disorders (NMD) among young people puts one of the priority problems of their early diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation.

Objective: to create a system of rehabilitation measures for students with non-psychotic mental disorders.

Materials and methods. The study involved 1200 first-fifth year students of higher educational institutions. All the students (1200 individuals) were divided into two groups – a basic (I) and a comparative ones (II). The main group (N=471, 39.25 %) included 471 students who had been diagnosed with non-psychotic mental disorders (NMD), and they were also divided into two groups – the IA group (included students with NMD (N=311, 66.03 %), who underwent a comprehensive original rehabilitation), and an IB control group (N=160, 33.97 %), which included 160 people with NMD who, under certain circumstances, refused to be treated). In order to verify the clinical features of NMD, as the second comparative group (N=729, 60.75 %), 729 virtually healthy students without NMD, were examined. The average age of those examined was $19,94 \pm 1,19$ years. Methods of research: clinical, clinical and psychopathological, pathopsychological, statistical ones.

Results. As a result of the rehabilitation measures, it was found that students with the diagnoses of the heading of the neurotic, stress-related and somatoform disorders – 221 persons, rehabilitation measures were carried out to 214 students, quality of life was significantly better in 2.2 times ($p < 0,05$) in comparison with the control group.

Conclusions. The results of our study indicate the need for an integrated system of rehabilitation measures for young people with non-psychotic mental disorders.

Keywords: non-psychotic mental disorders, students.

УДК 616.8–009.17–085:615.214–036.8

Л. Н. Юрєва¹, Т. И. Шустерман¹, И. Д. Коссе²

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФЕНИЛПИРАЦЕТАМА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АСТЕНИЕЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

¹Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр

²Коммунальное учреждение «Днепропетровская психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета», г. Днепр

finiks2@gmail.com

Актуальность. В популяции частота хронической формы астении, или синдрома хронической усталости, достигает 2,8 %. В структуре астенических состояний первичная (функциональная) астения встречается, в среднем, в 40–45 % случаев, вторичная (органическая) – в 60–55 %.

При всех типах астении существенное место в лечении занимает неспецифическая медикаментозная терапия, среди средств которой фенилпирacetам (Энтроп) занимает особое место. Энтроп изначально разрабатывался с целью повышения устойчивости и коррекции функциональных систем организма в условиях пилотируемых космических полетов разной продолжительности. В ряду клинических эффектов препарата (психостимулирующий, нейротропный, антиоксидантный, противогипоксический, противотревожный, вегетостабилизирующий, активирующий когнитивные функции, повышающий физическую работоспособность) мощный антиастенический эффект занимает ведущее место.

По данным ряда авторов, которые оценивали эффективность препарата в лечении астенического синдрома органического генеза (черепно-мозговая травма, рассеянный склероз, дисциркуляторная ангиоэнцефалопатия атеросклеротического и гипертонического генеза, последствия ишемического инсульта), Энтроп позволял уменьшить степень выраженности органической астении и достоверно улучшал когнитивные функции. При использовании препарата Энтроп в суточной дозе 200 мг была отмечена его хорошая переносимость с отсутствием выраженных побочных реакций.

Цель работы – проведение оценки эффективности действия препарата Энтроп при лечении пациентов с астенией органического генеза.

Материалы и методы исследования. В исследовании принимали участие 15 пациентов с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством (F06.6), в том числе 12 (80 %) женщин, 3 (20 %) мужчин. Средний возраст участников исследования составил $53,7 \pm 9,8$ лет. Среди пациентов преобладали работающие – 9 (60 %), имеющие среднее образование – 6 (40 %) и состоящие в браке – 7 (47 %). Находились на стационарном лечении в психиатрическом стационаре 7 (47 %) пациентов, проходили амбулаторное лечение – 8 (53 %).

Пациентам назначали препарат Энтроп в суточной дозировке 200 мг на протяжении 30 дней. Сопутствующее лечение пациенты принимали согласно клиническому протоколу оказания медицинской помощи при данном расстройстве.

В 1 и 30 дни приема препарата Энтроп у пациентов регистрировали жалобы и анамнестические сведения, оценивали психический, соматический и неврологический статусы. Также проводили психодиагностическое обследование с использованием следующих шкал: Глобальная оценка астении, Шкала астенического состояния (ШАС), скрининг-тест «Суицидальное поведение» и Mini-mental State Examination (MMSE). На протяжении исследования у пациентов выявляли и регистрировали побочные явления.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием методов вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. До начала лечения препаратом Энтроп в жалобах пациентов преобладали слабость (87 %), утомляемость (73 %), нарушения сна (53 %), тревога (53 %). После лечения преобладали жалобы на утомляемость (20 %), слабость (20 %).

По данным анамнеза, причиной развития астений органического генеза в 80 % случаев послужила артериальная гипертензия, в 40 % случаев – церебральный атеросклероз. В 7 % случаев обострение заболевания было вызвано психоэмоциональным напряжением на работе и в 7 % случаев смертью близкого.

В 1 день лечения препаратом Энтроп в психическом статусе больных ведущими были эмоциональная лабильность (73 %), сниженное настроение (60 %), тревожность (53 %). После лечения ведущими были эмоциональная лабильность (27 %), фиксация на своем болезненном состоянии (7 %).

По данным шкалы «Глобальная оценка астении» в 1 день лечения преобладала умеренная астения (60 %), на 30 день – отсутствие астении (47 %). Были получены достоверно значимые различия ($p < 0,05$) по следующим признакам: физическая астения, интеллектуальная астения, психологическая астения и общий средний балл.

По данным ШАС в 1 день лечения средний балл астении составил $68,1 \pm 14,4$ баллов, на 30 день – $46,5 \pm 14,7$ ($p < 0,05$). В начале лечения преобладала легкая астения (53 %), на момент окончания терапии – отсутствие астении (53 %).

По данным скрининг-теста «Суицидальное поведение» у всех обследуемых не было выявлено суицидальных мыслей как в 1 день, так и на 30 день терапии препаратом Энтроп.

Средний балл по шкале MMSE в 1 день лечения составил $27,2 \pm 2,1$, на 30 – $28,5 \pm 1,3$ баллов, что свидетельствовало о достоверно значимом улучшении когнитивного функционирования пациентов после лечения препаратом Энтроп ($p < 0,05$).

При оценке переносимости препарата Энтроп было выявлено, что у 5 пациентов (33,3 %) отмечались побочные явления: бессонница (80 %), повышение цифр АД (40 %), гиперемия лица (20 %), боль в эпигастрии (20 %), головная боль (20 %). Все выявленные побочные явления отмечались в начале лечения препаратом Энтроп (1 неделя), имели легкую степень выраженности и не требовали отмены исследуемого препарата.

Выводы. Применение препарата Энтроп при лечении органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства позволяет достоверно уменьшить степень выраженности астении органического генеза и всех ее компонентов. При применении препарата Энтроп достоверно улучшаются когнитивные функции.

При использовании препарата Энтроп в суточной дозировке 200 мг отмечена его хорошая переносимость с отсутствием выраженных побочных реакций.

Препарат Энтроп может быть применен в комплексной терапии для лечения астенического синдрома у больных с астенией органического генеза.

Ключевые слова: астения, органический генез, лечение, фенилпирацетам (Энтроп), эффективность.

L. N. Yuryeva¹, T. Y. Shusterman¹, I. D. Kosse²

THE EFFECTIVENESS OF THE USE OF THE PHENYLPYRACETAM IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ASTHENIA OF ORGANIC GENESIS

¹State Institution «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine», Dnipro, Ukraine

²Communal Institution «Dnipropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital» of the Dnipropetrovsk Regional Council», Dnipro, Ukraine
finiks2@gmail.com

Background. In the population, the frequency of the chronic form of asthenia, or chronic fatigue syndrome, reaches 2,8 %. For all types of asthenia an essential place in the treatment is non-specific medication, among which the phenylpiracetam (Entrop) occupies a special place. According to a number of studies, Entrop can reduce the severity of organic asthenia and significantly improves cognitive functions.

Objective. To study the effectiveness of the medication Entrop in the treatment of patients with asthenia of organic genesis.

Materials and methods. The study involved 15 patients with an organic emotional-labile (asthenic) disorder (F06.6), who received the medication Entrop for 30 days in a daily dose of 200 mg. The analysis of the clinical picture and the psychodiagnostic examination (Global Assessment of Asthenia, Asthenic State Scale, Screening-test «Suicidal Behavior», Mini-Mental State Examination) were carried out on the 1st and 30th day of therapy with medication Entrop.

Results. Weakness (80 %) and fatigue (73 %) were in the leading place among the complaints. In mental status emotional lability predominated (73 %). At the psychodiagnostic examination, reliable data on the reduction of asthenia level and improvement of cognitive functioning in the treatment with Entrop were obtained. The investigated product was well tolerated by patients and did not cause clinically significant side effects.

Conclusions. The use of the medication Entrop in the treatment of organic emotional-labile (asthenic) disorder can reliably reduce the severity of asthenia of organic genesis and all its components. The use of Entrop significantly improves cognitive functions. The medication Entrop can be used in complex therapy for the treatment of asthenic syndrome in patients with asthenia of organic genesis.

Keywords: asthenia, organic genesis, treatment, phenylpiracetam (Entrop), effectiveness.

R. Teltzrow, G. van't Hoff, A. Wolthuis, Yu. Yachnick

FAMILY CONFERENCE (FC) IN THE JUVENILE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM IN UKRAINE.
DOES IT WORK AND WHY?

Pompidou Group, Council of Europe
yuliaya4nik@gmail.com

Background. Foundation Friends of Priluky supports professionals working in the juvenile colonies of Melitopol, Priluky and Kremenchug by conducting workshops and trainings in pedagogical approaches, system approach, risk assessment and creating a positive living climate. The program is conducted in the framework of the project 'Supporting Drug Treatment Systems in Prisons' of Council of Europe's Pompidou Group.

Family Conferencing (FC) is a practical tool. It is a form of restorative justice and part of a system approach. FC harmonizes with the Ukrainian culture and turned out to be a good alternative for – though not in conflict with - probation services and aftercare services for juveniles who will be released from the colony. The model was enthusiastically retrieved and applied by the colonies.

The main principle of the FC is that one member of a family system, in this case a juvenile, is looking for answers to a very serious problem or issue (alcohol/substance misuse, crime and the risk of recidivism) with the help of the system he or she is part of. The system can be the (extended) family and include significant others (from the juvenile's point of view). It can be held during the first part of the sentence or at the end when the session is focused on reintegration. When applied in the criminal justice system, the FC also focuses on restoration of the social network, addressing social problems such as alcohol and substance misuse, promotion of a smooth release from the colony and rehabilitation, and thus on prevention of recidivism and alcohol and substance misuse.

On request of the Probation Department of ministry of Justice in Ukraine, Pompidou Group gave assignment for an (evaluation) research on implementation which was finalized March 2018.

Objective. To conduct a primary evaluation of FC in juvenile colonies in Ukraine.

Materials and methods. Literature research; Qualitative research (24 interviews: 7 juveniles, 4 parents, 13 staff members and Focus group with staff).

Results. The interviews and focus group pointed at the following conclusions.

There were several differences in the experiences that were shared in the interviews and focus groups, but the common feature was a very positive attitude towards FC by the involved juveniles, parents and staff. They all mentioned positive changes in attitudes of participants to the FC at the personal level, but also changes in the atmosphere and colonies were shared.

The expectations often had to do with wanting to have a better communication with parents or with children and to be able to talk about what happened and about future plans. To make use of the offer to take part in FC gave the opportunity to do so in a way that was created in a safe setting and accompanied/guided.

The main outcomes were positive. All interviewees were happy about what they discussed, would do it again or recommend it to others.

Topics for discussion or improvement have to do with the plans that were made which could have a clearer focus, with aftercare that could improve, but also with a clear focus of the meaning of the FC. The interviews showed that at the moment there are two models in practice: One using FC to establish contact with the (family) system and restore the relations between the members of the system. Therefore, the model is focused on being able to contribute to a better quality of life during stay and to offer direction in the way this particular juvenile should be guided and treated. The second FC is focused on the release and reintegration of the juvenile in his/her family or another local context. The plan made is then oriented towards reintegration.

Conclusions. It can be concluded that a Family Conference as conducted in the juvenile colonies in Ukraine, is a useful tool in a closed facility to increase contact between the detainee and his/her family, it is based on system approaches and restorative justice practices and that it is uniquely adapted to the local context.

Family conference allows to establish contact with juveniles, to improve their relationship with the family, to discuss complex issues and to motivate them to changes (including receiving mental health help if necessary).

It is suggested to build further on the two different forms of FC in the colonies and ideally install both, thus one in the beginning of the stay at the colony with a focus on a good communication and understanding with parents during the stay and the other at the end phase focused on reintegration. Additional trainings for involved staff is also a condition for continuity and keeping the quality. Monitoring, inter vision and evaluation is also recommended. Also it is needed to connect FC to a social context, broader than the juvenile institution itself, in which the preparation of parents and the family system can take place. But also as a condition to organize a follow up of the family plan, even after release. This is needed in order to really being able to contribute to rehabilitation of the juvenile into society without a high risk of recidivism and also to be able to guide safety-issues if they occur.

Keywords: family conference, restorative justice, juvenile justice.

Jalal Solati¹, Gunther H. Moll², Oliver Kratz², Yulia Golub²

LPS EXPOSURE DURING EARLY PREGNANCY RESULTS IN REDUCED BASELINE ANXIETY AND INCREASED GAD67 EXPRESSION IN ADULT MALE OFFSPRING

¹Department of Biology, Karaj branch, Islamic Aazad University, Karaj, Iran

²Department of Child and Adolescent Mental Health, Friedrich-Alexander University of Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Germany

jsolati@gmx.de

Background. Animal experiments have convincingly demonstrated that prenatal maternal stress affects pregnancy outcome and results in early programming of brain functions with permanent changes in neuroendocrine regulation and behavior in offspring. Current study aimed to evaluate the effects of prenatal exposure to the bacterial lipopolysaccharide (LPS) and maternal immune challenge on Anxiety-related behaviors and brain's GABAergic activity of male offspring.

Materials and methods. Pregnant NMRI mice were treated with intra-dermal injection of LPS (30, 60, 120, 240 and 480 µg/kg) at the 10th gestational day. Induction of the pro-inflammatory cytokines, TNF-α, IL-1β and IL-6 and corticosterone level were measured in maternal serum 1.5 h following LPS injection. Baseline anxiety level of male offspring (at postnatal day 60) were investigated using elevated plus mazes (EPM), glutamate decarboxylases level in the brain were measured through western blot technique. Anxiety level of stressed offspring measured after 2 hours restraint stress or TNF-α (10 µg/kg) administration.

Results. Our results show that LPS administration induces a significant increase in cytokines and corticosterone levels in maternal serum. However, in offspring prenatal LPS administration has no significant effects on serum cytokines and corticosterone levels and decrease baseline anxiety level while, pretreatment with restraint stress or TNF-α abolishes this anxiolytic effect. Prenatally LPS exposed offspring have an increased GAD67 expression, while no significant alteration in GAD65 level is observed.

Conclusion. Taken together, these results suggest that prenatal exposure to LPS during early pregnancy may result in, reduced baseline anxiety and increased GABA expression in adult male offspring.

Keywords: anxiety, lipopolysaccharide, cytokine, GABA.

V. Korostiy¹, I. Missmahl², O. Penderetska³, O. Polishchuk³, G. Krapivnyk⁴

THE EXPERIENCE OF PSYCHOSOCIAL ONLINE COUNSELLING PROJECT IN UKRAINE ON IPSO-CARE PLATFORM

¹Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine

²Ipsos, Germany

³Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

⁴KNPU, Ukraine

vikorostiy@ukr.net

Background. In the last two years the problem of internally displaced persons has not lost its topicality and for Ukraine it has become a new severe challenge. Among the countries with the highest numbers of IDP Ukraine is on the 8th place in the world (2,45 % of IDPs out of a total number of population). Since October 2017 the project of Psychosocial Care for IDPs and the war affected population in Ukraine has been in place (short name «Let's talk»).

Objective. The aim of the project is to provide professional, accessible, free for the users and fully anonymous psychosocial online care. The project has been supported by the German non-for-profit public organization IPSO under the joint initiative of the Head of IPSO Inge Missmahl and Ukrainian specialists in psychosocial care, and funded by the grant from the Rotary International.

Materials and methods. Analysis of protocols of online counseling sessions and supervisions. The online counseling may be used by any person, but the target audience includes the people who in any way have been affected by the armed conflict: veterans, their families, internally displaced people etc. The counsellors are professional psychologists who were trained within the scope of the project. Sessions may be held in Russian or Ukrainian, according to the user's choice.

Results. The key and most frequent issues mentioned by the clients are loneliness, the loss of the sense of life, fear, uncertainty, anxiety, difficulties in family relations, in particular, with children, job insecurity, addictions, psychosomatic disorders and so others.

At the start of the operations the no-show cases were a significant problem: a client would register, select a counsellor, appoint the date and time of the session and would not show afterwards.

In our opinion, these cases of «mute» addresses have their reasons and implications:

- nobody is ensured against force-majeure circumstances (problems with Internet connection, urgent issues, worsening of health, sleep disturbances etc.);
- rarely, but still it happens that a user is a hooligan, a careless person with no sense of responsibility;
- more often a person is driven by curiosity: to see what is inside, find out how it works;
- sometimes curiosity is satisfied at the stage of self-diagnostics, and the wish to continue disappears;
- it happens that the intention to get care is genuine, but the person gets scared and steps back at the last minute;
- in some cases an appointment to a session provides minimum therapeutic effect as the person gets certain temporary relief from knowing that there is a place to address in case of need.

Essentially, information on the opportunity to get psychosocial online care is communicated via social media; therefore, to prevent no-show cases, a step-by-step procedure with the description of registration and counselling was made, which enabled to gradually reduce the number of addresses without actual online sessions with a counsellor from 81.8 % in October, 66.7 % in November, 50 % in December 2017 to 20.8 % in January 2018.

Talks with the representatives of the target audience, potential clients and counsellors revealed another problem, whose preconditions are to be further examined. However, they are closely related to the situation in the country (military operation, the division into «We» and «Other», the risk of provocations, the cases of treason and personal revenge, threats to the family members of the military). The above issue is in potential clients' inadequately high suspicion level (in some cases on the border of paranoid fantasies), which is manifested in the fear of the possible infringement of confidentiality, over-listening, surveillance, recording of talks etc. When presenting the project service, the focus is always made on the high level of data protection and strict confidentiality. Nevertheless, these arguments are sometimes ignored.

Conclusions. The online counseling is the way to provide professional, accessible, free for the users and fully anonymous psychosocial care. At the start of the operations the no-show cases were a significant problem: a client would register, select a counsellor, appoint the date and time of the session and would not show afterwards. Most frequent issues mentioned by the IDPs and the war affected population peoples are loneliness, the loss of the sense of life, fear, uncertainty, anxiety, difficulties in family relations, in particular, with children, job insecurity, addictions, psychosomatic disorders and so others. When presenting the project service, the focus is always made on the high level of data protection and strict confidentiality.

Keywords: IDPs and the war affected population peoples in Ukraine, psychosocial online counseling, PTSD, Internet-based trauma-focused therapy.