

**АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY**

Науково-практичний журнал  
Том 24, № 2 (93) '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. Ревенко (Україна), Н. М. Степанова (Україна), С. І. Табачников (Україна), Є. М. Харченко (Україна), Д. Угріні (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. Івнєв (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. Напреев (Україна), Г. Я. Пілягіна (Україна), М. М. Пустовийт (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  
Свідцтво про державну реєстрацію КВ № 16431-4903 ПР від 15.02.2010 р.

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

Журнал представлений у міжнародній базі даних Google Scholar.

**Адреса редакції**

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

**Видавець**

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

**Адреса видавця**

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

Дизайн і верстка: ТОВ «Медікс груп»

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 6 від 14.06.2018 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. №323.  
Підписано до друку: 20.07.2018 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. 2 (93) '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. Bitenskyi (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. Pustovoyt (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 theses are allowed to be published (The Resolution of the Ministry of Education and Science of Ukraine 09.03.2016 №241).

The Journal is presented in international database Google Scholar.

**Address of editorial office**

Ukraine, 04080, Kyiv, 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](http://www.undisspn.org.ua)

e-mail: [jap.ukraine@gmail.com](mailto: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](mailto:info@health-medix.com)

Design and layout: Ltd. «Medix Group»

Approved for publication by the Academic Council of Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine (protocol № 6 dated 14.06.2018).

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

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

Order No. 323. Signed for print: 20.07.2018

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.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>І. Я. Пінчук</i><br>МОДЕЛЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО<br>ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ,<br>КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ТА ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВІ<br>ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ ..... | 72 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА  
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ  
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

|                                                                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>С. В. Болтоносів</i><br>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ<br>ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ<br>В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ,<br>ЩО ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ..... | 77 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Я. Ю. Марункевич</i><br>ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ<br>В СУЧАСНИХ УМОВАХ ..... | 81 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>М. М. Пустовойт</i><br>ДІАТЕЗ-СТРЕС МОДЕЛЬ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ПСИХОЗІВ ..... | 87 |
|---------------------------------------------------------------------------|----|

## ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

|                                                                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>М. О. Матусова, І. А. Марценковський</i><br>ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ<br>РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ<br>З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА ..... | 102 |
| <i>О. В. Самойлова</i><br>ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ РОЗВИТКУ<br>СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ<br>У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ .....                            | 105 |

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

|                                                                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>С. І. Табачников, Н. О. Михальчук, Є. М. Харченко</i><br>ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ<br>ПРОФЕСІЙНОЇ РЕФЛЕКСІЇ ПЕДАГОГІВ .....                                     | 111 |
| <i>Т. П. Яворська</i><br>ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО<br>ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ<br>ПАЦІЄНТАМ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ<br>ЗАХВОРЮВАННЯМИ ..... | 116 |

## СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>О. П. Олійник</i><br>СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ<br>ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ,<br>ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ..... | 121 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

|                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ЩОРІЧНА МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ «УКРАЇНСКА<br>ПСИХІАТРІЯ У СВІТІ, ЩО ШВИДКО ЗМІНЮЄТЬСЯ»<br>(25-27.04.2018, М. КИЇВ, УКРАЇНА) .....        | 125 |
| ЗВІТ ПРО ЗАСІДАННЯ, СЕМІНАРИ ТА ТРЕНІНГИ<br>ЦЕНТР ОБМІНУ ТЕХНОЛОГІЯМИ В СФЕРІ ЗАЛЕЖНОСТІ<br>(27-28 КВІТНЯ, 2018 Р., КИЇВ, УКРАЇНА) ..... | 126 |

## ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

|                                                                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>I. Ya. Pinchuk</i><br>MODEL OF MENTAL HEALTH SYSTEM<br>IN UKRAINE: SITUATIONAL ANALYSIS,<br>CONCEPTUALIZATION AND PROGRAM-TARGET<br>APPROACHES TO REFORMING ..... | 72 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE  
TO MILITARY MEN  
AND CIVILIANS DURING WARTIME

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>S. V. Boltanosov</i><br>FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS<br>OF POSTTRUMATIC STRESS DISORDER<br>AT PARTICIPANTS OF ACTION<br>AT THE ACQUISITION OF ALCOHOL UKRAINE ..... | 77 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## SOCIAL PSYCHIATRY

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Ya. Yu. Marunkevych</i><br>SOME FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR<br>IN THE MODERN CONTEXT ..... | 81 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## CLINICAL PSYCHIATRY

|                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>M. M. Pustovoyt</i><br>DIATHESIS-STRESS MODEL OF INVOLUTIONAL PSYCHOSES .. | 87 |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|

## CHILD'S PSYCHIATRY

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>M. O. Matusova, I. A. Martsenkovsky</i><br>FEATURES OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL<br>DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISM<br>SPECTRUM DISORDER ..... | 102 |
| <i>O. V. Samoilova</i><br>DETERMINATION OF THE RISKS<br>OF SUICIDAL BEHAVIOR DEVELOPMENT<br>IN CHILDREN WITH ADAPTATION DISORDERS .....               | 105 |

## MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

|                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>S. I. Tabachnikov, N. O. Mykhalchuk, Ye. M. Kharchenko</i><br>EMPIRICAL RESEARCH OF THE STRUCTURE<br>OF PROFESSIONAL REFLECTION OF TEACHERS ..... | 111 |
| <i>T. P. Yavorska</i><br>FEATURES OF BURNOUT<br>IN DOCTORS WHICH<br>TREAT PATIENTS<br>WITH CEREBROVASCULAR DISEASES .....                            | 116 |

## FORENSIC PSYCHIATRY

|                                                                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>O. P. Oliinyk</i><br>FORENSIC PSYCHIATRIC ASSESSMENT<br>OF DEPENDENCE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES:<br>CURRENT TRENDS, PROBLEM ASPECTS AND PERSPECTIVES .. | 121 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS

|                                                                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ANNUAL INTERNATIONAL CONFERENCE «UKRAINIAN<br>PSYCHIATRY IN THE FAST CHANGING WORLD»<br>(25-27 OF APRIL 2018, KYIV, UKRAINE) .....            | 125 |
| REPORT ON THE MEETINGS, WORKSHOP & TRAINING COURSE<br>ADDITION TECHNOLOGY TRANSFER CENTER NETWORK<br>(APRIL 27-28, 2018, KYIV, UKRAINE) ..... | 126 |

## ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89-084(477)+614.2:005.4(477)

І. Я. Пінчук

## МОДЕЛЬ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ, КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЯ ТА ПРОГРАМНО-ЦІЛЬОВІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ

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

undisspn@ukr.net

**Актуальність.** У результаті 10-річної роботи багатьох вітчизняних фахівців за підтримки міжнародних організацій та міжнародних експертів Постановою КМУ № 1018-р від 27 грудня 2017 року була затверджена Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року, що вимагає подальшої розробки та затвердження державної програми охорони психічного здоров'я до 2030 року з визначенням нової моделі охорони психічного здоров'я в Україні.

**Мета** – проведення ситуаційного аналізу з подальшою концептуалізацією наявного матеріалу та формування програмно-цільового підходу до реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні з визначенням перспектив на майбутні роки.

**Результати.** Проаналізовані важливі історичні кроки на шляху роботи над проектом Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні. Сфокусовано увагу на основних складових ситуаційного аналізу, який став підґрунтям для визначення основних напрямків реформування як системи надання психіатричної допомоги, так і загалом системи охорони психічного здоров'я. Розроблено концептуальну та кластерну моделі державної системи охорони психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги з урахуванням проведеного ситуаційного аналізу та майбутніх перспектив при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні.

**Висновки.** Представлено нову піраміду оптимального поєднання послуг для охорони психічного здоров'я в Україні за зразком ВООЗ та зроблено акцент на деяких важливих рівнях цієї піраміди. Запропоновані бажані риси моделі охорони психічного здоров'я у 2030 році.

**Ключові слова:**  
системи охорони  
психічного здоров'я,  
модель, концепція,  
національна програма.

**Актуальність.** Постановою КМУ № 1018-р від 27 грудня 2017 року була затверджена Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року [1]. Перший важливий крок зроблено у результаті 10-річної роботи багатьох фахівців в Україні за підтримки міжнародних організацій та міжнародних експертів.

**Мета** даної статті – проведення ситуаційного аналізу з подальшою концептуалізацією наявного матеріалу та формування програмно-цільового підходу до реформування системи охорони психічного здоров'я в Україні з визначенням перспектив на майбутні роки.

Аналізуючи 13-річний період роботи над Концепцією розвитку охорони психічного здоров'я в Україні можна виокремити декілька важливих кроків. Перший крок Концепції Державної цільової комплексної Програми

розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 рр. розроблений у 2005 році групою фахівців під керівництвом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та вперше оприлюднений на сайті Міністерства охорони здоров'я до обговорення фахівцями в квітні 2006 року. Другий крок – розробка в 2010 році завдань і заходів з виконання Державної програми створення єдиної системи надання спеціалізованої психіатричної допомоги на період до 2020 року. Наступні важливі кроки – це обговорення Міжвідомчою координаційною радою з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні в 2014 році проекту Концепції Державної Програми розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2020 року та надання в 2015 році пропозицій до Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на 2015 – 2025 роки,

де було зазначено про необхідність прийняття Концепції та роботи над планом заходів для її реалізації.

### Ситуаційний аналіз

Робота над документом починалася з аналізу офіційної статистичної звітності, який проводили фахівці Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України щорічно. Ця інформація наявна за весь період незалежності України до 2016 року [2–4]. Розуміючи, що даний аналіз дозволяє аналізувати тільки організаційну структуру служби, її кадровий потенціал, показники захворюваності та поширеності психічних розладів, показники роботи стаціонарних закладів, що складаються з даних згідно звернень до медичних закладів і ніяким чином не відображають існуючих потреб у наданні психіатричної допомоги, до уваги були взяті дані епідеміологічного дослідження. Це дослідження проводилося в Україні в 2005 році Асоціацією психіатрів України [5].

Крім того, робоча група вивчала напрацювання, досягнення, проблемні питання та ризики під час реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах (Донецька, Дніпропетровська, Вінницька області та м. Київ) у 2008–2012 рр. [6] та прийшла до висновку, що вдосконалення системи організації психіатричної допомоги повинно відбуватися з урахуванням реформування системи охорони здоров'я загалом. Пацієнти мають отримувати допомогу на трьох рівнях надання медичної допомоги, однак ця допомога повинна відрізнятися за обсягом наданих послуг, термінами надання та професійним рівнем фахівців, що її надають.

На первинному рівні компетенція сімейного лікаря в питаннях надання психіатричної допомоги – це проведення комплексу профілактичних заходів; раннє виявлення вад психічного здоров'я; організація своєчасного консультування лікарем-психіатром; курування визначених груп пацієнтів під керівництвом лікарів-психіатрів. Другий рівень надання психіатричної допомоги – основний, що має забезпечувати спеціалізовану психіатричну допомогу всьому населенню в усіх її видах. Функціями другого рівня надання психіатричної допомоги мають залишитися диспансеризація пацієнтів з вадами психічного здоров'я; забезпечення ліками пільгової категорії пацієнтів із вадами психічного здоров'я; діагностика та лікування психічних розладів; профілактика суспільно-небезпечних дій пацієнтів з вадами психічного здоров'я та забезпечення усіх видів примусових заходів медичного характеру; взаємодія зі структурами соціального захисту для вирішення питань соціальної допомоги; проведення попередніх та періодичних психіатричних оглядів; видача довідок різного значення, як фізичним, так і юридичним особам; оформлення медичної документації щодо первинного та чергового проходження МСЕК та направлення пацієнтів до будинків-інтернатів психоневрологічного профілю. Надання високоспеціалізованої психіатричної допомоги на третинному рівні має забезпечуватися високоспеціалізованими психіатричними відділеннями, консультативно-діагностичними центрами науково-дослідних інститутів АМН України, МОЗ України, університетськими клініками з метою надання консультативної та стаціонарної допомоги в

складних діагностичних випадках. Функціями третинного рівня надання психіатричної допомоги мають стати консультативна та стаціонарна допомога в складних діагностичних випадках з використанням високотехнологічного обладнання та / або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; вивчення, апробація, оцінка ефективності нових методів лікування; впровадження нових технологій та клінічні випробування нових методів лікування, медичного обладнання; розробка наукових методів та підходів до лікування і реабілітації пацієнтів з вадами психічного здоров'я. Для раціонального використання ресурсів необхідне чітке розмежування функцій вторинного та третинного рівнів та виключення дублювання цих функцій. Заклади третинного рівня надання психіатричної допомоги повинні надавати високоспеціалізовану психіатричну допомогу населенню по всій території України без закріплення населення; проводити наукову роботу; мати високий професійний рівень фахівців.

Для роботи над планом заходів щодо реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року необхідно використовувати також численні аналізи існуючої ситуації в Україні, проведені міжнародними експертами та організаціями (GIP, Deloitte, SAMHSA, PEPFAR, WHO, World Bank, International Medical Corps тощо).

### Концептуалізація та програмно-цільовий підхід

На шляху створення нової моделі системи охорони психічного здоров'я в Україні насамперед необхідно ефективно використовувати наявні ресурси, зокрема фінансові та кадрові, паралельно модернізуючи існуючу систему з метою приведення її у відповідність до потреб і стандартів, а також розвивати нові елементи системи із новою ідеологією (від надання психіатричної допомоги певним категоріям до охорони психічного здоров'я населення України).

Сутність нової системи охорони психічного здоров'я має бути спрямована на дестигматизацію та інтеграцію психіатричної допомоги в первинну медико-санітарну ланку, передбачати використання біопсихосоціальної моделі з акцентом на психосоціальній терапії та реабілітації й кадровому забезпеченні поліпрофесійною командою (сімейний лікар, психіатр, психолог (психотерапевт), медична сестра, соціальний працівник, ерготерапевт тощо).

На рисунках 1 та 2 представлені концептуальна та кластерна моделі державної системи охорони психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги з урахуванням проведеного ситуаційного аналізу та майбутніх перспектив при реформуванні системи охорони здоров'я в Україні.

Створюючи нову та переглядаючи існуючу піраміду для оптимального поєднання послуг охорони психічного здоров'я (ВООЗ) необхідно зробити акцент на деяких рівнях цієї піраміди. Базовою має бути самопомога – основа піраміди послуг, на якій ґрунтується вся інша допомога. Більшість людей справляються зі своїми проблемами самостійно або за підтримки родини чи друзів. Самопомога є найефективнішою, коли її підтримують



Рис. 1. Концептуальна модель державної системи охорони психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги



Рис. 2. Кластерна модель державної системи охорони психічного здоров'я та надання психіатричної допомоги

офіційні служби охорони здоров'я: надають інформацію про те, як боротися зі стресом, наголошують на важливості фізичної активності, небезпечності надмірного вживання алкоголю та наркотиків.

Наступний важливий базовий рівень – це неформальні послуги на рівні громад, які не є складовою офіційної системи охорони здоров'я та соціального забезпечення. Це послуги, що надаються неурядовими організаціями, асоціаціями користувачів і сімей, а також звичайними мешканцями. Даний рівень допомоги може сприяти уникненню рецидивів серед осіб, які виписуються з лікарень.

Наступним, уже професійним рівнем, має стати розширення повноважень сімейного лікаря, а саме: проведення комплексу профілактичних заходів; раннє виявлення вад психічного здоров'я; своєчасна організація консультації лікаря-психіатра; курування визначених груп пацієнтів із психічними розладами під керівництвом лікарів-психіатрів. Об'єднувальною ланкою між сімейним лікарем та лікарем-психіатром може бути впровадження спільнотних бригад охорони психічного здоров'я. Вищим рівнем будуть психіатричні послуги на рівні спільноти та відділення в загальних лікарнях, а саме: центри денного перебування, реабілітаційні служби, програми запобігання госпіталізації, мобільні кризові бригади, послуги за місцем проживання, що надаються під наглядом тощо. Районні лікарні загального профілю мають доступне та прийнятне розташування для цілодобового надання медичної допомоги та нагляду за людьми із загостреними психічними розладами. Вершиною піраміди мають стати спеціалізовані психіатричні сервіси та відділення для довготривалого перебування, а саме, психіатричні лікарні, будинки-інтернати, школи-інтернати, хоспіси – те, що сьогодні знаходиться в основі піраміди послуг для охорони психічного здоров'я. Нова піраміда оптимального поєднання послуг для охорони психічного здоров'я в українському контексті відображена на рисунку 3.

## Висновки

Сьогодні ми маємо чітко розуміти, яку майбутню модель українська психіатрія обирає, англійську або німецьку. На підставі цього вибору, з урахуванням загального вектора реформування системи охорони здоров'я, потрібно розробити та затвердити Державну програму охорони психічного здоров'я до 2030 року, як це заявлено Постановою КМУ № 1018-р від 27 грудня 2017 року.

Обличчя системи охорони психічного здоров'я у 2030 році має бути гуманістичним та персоналізованим. Сама система – пацієнт-центрована, командна, тривалого супроводу (протягом життя), поєднувати цілі здоров'я з життєвими цілями. Вона має посилювати навички, спрямовані на покращення здоров'я та добробуту, бути адаптованою до унікальної ідентичності, біології, культури, а також універсально доступною.

## Список використаної літератури

1. Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року [Електронний ресурс] // Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. – К., 2018. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/5a7c6b0f4c4cc092226714.doc> (дата звертання: 16.05.2018).

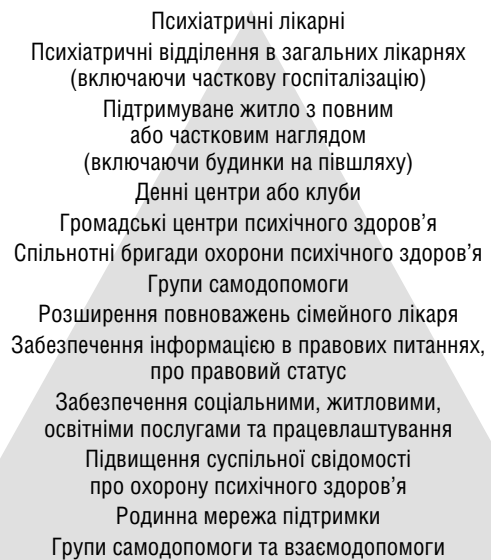


Рис. 3. Піраміда оптимального поєднання послуг для охорони психічного здоров'я (ВООЗ) в українському контексті

2. Динаміка стану психічного здоров'я населення та організації психіатричної і наркологічної допомоги в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2009–2013 роки у графіках і таблицях). – К.: УкрНДІ ССПН МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2014. – 664 с.
3. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2013–2015 рр. // ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – Кіровоград: ПП «Поліум», 2016. – 80 с.
4. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2014–2016 рр. // ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – К., 2018. – 114 с.
5. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2005 рр. – К.: Сфера, 2006. – 52 с.
6. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». № 3612-VI [Електронний ресурс] // Верховна Рада України. Офіційний веб-портал. – К., 1994–2018. Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> (дата звертання 16.06.2018).

## References

1. Government portal. (2018). *Kontseptsiiia rozvytku okhorony psykhychnoho zdorov'ia v Ukraini na period do 2030 roku* [The concept of the development of mental health in Ukraine for the period up to 2030]. Kyiv. Available at: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/uploads/public/5a7c6b0f4c4cc092226714.doc> (access date: 16.05.2018). (In Ukrainian).
2. URI SFPDA MHU & Center of medical statistics of the Ministry of Health of Ukraine. (2014). *Dynamika stanu psykhychnoho zdorov'ia naselennia ta orhanizatsii psykhyatrychnoi i narkolohichnoi dopomohy v Ukraini (analitichno-statystychnyi dovidnyk za 2009–2013 roky u hrafikakh i tablytsiakh)* [The dynamics of the state of mental health of the population and the organization of psychiatric and narcological care in Ukraine (analytical and statistical guide for 2009–2013 in charts and tables)]. Kyiv: URI SFPDA MHU & Center of medical statistics of the Ministry of Health of Ukraine, 664 p. (In Ukrainian).
3. URI SFPDA MHU & Center of medical statistics of the Ministry of Health of Ukraine. (2016). *Psykhychne zdorov'ia naselennia Ukrainy. Analitichno-statystychnyi dovidnyk 2013–2015 rr.* [Mental health of the population of Ukraine. Analytical and Statistical Guide 2013–2015]. Kirovohrad: PP «Polium», 80 p. (In Ukrainian).
4. URI SFPDA MHU & Center of medical statistics of the Ministry of Health of Ukraine (2018). *Psykhychne zdorov'ia naselennia Ukrainy (analitichno-statystychnyi dovidnyk 2014–2016 rr.)* [Mental health of the population of Ukraine (analytical and statistical guide for 2014–2016)]. Kyiv, 112 p. (In Ukrainian).
5. *Psykhychne zdorov'ia naselennia Ukrainy: informatsiino-analitichnyi ohliad za 1990–2005 rr.* [Mental health of the population of Ukraine: information and analytical review for 1990–2005]. (2006). Kyiv: Sfera, 52 p. (In Ukrainian).
6. Verkhovna Rada of Ukraine. (2014). *Pro poriadok provedennia reformuvannia systemy okhorony zdorov'ia u Vinnytskii, Dnipropetrovskii, Donetskii oblastiakh ta misti Kyievi (Zakon Ukrainy vid 07.07.2011 № 3612-VI)* [On the order of health care reform in Vinnytsia, Dnipropetrovsk, Donetsk regions and in Kyiv (Law of Ukraine dated 07.07.2011 № 3612-VI)]. Kyiv. Available at: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> (access date: 16.05.2018). (In Ukrainian).

## МОДЕЛЬ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В УКРАИНЕ: СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ, КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ И ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ

И. Я. Пинчук

**Актуальность.** В результате 10-летней работы многих отечественных специалистов при поддержке международных организаций и международных экспертов Постановлением КМУ № 1018-р от 27 декабря 2017 года была утверждена Концепция развития охраны психического здоровья в Украине на период до 2030 года, что требует дальнейшей разработки и утверждения государственной программы охраны психического здоровья до 2030 года с созданием новой модели охраны психического здоровья в Украине.

**Цель** – проведение ситуационного анализа с последующей концептуализацией имеющегося материала и формированием программно-целевого подхода к реформированию системы охраны психического здоровья в Украине с определением перспектив на предстоящие годы.

**Результаты.** Проанализированы важные исторические шаги работы над проектом Концепции развития охраны психического здоровья в Украине. Сфокусировано внимание на основных составляющих ситуационного анализа, который стал основой для определения основных направлений реформирования как системы оказания психиатрической помощи, так и вообще системы охраны психического здоровья. Разработаны концептуальная и кластерная модели государственной системы охраны психического здоровья и психиатрической помощи с учетом проведенного ситуационного анализа и будущих перспектив при реформировании системы здравоохранения в Украине.

**Выводы.** Представлена новая пирамида оптимального сочетания услуг для охраны психического здоровья в Украине по образцу ВОЗ и сделан акцент на некоторых важных уровнях этой пирамиды. Предложены необходимые черты модели охраны психического здоровья в 2030 году.

**Ключевые слова:** система охраны психического здоровья, модель, концепция, национальная программа.

## MODEL OF MENTAL HEALTH SYSTEM IN UKRAINE: SITUATIONAL ANALYSIS, CONCEPTUALIZATION AND PROGRAM-TARGET APPROACHES TO REFORMING

I. Ya. Pinchuk

**Background.** The Concept for the Development of Mental Health Care in Ukraine for the period until 2030 was approved by the Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1018-r from December 27, 2017 as a result of the 10-year work of many Ukrainian specialists with the support of international organizations and experts. Therefore, the state mental health program until 2030 with creation of a new model of mental health in Ukraine requires further development and approval.

**Objective** – to conduct situational analysis with the subsequent conceptualization of existing data and formation of a program-targeted approach to reforming the mental health system in Ukraine with a definition of prospects for the next years.

**Results.** Important historical steps of work on the draft of the mental health concept in Ukraine have been analyzed. The focus is on the main components of situational analysis, which became the basis for determining the main directions of reform, both the system of psychiatric care provision, and mental health system in general. A conceptual and cluster models of the state mental health system were developed, taking into account the situational analysis and future perspectives in the reform of the health care system in Ukraine.

**Conclusions.** A new pyramid for the optimal combination of mental health services in Ukraine, based on WHO model, is presented with special emphasis on some important levels of this pyramid. The necessary features of the mental health model in 2030 are proposed.

**Keywords:** mental health system, model, concept, national program

*Стаття надійшла до редакції 17.05.2018 р.*

**ПИНЧУК Ірина Яківна**, д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, директор АТТС (Центр обміну технологіями у сфері залежностей), м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

**ПИНЧУК Ірина Яковлевна**, д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МЗ України, директор АТТС (Центр обміну технологіями в сфері залежностей), г. Киев, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

**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, Director of International PEPFAR Addiction Technology Transfer Center – Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

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

УДК [616.89-008.441.3:159.444.4]-057.36:355.422(477.6)

С. В. Болтоносов

### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ, ЩО ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ

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

ballister@ukr.net

**Актуальність.** Тривалий збройний конфлікт на Сході України викликав збільшення кількості військовослужбовців, що мають симптоми посттравматичних психічних розладів (ПТПР). Складні умови проходження військової служби, невизначеність майбутнього і постійне перебування під впливом інтенсивних факторів стресу призводять до психологічного дистресу. Низька доступність до психологічної допомоги обумовлює пошук військовослужбовцями альтернативних методів боротьби зі стресом. Найдоступнішим способом нейтралізувати негативно забарвлений емоційний стан є вживання психоактивних речовин (ПАР), зокрема алкоголю.

**Мета дослідження** – вивчити особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на Сході України, що вживають алкоголь.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводили за допомогою соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, статистичного методів, діагностичних критеріїв МКХ-10 для верифікації діагнозу ПТСР, Шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій.

**Результати.** Після проведення скринінгу та розподілу по групах було проведено порівняльне дослідження особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, що вживають алкоголь, та тих, хто заперечує вживання ПАР. Виявлено, що відносно більша кількість осіб, які вживають алкоголь, має вищі показники тривоги та депресії, ніж у групі порівняння.

**Висновки.** У ході дослідження було встановлено, що серед учасників бойових дій з ПТСР, які вживали алкоголь, було більше тих, хто мав клінічно та субклінічно виражену тривогу за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS), порівняно з учасниками бойових дій з ПТСР, які не вживали ПАР. Схожі дані були отримані і при визначенні рівня реактивної (ситуативної) тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Серед пацієнтів з ПТСР, які вживали алкоголь, більшість мали ознаки субклінічно вираженої депресії. Відсоток пацієнтів, які відповідали показникам норми, між групами порівняння відрізнявся вдвічі. Отримані дані можуть свідчити про те, що клініцистам треба бути особливо уважними до пацієнтів, які вживають алкоголь, оскільки поширеність тривоги і депресії серед зазначеного контингенту вища. Для надання своєчасної кваліфікованої допомоги лікарі мають враховувати особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, що вживають алкоголь.

**Ключові слова:**  
учасники бойових  
дій, посттравматичні  
психічні розлади,  
алкоголь, тривога,  
депресія.

**Актуальність.** Тривалий збройний конфлікт на Сході України призвів до збільшення кількості військовослужбовців, що мають симптоми посттравматичних психічних розладів (ПТПР). Складні умови проходження військової служби, невизначеність майбутнього і постійне перебуван-

ня під впливом інтенсивних факторів стресу призводять до психологічного дистресу. Низька доступність до психологічної допомоги обумовлює пошук військовослужбовцями альтернативних методів боротьби зі стресом. Найдоступнішим способом нейтралізувати негативно забарвлений

емоційний стан є вживання психоактивних речовин (ПАР), зокрема алкоголю. За даними наукових літературних джерел, за 2015 рік 3 791 учасник бойових дій на Сході України перебував у психіатричних та наркологічних стаціонарах країни з розладами психіки та поведінки. З розладами психіки і поведінки внаслідок вживання ПАР було 1 849 осіб (49,5 %); з невротичними – 1 424 особи (37 %) [1, 2]. Згідно з державними та галузевими статистичними звітами закладів охорони здоров'я України, у 2016 році через діагнози з рубрики «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації (F43)» взято під нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом 641 учасника бойових дій, їх кількість на 33,8 % менша, ніж узятих під нагляд у 2015 році (968 осіб). Найбільший відсоток учасників бойових дій з уперше встановленим F43 у 2016 році зафіксовано у Житомирській – 9,8 % (63 особи), Волинській – 8,2 % (53 особи), Львівській – 7,6 % (49 осіб), Київській – 7,4 % (48 осіб) областях. Під наглядом на кінець 2016 року було 1 625 військовослужбовців з F43. Зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) був діагностований в 2015 році 686 бійцям, у 2016 році – 448 учасникам бойових дій, що складало 69,9 % від всіх військовослужбовців з розладами психіки через реакцію на важкий стрес та розлади адаптації (F43) [3]. Військова медицина США також стикалася з подібними проблемами, про що свідчать дані оглядів закордонних джерел [4]. Знання про чинники, які сприяють підвищенню рівня споживання ПАР, можуть допомогти виявити осіб групи ризику, що, в свою чергу, дасть можливість розробити заходи для запобігання розвитку ускладнень. На сьогодні існують дані досліджень, які демонструють, що ПТСР і афективні розлади є потенційними чинниками ризику для підвищення вживання ПАР. Участь в активних бойових діях та посттравматичні психічні розлади асоційовані з ризиком зловживання алкоголем, про що свідчать результати американських та британських досліджень серед військовослужбовців [5–7].

**Мета дослідження** – вивчити особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на Сході України, що вживають алкоголь.

## Матеріали та методи дослідження

На базі Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни (с. Циблі) за умови інформованої згоди було проведено скринінгове обстеження 310 осіб на наявність у них симптомів ПТСР. Усі обстежені були чоловічої статі. Дослідження проводили за допомогою наступних методів: соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, статистичного, діагностичних критеріїв МКХ-10 для верифікації діагнозу ПТСР, Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій.

Для подальшого дослідження було відібрано 156 учасників бойових дій на Сході України, які відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 для ПТСР. Учасників дослідження обстежили із застосуванням соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, статистичного методів, діагностичних критеріїв МКХ-10 для верифікації діагнозу ПТСР, Шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, Госпітальної шкали тривоги і

депресії (HADS), Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій. Дослідження ступенів вживання ПАР особами ми проводили з використанням методу комплексної оцінки адиктивного статусу індивіда та популяції (система AUDIT-подібних тестів, І. В. Лінський та співавт. [8]). Обстеження пацієнтів та аналіз даних, отриманих у процесі дослідження, проводили з використанням уніфікованої карти.

Було виявлено 95 учасників бойових дій з ПТСР, які повідомили про вживання ПАР, з них 89 вживали алкоголь, 6 – наркотичні речовини. Вживання ПАР заперечила 61 особа. Таким чином було сформовано дві групи порівняння:

- учасники бойових дій з ПТСР, які не вживали ПАР (n=61);
- учасники бойових дій з ПТСР, які вживали алкоголь (n=89).

Кореляційний аналіз здійснено з використанням критерію Стьюдента (Student's *t*-test), після визначення якого за допомогою його таблиці розраховували достовірність статистичних відмінностей (*p*) для кількості мір свободи  $n_1 + n_2 - 2$ , які розцінювали як достовірні при значенні  $p < 0,05$  (ймовірність відмінностей більше 95 %).

## Результати та їх обговорення

При дослідженні психологічного стану учасників бойових дій було проведено визначення наявності та рівня тривоги і депресії за шкалою HADS.

У результаті аналізу отриманих даних виявлено, що 15 (24,6 %) пацієнтів з ПТСР, які не вживали ПАР, отримали від 0 до 7 балів за шкалою HADS, що є показником норми, 8–10 балів мали 26 (42,6 %) респондентів, що відповідає субклінічно вираженій тривозі, а 11–13 балів набрали 20 (32,8 %) опитуваних, що відповідає клінічно вираженій тривозі.

У пацієнтів з ПТСР, які вживали алкоголь, було отримано наступні дані: 12 (13,5 %) респондентів отримали від 0 до 7 балів, що є показником норми, 8–10 балів отримали 43 (48,3 %) респонденти, що відповідає субклінічно вираженій тривозі, а 11–13 балів набрали 34 (38,2 %) опитуваних, що відповідає клінічно вираженій тривозі. Отримані дані були статистично значимими ( $p < 0,05$ ).

Результати дослідження рівня тривоги за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) представлено у таблиці 1.

Вивчаючи рівень депресії у пацієнтів з ПТСР, які вживали алкоголь, ми отримали такі результати: 18 (20,2 %) респондентів мали показники клінічно вираженої депресії, 59 (66,3 %) мали показники субклінічно вираженої

**Таблиця 1. Результати дослідження рівня тривоги у респондентів за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)**

| Рівень тривоги               | Пацієнти з ПТСР, які не вживали ПАР (n=61) | Пацієнти з ПТСР, які вживали алкоголь (n=89) | p     |
|------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------|
| Норма                        | 15 (24,6 %)                                | 12 (13,5 %)                                  | <0,05 |
| Субклінічно виражена тривога | 26 (42,6 %)                                | 43 (48,3 %)                                  | <0,05 |
| Клінічно виражена тривога    | 20 (32,8 %)                                | 34 (38,2 %)                                  | <0,05 |

Примітка. 0–7 балів – показники норми; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога; 11–13 балів – клінічно виражена тривога.

Таблиця 2. Результати дослідження рівня депресії у респондентів за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)

| Рівень депресії               | Пацієнти з ПТСР, які не вживали ПАР (n=61) | Пацієнти з ПТСР, які вживали алкоголь (n=89) | p     |
|-------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------|
| Норма                         | 16 (26,2 %)                                | 12 (13,5 %)                                  | <0,05 |
| Субклінічно виражена депресія | 36 (59,0 %)                                | 59 (66,3 %)                                  | <0,05 |
| Клінічно виражена депресія    | 9 (14,8 %)                                 | 18 (20,2 %)                                  | <0,05 |

Примітка. 0–7 балів – показники норми; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога; 11–13 балів – клінічно виражена тривога.

Таблиця 3. Рівень реактивної (ситуативної) тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна

| Рівень реактивної тривожності | Пацієнти з ПТСР, які не вживали ПАР (n=61) | Пацієнти з ПТСР, які вживали алкоголь (n=89) | p     |
|-------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|-------|
| Високий рівень тривожності    | 20 (32,8 %)                                | 30 (33,7 %)                                  | <0,05 |
| Помірний рівень тривожності   | 24 (39,3 %)                                | 48 (53,9 %)                                  | <0,05 |
| Низький рівень тривожності    | 17 (27,9 %)                                | 11 (12,4 %)                                  | <0,05 |

Примітка. >46 балів – високий рівень тривожності; 30–45 балів – помірний рівень тривожності; <30 балів – низький рівень тривожності

депресії, у 12 (13,5 %) обстежених були відсутні симптоми депресії. Учасники бойових дій з ПТСР, які не вживали ПАР, розподілилися наступним чином: клінічно виражена депресія була у 9 (14,8 %) осіб, субклінічно виражена депресія була у 36 (59,0 %) осіб, у 16 (26,2 %) респондентів були відсутні симптоми депресії. Отримані дані були статистично значимими ( $p < 0,05$ ). Результати визначення рівня депресії у респондентів за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS) представлені в таблиці 2.

Досліджуючи реактивну тривожність у даного контингенту обстежуваних ми отримали наступні результати. Кількість пацієнтів з ПТСР, які не вживали ПАР та мали високий рівень тривожності, склала 20 осіб (32,8 %). Показники від 30 до 45 балів отримали 24 (39,3 %) опитуваних, що вказує на наявність у них помірного рівня тривожності, до 30 балів набрали 17 (27,9 %) пацієнтів. Серед пацієнтів з ПТСР, які вживали алкоголь, близько половини (53,9 %) мали помірний рівень тривожності, низький рівень тривожності мали 11 (12,4 %) військово-службовців, високий рівень тривожності – 30 осіб. Отримані дані були статистично значимими ( $p < 0,05$ ). Дані щодо рівня реактивної (ситуативної) тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна представлено в таблиці 3.

## Висновки

У ході дослідження було встановлено, що серед учасників бойових дій з ПТСР, які вживали алкоголь, було більше тих, хто мав клінічно та субклінічно виражену тривогу за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS), порівняно з учасниками бойових дій з ПТСР, які не вживали ПАР. Схожі дані були отримані і при вивченні рівня реактивної (ситуативної) тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Серед пацієнтів з ПТСР, які вживали алкоголь, більшість мали ознаки субклінічно вираженої депресії. Відсоток пацієнтів які відповідали показникам норми, вдвічі відрізнявся між групами порівняння.

Отримані дані свідчать, що клініцистам треба бути особливо уважними до пацієнтів, які вживають алкоголь, оскільки поширеність тривоги і депресії серед зазначеного контингенту вища. Для надання своєчасної кваліфікованої допомоги лікарям слід враховувати особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій, що вживають алкоголь.

## Список використаної літератури

1. Михайлов Б. В. Принципи психотерапії і фармакотерапії розладів психіки і поведінки екстремально-психогенного походження / Б. В. Михайлов // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2015. – Т. 8, № 3 (29). – С. 4–14.
2. Михайлов Б. В. Принципы организации восстановительной терапии нарушенных психики у участников АТО / Б. В. Михайлов // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2015. – Т. 8, № 4 (30). – С. 12–19.
3. 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.
4. Allen J. P. Nature and treatment of comorbid alcohol problems and post-traumatic stress disorder among American military personnel and veterans / J. P. Allen, E. F. Crawford, H. Kudler // Alcohol research: current reviews. – 2016. – Vol. 38, issue 1. – P. 133–140.
5. Bray R. M. Trends in binge and heavy drinking, alcohol-related problems, and combat exposure in the US military / R. M. Bray, J. M. Brown, J. Williams // Substance Use & Misuse. – 2013. – Vol. 48, issue 10. – P. 799–810. DOI: 10.3109/10826084.2013.796990.
6. Post-traumatic stress disorder and alcohol misuse: comorbidity in UK military personnel [Electronic Resource] / M. Head, L. Goodwin, F. Debell [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2016. – Vol. 51, issue 8. – P. 1171–1180. Available at: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1177-8>.
7. Operational stress and correlates of mental health among joint task force Guantanamo bay military personnel / J. A. WebbMurphy, G. M. La Rosa, K. J. Schmitz [et al.] // Journal of traumatic stress. – 2015. – Vol. 28, issue 6. – P. 499–504. DOI: 10.1002/jts.22057.
8. Метод комплексной оценки адиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 56–70.

## References

1. Mykhailov, B. V. (2015). Pryntsypy psykhoterapii i farmakoterapii rozladiv psykhiky i povedinky ekstremalno-psykhohennoho pokhodzhennia [Principles of psychotherapy and pharmacotherapy of mental disorders and behavior of extreme-psychogenic origin]. *Mizhnarodnyi psykhiatrychnyi, psykhoterapevtychnyi ta psykhoanalitichnyi zhurnal – International psychiatry, psychotherapy, psychoanalytic journal*, vol. 8, issue 3 (29), pp. 4–14. (In Ukrainian).
2. Mykhailov, B. V. (2015). Principy organizatsii vosstanovitel'noy terapii narushenij psikhiky u uchastnikov ATO [Principles of organization of restorative therapy of mental disorders among ATO participants]. *Mizhnarodnyi psykhiatrychnyi, psykhoterapevtychnyi ta psykhoanalitichnyi zhurnal – International psychiatry, psychotherapy, psychoanalytic journal*, vol. 8, issue 4 (30), pp. 12–19. (In Russian).
3. URI SFPDA MHU & Center of medical statistics of the Ministry of Health of Ukraine (2018). *Psykhichne zdorov'ia naselennia Ukrainy (analitichno-statystychnyi dovidnyk 2014-2016 rr.)* [Mental health of the population of Ukraine (analytical and statistical guide for 2014-2016)]. Kyiv, 112 p. (In Ukrainian).
4. Allen, J. P., Crawford E. F., & Kudler, H. (2016). Nature and treatment of comorbid alcohol problems and post-traumatic stress disorder among American military personnel and veterans. *Alcohol research: current reviews*, vol. 38, issue 1, pp. 133–140.
5. Bray, R. M., Brown, J. M., & Williams, J. (2013). Trends in binge and heavy drinking, alcohol-related problems, and combat exposure in the US military. *Substance Use & Misuse*, vol. 48, issue 10, pp. 799–810. DOI: 10.3109/10826084.2013.796990.
6. Head, M., Goodwin, L., Debell, F., Greenberg, N., Wessely, S., & Fear, N.T. (2016). Post-traumatic stress disorder and alcohol misuse: comorbidity in UK military personnel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 51, issue 8, pp. 1171–1180. Available at: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1177-8>. DOI: 10.1007/s00127-016-1177-8.
7. WebbMurphy, J. A., La Rosa, G. M., Schmitz, K. J., Vishnyak, E. J., Raducha, S. C., Roesh, S. C., & Johnston, S. L. (2015). Operational stress and correlates of mental health among joint task force Guantanamo bay military personnel. *Journal of traumatic stress*, vol. 28, issue 6, pp. 499–504. DOI: 10.1002/jts.22057.
8. Linskyi, I. V., Minko, O. I., Artemchuk, A. F., Grinevich, Y. G., Markova, M. V., Musiienko, H. O., ... Vyhlazova, O. V. (2009). Metod kompleksnoy otsenki adiktivnogo statusa individa i populatsii s pomoshch'yu sistemy AUDIT-podobnykh testov [The method of complex estimation of the addictive status of an individual and a population using the AUDIT-like test system]. *Visnyk psykhiiatrii ta psykhofarmakoterapii – Journal of psychiatry and psychopharmacotherapy*, no. 2 (56), pp. 56–70. (In Russian).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА  
У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

С. В. Болтонос

**Актуальность.** Длительный вооруженный конфликт на Востоке Украины вызвал увеличение количества военнослужащих, имеющих симптомы посттравматического психического расстройства (ПТПР). Сложные условия прохождения военной службы, неопределенность будущего и постоянное пребывание под воздействием интенсивных факторов стресса приводят к психологическому дистрессу. Низкая доступность психологической помощи обуславливает поиск военнослужащими альтернативных методов борьбы со стрессом. Самым доступным способом нейтрализовать негативно окрашенное эмоциональное состояние является употребление психоактивных веществ (ПАВ), в том числе алкоголя.

**Цель исследования** – изучить особенности клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий на Востоке Украины, употребляющих алкоголь.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось с использованием социально-демографического, клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, психодиагностического, статистического методов, диагностических критериев МКБ-10 для верификации диагноза ПТСР, Шкалы оценки уровня реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций.

**Результаты.** После проведения скрининга и распределения по группам было проведено сравнительное исследование особенностей клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий, употребляющих алкоголь, и тех, кто отрицает употребление ПАВ. Обнаружено, что большее количество лиц, употребляющих алкоголь, имеет высокие показатели тревоги и депрессии, чем в группе сравнения.

**Выводы.** В ходе исследования было установлено, что среди участников боевых действий с ПТСР, которые употребляли алкоголь, было больше тех, кто имел клинически и субклинически выраженную тревогу по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), по сравнению с участниками боевых действий с ПТСР, которые не употребляли ПАВ. Похожие данные были получены и при измерении уровня реактивной (ситуативной) тревожности по шкале Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина. Среди пациентов с ПТСР, которые употребляли алкоголь, большинство имели признаки субклинически выраженной депрессии. Процент пациентов, которые соответствовали показателям нормы, между группами сравнения отличался вдвое. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что клиницистам нужно быть особенно внимательными к пациентам, употребляющим алкоголь, поскольку распространенность тревоги и депрессии среди этого контингента выше. Для оказания своевременной квалифицированной помощи врачам следует учитывать особенности клинических проявлений посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий, употребляющих алкоголь.

**Ключевые слова:** участники боевых действий, посттравматические психические расстройства, алкоголь, тревога, депрессия.

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER  
AT PARTICIPANTS OF ACTION AT THE ACQUISITION OF ALCOHOL UKRAINE

S. V. Boltonosov

**Background.** The prolonged armed conflict in eastern Ukraine caused an increase in the number of troops with symptoms of post-traumatic mental disorders (PTPD). Complex conditions of military service, uncertainty of the future and permanent residence under the influence of intensive stress factors leads to psychological distress. Low availability to psychological care determines the search for alternative methods of combating stress among soldiers. The most accessible way to neutralize the negatively stained emotional state is to use psychoactive substances (surfactants), in particular alcohol.

**Objective** of the study is to research the features of clinical manifestations of post-traumatic stress disorder among participants in fighting in the East of Ukraine who use alcohol.

**Materials and methods.** The study was conducted with the help of: socio-demographic, clinical anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, statistical, diagnostic criteria ICD-10 for verification of diagnosis of PTSD, Scale for assessing the level of reactive (situational) and personal anxiety Ch. D. Spielberger – Yu. L. Hanina, Hospital Scale of Anxiety and Depression (HADS), Mississippi Scale for the evaluation of post-traumatic reactions.

**Results.** After conducting screening and distribution in groups, a comparative study was performed of the features of clinical manifestations of post-traumatic stress disorder in participants in combat operations that use alcohol and those who deny use of surfactants. It was found that the relative higher number of people who drink alcohol has higher rates of anxiety and depression than in the comparison group.

**Conclusions.** In the course of the study, it was found that among the participants of the PTSD fighting operations, who were drinking alcohol, there were more than those who had clinically and subclinically expressed anxiety disorder on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), compared with those who had not used psycho active substance in combat operations. Similar data were also obtained when measuring the level of reactive (situational) anxiety on the scale of Ch. D. Spielberger – Yu. L. Hanina among patients with PTSD, who consumed alcohol, most had signs of subclinical depression. The percentage of patients who are norm was twice the difference between the comparison groups. Thus, the data obtained may indicate that clinicians should be particularly attentive to alcohol users, since the prevalence of anxiety and depression among this contingent is higher. Physicians should take into account the peculiarities of the clinical manifestations of post-traumatic stress disorder in participants in fighting operations that use alcohol to provide timely, qualified assistance to doctors.

**Keywords:** combatants, post-traumatic mental disorders, alcohol, anxiety, depression.

Стаття надійшла до редакції 15.05.2018 р.

**БОЛТОНОСОВ Сергій Васильович**, заочний аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), лікар-психіатр консультативно-поліклінічного відділення УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: ballister@ukr.net

**БОЛТОНОСОВ Сергей Васильевич**, заочный аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (УНИИ ССПН МЗ Украины), врач-психиатр консультативно-поликлинического отделения УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: ballister@ukr.net

**BOLTONOSOV Serhii Vasyliovych**, PhD-student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), psychiatrist of the consultative-polyclinic department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: ballister@ukr.net

## СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

UDC 616.89-008.441.44

Ya. Yu. Marunkevych

## SOME FEATURES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN THE MODERN CONTEXT

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

yaroslavamarunkevych@gmail.com

**Background.** Suicidal behavior is one of the most important problems of modern psychiatry. Despite the general tendency towards reduction of the number of suicides around the world, the problem of suicide remains a live issue today because of its socio-economic, socio-psychological and medical significance.

**The objective of the work** was the study of the features of dynamics of completed suicides and suicidal behavior of patients with paranoid schizophrenia at the present time.

**Materials and methods.** We have studied the features of completed suicides that occurred in Vinnytsya (Ukraine) during from 1990 to 2017 on the basis of the registration documents of the Vinnytsya Regional Office of the Chief Medical Examiner. Also were studied the medical records (case-records, out-patient medical records, epicrisis) of 816 patients with paranoid schizophrenia (407 men and 409 women), who were in inpatient treatment in the Vinnytsya Regional Psychoneurological Hospital named after. acad. O. I. Yushchenko during from 1967 to 2017.

**Results.** It was concluded that 85.7 % of completed suicides were committed by men and 14.3 % by women. The maximum average monthly number of suicides was registered in 1991–1995 (11.6–12.0) reaching its peak of 12.2 in 1992. During 2000–2012 there was a relative stabilization of the number of suicides (6.3–8.8), a burst of suicidal activity in 2013 (10.0), and from 2014 – a rapid decrease in the number of suicides with the minimum value in 2016 (6.0) and 2017 (5.0). Also was found an uneven month-by-month dynamics of the number of completed suicides with the spring peak (9.5–10.0), relatively high activity in summer (8.9–9.3) and a decrease in the number of suicides in autumn and winter (6.5–7.7). It has been concluded that the main way of the implementation of a completed suicide is hanging (96.6 %), more rarely are observed gunshot wounds (1.2 %), sword-cuts (1.1 %), which are more often used by men, poisoning (0.6 %), which is more often used by women, fall from a height (0.3 %), the effect of electric current (0.1 %) and self-immolation (0.1 %).

It has been concluded that patients with paranoid schizophrenia are characterized by a high level of suicidal activity with a significant state of implementation of suicidal intentions: 18.8 % of men and 17.2 % of women had suicidal thoughts, and 15.6 % of men and 9.3 % of women had attempted suicides. The highest prevalence of suicidal tendencies was found among workers (34.8 % and 8.7 %) and entrepreneurs (25.0 % and 25.0 %), it was lower among employees (16.7 % and 16.7 %) and students (16.7 % and 0.0 %), unemployed (16.3 % and 8.2 %) and pensioners (17.5 % and 18.2 %).

It has been concluded that the highest suicidal activity is shown by married patients (26.9 % and 20.7 %), lower – by divorced patients (16.0 % and 9.2 %), by not married patients (15.2 % and 10.5 %), by widowed patients (8.7 % and 8.7 %); also there was found a tendency of the growth of suicidal activity of patients with paranoid schizophrenia with an increase in the number of children: 15.7 % and 11.2 % for patients without children, 17.8 % and 12.3 % for patients with one child, 23.3 % and 15.5 % with two children, 25.5 % and 17.0 % – three or more children.

**Conclusions.** The obtained data allows for the conclusion that there are certain features of suicidal behavior in the modern context.

**Keywords:**  
suicidal behavior,  
paranoid schizophrenia.

**Background.** Suicidal behavior is one of the most important problems of modern psychiatry [1–7]. Despite the general tendency towards reduction of the number of suicides around

the world, the problem of suicide remains a live issue today because of its socio-economic, socio-psychological and medical significance [8]. Suicidal behavior is closely associated

with mental illness, in particular, with schizophrenia: risk of suicidality in case of schizophrenia is significantly higher than that of population [9–11]. At the same time, a set of important questions related to suicidal behavior remain incompletely studied; the problem of suicidal activity of schizophrenics needs an additional research study [3–7, 12–15].

**The objective of the work** was the study of the features of dynamics of completed suicides and suicidal behavior of patients with paranoid schizophrenia at the present time.

## Methods and materials of research

We have studied the features of completed suicides that occurred in Vinnytsya (Ukraine) during from 1990 to 2017 on the basis of the registration documents of the Vinnytsya Regional Office of the Chief Medical Examiner. Also were studied the medical records (case-records, out-patient medical records, epicrisis) of 816 patients with paranoid schizophrenia (407 men and 409 women), who were in inpatient treatment in the Vinnytsya Regional Psychoneurological Hospital named after. acad. O. I. Yushchenko during from 1967 to 2017. The average age of patients was  $44.3 \pm 11.5$  years (male –  $43.9 \pm 9.6$  years, female –  $44.7 \pm 13.2$  years). The duration of the disease in schizophrenia in the examined patients was  $19.5 \pm 9.0$  years (in men –  $20.7 \pm 7.8$  years, in women –  $18.3 \pm 9.9$  years). The Statistical analysis of differences was carried out using Fisher's exact test. As acceptable was considered the level of statistical significance of the discrepancies 95.0 % ( $p < 0.05$ ).

## Results and discussion

Total in the investigated period 2327 cases of completed suicides were analyzed: 1995 – in men (85.7 % of the total amount), 332 – in women (14.3 %). Consequently the proportion of men and women among those who committed suicide was 6 to 1, so the overall dynamics of suicidal activity is almost completely determined by men.

The analysis of an average monthly suicide rate during the 27-year observation period allowed to detect uneven dynamics of suicidal activity, and the number of suicides in different years varied in 2–2.5 times (Fig. 1). So, in the dynamics there are periods of the growth of suicidal activity: in the early 1990's (in 1990, the average monthly number of completed suicides was 10.8 cases, in 1991 – 11.8, in 1992 – 12.2, in 1993 – 12.0, in 1994 – 12.0). Beginning in 1995 there was a tendency towards a decrease in suicidal

activity with a minimum in 1999 (6.6 cases), with subsequent periods of moderate increase and decrease within 6.3–8.8 cases in 2000–2012 years. In 2013 was registered the maximum average monthly number of completed suicides in the 2000s – 10.0; and from 2014 – a rapid decrease in the number of suicides with a minimum value in 2016–2017 years (respectively 6.0 and 5.0).

The analysis of a month-by-month number of completed suicides made it possible to establish an uneven dynamics of suicidal activity during the year (Fig. 2).

The minimum level of suicidal activity was observed in autumn and winter: in these periods, the average monthly number of suicides ranged from 6.5 to 7.7 cases. In spring the number of suicides rapidly increases, crossing the border of 9.5 cases, and reaches a maximum in May (10.0 cases). In summer, suicidal activity remains at a rather high level (8.9–9.3 cases).

While analyzing the ways of implementation of completed suicides, it was discovered that the main way for both men and women is hanging (respectively 96.6 % and 96.4 %), in men are more rarely found sword-cuts and gunshot wounds (1.3 % each), and in women – poisoning (2.1 %). In some cases, in men were poisoning (0.4 %), fall from a height (0.2 %), the effect of electric current (0.1 %) and self-immolation (0.1 %), and in women – fall from a height (0.9 %), sword-cuts (0.3 %) and gunshot wounds (0.3 %) (Fig. 3).

The research study of the features of suicidal behavior in patients with paranoid schizophrenia allowed to establish a number of important regularities (Table 1).

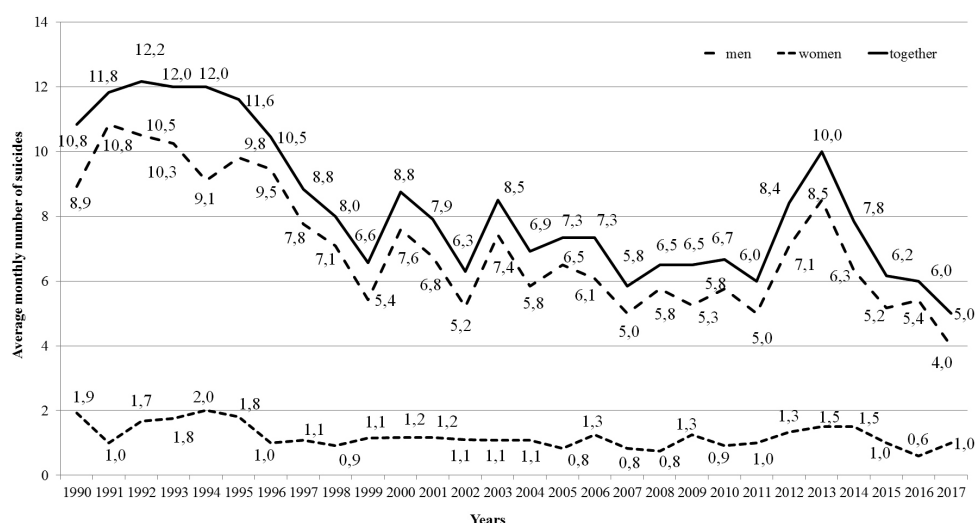


Fig. 1. The average monthly number of completed suicides in Vinnytsya in 1990–2017

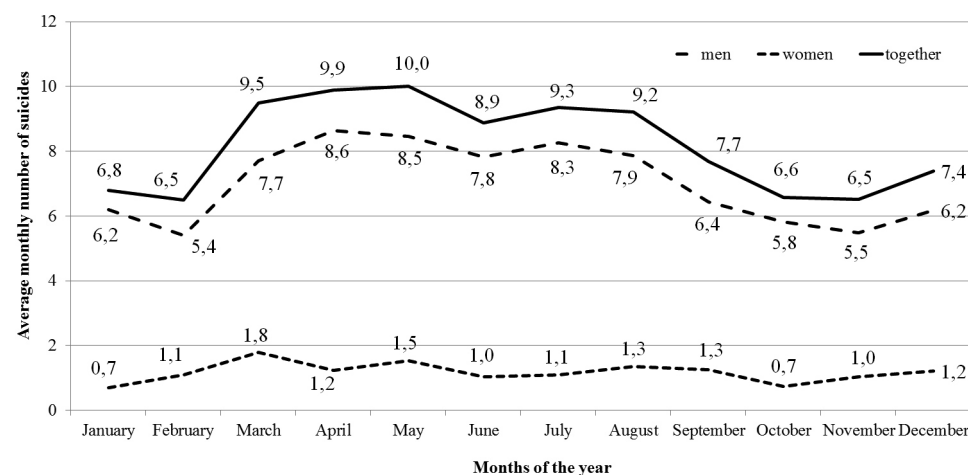


Fig. 2. Average month-by-month number of completed suicides in Vinnytsya in 1990–2017

Table 1. Prevalence of suicidal behavior among patients with paranoid schizophrenia

| Variations                         | Suicidal thoughts |      | Attempted suicides |      | Variations             | Suicidal thoughts |      | Attempted suicides |      |
|------------------------------------|-------------------|------|--------------------|------|------------------------|-------------------|------|--------------------|------|
|                                    | abs.              | %    | abs.               | %    |                        | abs.              | %    | abs.               | %    |
| <b>Gender</b>                      |                   |      |                    |      | <b>Place of living</b> |                   |      |                    |      |
| Men                                | 77                | 18.8 | 64                 | 15.6 | Urban areas            | 81                | 18.9 | 57                 | 13.3 |
| Women                              | 70                | 17.2 | 38                 | 9.3  | Rural areas            | 66                | 17.0 | 45                 | 11.6 |
| <b>Education</b>                   |                   |      |                    |      | <b>Social status</b>   |                   |      |                    |      |
| Lower secondary education          | 3                 | 0.4  | 3                  | 0.4  | Workers                | 8                 | 1.0  | 2                  | 0.2  |
| Secondary education                | 24                | 2.9  | 17                 | 2.1  | Employees              | 2                 | 0.2  | 2                  | 0.2  |
| Technical and vocational education | 58                | 7.1  | 34                 | 4.2  | Entrepreneur           | 2                 | 0.2  | 2                  | 0.2  |
| Specialized secondary              | 28                | 3.4  | 22                 | 2.7  | Student                | 1                 | 0.1  | 0                  | 0.0  |
| Incomplete higher                  | 10                | 1.2  | 6                  | 0.7  | Unemployed             | 8                 | 1.0  | 4                  | 0.5  |
| Higher                             | 24                | 2.9  | 20                 | 2.5  | Pensioner              | 126               | 15.4 | 92                 | 11.3 |
| <b>Marital status</b>              |                   |      |                    |      | <b>Children</b>        |                   |      |                    |      |
| Married                            | 52                | 6.4  | 40                 | 4.9  | Without children       | 66                | 8.1  | 47                 | 5.8  |
| Not married                        | 55                | 6.7  | 38                 | 4.7  | One                    | 39                | 4.8  | 27                 | 3.3  |
| Divorced                           | 38                | 4.7  | 22                 | 2.7  | Two                    | 30                | 3.7  | 20                 | 2.5  |
| Widowed                            | 2                 | 0.2  | 2                  | 0.2  | Three and more         | 12                | 1.5  | 8                  | 1.0  |

In general, schizophrenic patients have a high level of suicidal activity with a significant state of implementation of suicidal intentions: in past medical history 18.8 % of men and 17.2 % of women have suicidal thoughts, and 15.6 % of men and 9.3 % of women – attempted suicides (Fig. 1). Among all patients with suicidal thoughts, men made up 52.4 %, women – 47.6 %, with attempted suicides – respectively 62.7 % and 37.3 % (Table 2). In the analysis of suicidal activity of men and women, taking into account the proportion of each sex (Fig. 1), differences in the prevalence of suicidal tendencies between men and women are statistically not significant ( $p>0.05$ ). Also insignificant are the differences in the place of living: 55.1 % of patients with suicidal thoughts live in a town, 44.9 % – in rural areas, with attempted suicides – respectively 55.9 % and 44.1 %; among all surveyed patients with suicidal thoughts, patients living in urban areas made 18.9 %, in rural areas – 17.0 % (Table 2, Fig. 4). Among

patients with attempted suicides urban residents made 13.3 %, rural – 11.6 %.

The majority of patients who showed suicidal activity had a low level of education: among patients with suicidal thoughts 39.6 % had technical and vocational education, 19.0 % had a specialized secondary education, 16.3 % had secondary and 16.3 % – higher, 6.8 % – incomplete higher, 2.0 % – lower secondary education (Table 2).

Based on social status, the vast majority of patients with suicidal thoughts are pensioners (85.7 %), far less – workers and the unemployed (5.4 % each), 1.4 % are employees and 1.4 % – entrepreneurs, 0.7 % – students. The same picture was found for attempted suicides: 90.1 % of the patients who committed them were pensioners, 3.9 % were unemployed, workers, employees and entrepreneurs – 2.0 % every (Table 2).

Among patients with suicidal thoughts the proportion of married and unmarried people is approximately equal (respectively 35.4 % and 37.4 %), less divorced (25.9 %) and widowed (1.3 %); similar patterns were found among patients with attempted suicides: married 39.2 %, not married – 37.3 %, divorced – 21.6 %, widowed – 1.9 % (Table 2).

Most patients with suicidal tendencies don't have children: 44.9 % of patients with suicidal thoughts and 46.1 % with attempted suicides; 26.5 % of patients with suicidal thoughts and 26.5 % of patients with attempted suicides have one child, 20.4 % of patients with suicidal thoughts and 19.6 % with attempted suicides – two children, and 8.2 % of patients with attempted suicides and 7.8 % with suicidal actions – three and more children (Table 2).

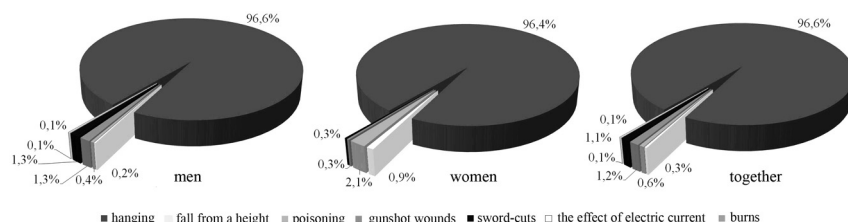


Fig. 3. Structure of the implementation methods of suicides in Vinnytsya in 1990-2017

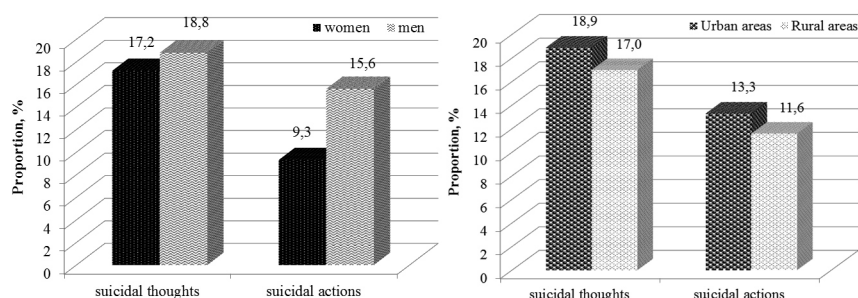


Fig. 4. Indicators of suicidal activity in patients with paranoid schizophrenia

Table 2. Basic social characteristics of patients with paranoid schizophrenia who showed signs of suicidal behavior

| Variations                         | Suicidal thoughts |      | Attempted suicides |      | Variations             | Suicidal thoughts |      | Attempted suicides |      |
|------------------------------------|-------------------|------|--------------------|------|------------------------|-------------------|------|--------------------|------|
|                                    | abs.              | %    | abs.               | %    |                        | abs.              | %    | abs.               | %    |
| <b>Gender</b>                      |                   |      |                    |      | <b>Place of living</b> |                   |      |                    |      |
| Men                                | 77                | 52.4 | 64                 | 62.7 | Urban areas            | 81                | 55.1 | 57                 | 55.9 |
| Women                              | 70                | 47.6 | 38                 | 37.3 | Rural areas            | 66                | 44.9 | 45                 | 44.1 |
| <b>Education</b>                   |                   |      |                    |      | <b>Social status</b>   |                   |      |                    |      |
| Lower secondary education          | 3                 | 2.0  | 3                  | 2.9  | Workers                | 8                 | 5.4  | 2                  | 2.0  |
| Secondary education                | 24                | 16.3 | 17                 | 16.7 | Employees              | 2                 | 1.4  | 2                  | 2.0  |
| Technical and vocational education | 58                | 39.6 | 34                 | 33.3 | Entrepreneur           | 2                 | 1.4  | 2                  | 2.0  |
| Specialized secondary              | 28                | 19.0 | 22                 | 21.6 | Student                | 1                 | 0.7  | 0                  | 0.0  |
| Incomplete higher                  | 10                | 6.8  | 6                  | 5.9  | Unemployed             | 8                 | 5.4  | 4                  | 3.9  |
| Higher                             | 24                | 16.3 | 20                 | 19.6 | Pensioner              | 126               | 85.7 | 92                 | 90.1 |
| <b>Marital status</b>              |                   |      |                    |      | <b>Children</b>        |                   |      |                    |      |
| Married                            | 52                | 35.4 | 40                 | 39.2 | Without children       | 66                | 44.9 | 47                 | 46.1 |
| Not married                        | 55                | 37.4 | 38                 | 37.3 | One                    | 39                | 26.5 | 27                 | 26.5 |
| Divorced                           | 38                | 25.9 | 22                 | 21.6 | Two                    | 30                | 20.4 | 20                 | 19.6 |
| Widowed                            | 2                 | 1.3  | 2                  | 1.9  | Three and more         | 12                | 8.2  | 8                  | 7.8  |

While analyzing the prevalence of suicidal behavior and taking into account the proportion of patients with this educational level were discovered interesting patterns (Fig. 5). The largest number of suicidal people among patients with paranoid schizophrenia have specialized secondary and higher education: respectively 21.9 % and 20.9 % for suicidal thoughts, for attempted suicides – respectively 17.2 % and 17.4 %. A little smaller is the suicidal activity of patients with technical and vocational education, incomplete higher and secondary education: for suicidal thoughts, respectively 19.0 %, 17.2 % and 14.4 %, for attempted suicides – respectively 11.1 %, 10.3 % and 10.2 %. Patients with lower secondary education have the lowest level of suicidal activity: 7.1 % for suicidal thoughts and 7.1 % for suicidal attempts (Fig. 5). Differences are statistically significant while comparing the prevalence of suicidal thoughts among the group of patients with lower secondary education with groups of patients with specialized secondary, secondary and higher education ( $p < 0.05$ ). For attempted suicides, the differences among the groups are not statistically significant ( $p > 0.05$ ).

Interesting patterns are found in the analysis of the prevalence of suicidal tendencies among patients with paranoid schizophrenia of different social groups (Fig. 6).

Thus, the most common suicidal thoughts are among workers and entrepreneurs: 34.8 % and 25.0 % respectively; in other social groups these tendencies appear with approximately the same proportion: employees and students – 16.7 % each, unemployed – 16.3 %, pensioners – 17.5 %. As for the attempted suicides, here we find somewhat different patterns: the highest is suicidal activity of patients – entrepreneurs (25.0 %), lower – employees (16.7 %), pensioners (12.8 %), workers (8.7 %) and the unemployed (8.2 %). Differences among groups are statistically not significant ( $p > 0.05$ ).

Highly interesting were the results of the analysis of suicidal activity when taking into account the family status of patients (Fig. 7). Thus, the highest number of patients with suicidal thoughts were found among married (26.9 %),

far less among divorced (16.0 %), not married (15.2 %) and widowed (8.7 %). Differences are statistically significant while comparing the groups of married and not married ( $p < 0.05$ ). Attempted suicides were also made more often by married patients (20.7 %), more rarely – by not married (10.5 %), divorced (9.2 %) and widowed (8.7 %). Differences among groups are statistically not significant ( $p > 0.05$ ).

Also the results of the analysis of suicidal activity of patients with paranoid schizophrenia, when taking into account the number of children, turned out to be quite unexpected (Fig. 8). Thus, suicidal activity of patients increased in proportion to the number of children in the

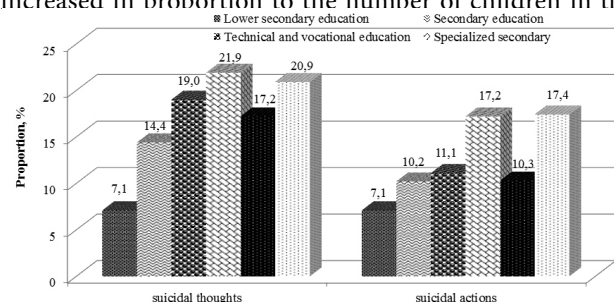


Fig. 5. Prevalence of suicidal behavior among patients with paranoid schizophrenia with different levels of education (It describes the percentage of people with suicidal behavior among all patients with this level of education)

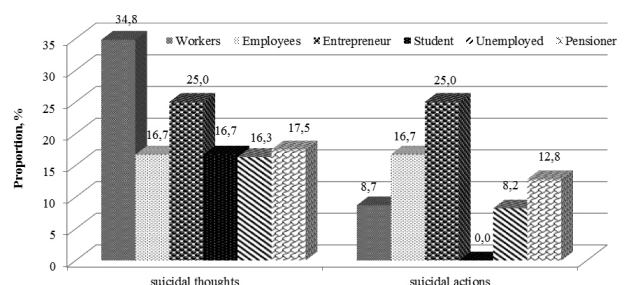
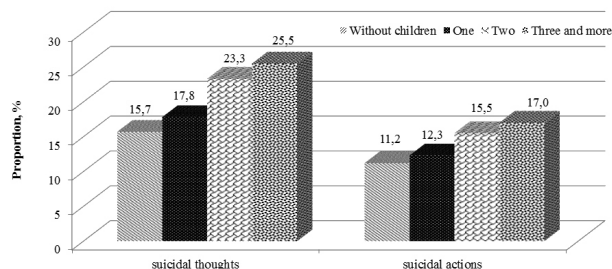


Fig. 6. Prevalence of suicidal behavior among patients with paranoid schizophrenia of different social groups (It describes the percentage of people with suicidal behavior among all patients of this social group)



**Fig. 7. Prevalence of suicidal behavior among patients with paranoid schizophrenia with different family statuses (It describes the percentage of people with suicidal behavior among all patients with this family status)**



**Fig. 8. Prevalence of suicidal behavior among patients with paranoid schizophrenia with a different number of children (It describes the percentage of people with suicidal behavior among all patients with this number of children)**

family: for suicidal thoughts from 15.7 % in patients without children to 25.5 % in patients who have three and more children ( $p > 0.05$ ); for attempted suicides – from 11.2 % in patients without children to 17.0 % in those who have three or more children ( $p > 0.05$ ). It is evident that the revealed common factors require further in-depth research for cause identifications.

So, the study revealed a number of features of suicidal activity of the population, as well as suicidal behavior of patients with paranoid schizophrenia.

## Conclusions

1. The conducted research allowed to establish a number of features of suicidal behavior of the population and patients with paranoid schizophrenia in the modern context.

2. The dynamics of completed suicides in Vinnytsya during the last 27 years was characterized by unevenness and was the highest in 1991–1995 and in 2013, and the lowest – in 1999, 2002, 2007–2011 and 2015–2017.

3. Patients with paranoid schizophrenia are characterized by a high level of suicidal activity, both at the level of suicidal thoughts, and at the level of implementation of suicidal intentions.

4. Higher suicidal activity of patients with paranoid schizophrenia is associated with specialized secondary and higher education, social status of a worker and an entrepreneur, marital status of married and more children.

## References

- World Health Association (2017). *Suicide: Fact sheet*. Geneva: WHO, 32 p.
- World Health Association (2015). *Predotvrashchenie samoubijstv. Global'nyj imperativ* [Prevention of Suicide: Global Imperative]. Geneva, WHO, 102 p. (In Russian).
- Oquendo, M. A., & Bernanke, J. A. (2017). Suicide risk assessment: tools and challenges. *World Psychiatry*, vol. 16, issue 1, pp. 28–29. DOI: 10.1002/wps.20396.
- Murray, D., & Devitt, P. (2017). Suicide risk assessment doesn't work. *Scientific America*, vol. 3, pp. 27–28.

- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Adamsson, I. J., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*, vol. 12, issue 7, pp. 180–182. DOI: 10.1371/journal.pone.0180292.
- Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., & Kapur, N. (2017). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *British Medical Journal*, vol. 359, pp. 462–467. DOI: 10.1136/bmj.j4627.
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *British Medical Journal*, vol. 351, pp. 497–498. DOI: 10.1136/bmj.h4978.
- Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2017). Suchasni uiavlennia pro chynnyky ryzyku ta preventsiiu samohubstv [Modern insights on risk factors and suicide prevention]. In P. V. Voloshyn & N. O. Maruta (Eds.), *Suchasni problemy suitsydologii – Modern problems of Suicidology* (pp. 5–25). Kharkiv. (In Ukrainian).
- Hnatyshyn, M. S., & Belov, O. O. (2015). *Shyzofrenia: suchasnyi pohliad* [Schizophrenia: a modern view]. Vinnitsya: Konsol, 220 p. (In Ukrainian).
- Hettige, N. C., Bani-Fatemi, A., Sakinofsky, I., & De Luca, V. (2017). A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. *CNS Spectrums*, pp. 1–11. DOI: 10.1017/S1092852917000128.
- Jakhar, K., Beniwal, R. P., Bhatia, T., & Deshpande, S. N. (2017). Self-harm and suicide attempts in schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, vol. 30, pp. 102–106. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.08.012.
- Guloksuz, R. S., & van Os, J. (2017). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, vol. 48, issue 2, pp. 229–244. DOI: 10.1017/S0033291717001775.
- Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczynski, F., & Passos, I. C. (2017). Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 9, pp. 21–23. DOI: 10.1093/schbul/sbx131.
- Fuller-Thomson, E., Hollister, B. (2016). Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample. *Schizophrenia Research and Treatment*, vol. 16, pp. 34–36. DOI: 10.1155/2016/3165243.
- Ventriglio, A., Gentile, A., Bonfitto, I., Stella, E., Mari, M., Steardo, L., & Bellomo, A. (2016). Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, vol. 7, pp. 116. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00116.
- Pshuk, N. G., Markova, M. V., & Belov, O. O. (2017). Shchodo profilaktyky suitsydnalnoi povedinky u studentskoi molodi z sotsialnymi fobiyami [On the prevention of suicidal behavior in students with social phobias]. In P. V. Voloshyn & N. O. Maruta (Eds.), *Suchasni problemy suitsydologii – Modern problems of Suicidology* (pp. 220–241). Kharkiv. (In Ukrainian).
- Donker, T., Caele, A., Grant, J. B., van Spijker, B., Fenton, K., Hehir, K. K., ... Christensen, H. (2013). Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, vol. 1, issue 1, pp. 11–16. DOI: 10.1186/2050-7283-1-6.

## Список використаної літератури

- Suicide: Fact sheet. – World Health Association. – Geneva, 2017. – 32 p.
- Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. – Всемирная организация здравоохранения. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. – 102 с.
- Oquendo M. A. Suicide risk assessment: tools and challenges / M. A. Oquendo, J. A. Bernanke // *World Psychiatry*. – 2017. – Vol. 16, issue 1. – P. 28–29. DOI: 10.1002/wps.20396.
- Murray D. Suicide risk assessment doesn't work / D. Murray, P. Devitt // *Scientific America*. – 2017. – Vol. 3. – P. 27–28.
- Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of the evidence / B. Runeson, J. Odeberg, A. Pettersson [et al.] // *PLoS One*. – 2017. – Vol. 12, issue 7. – P. 180–182. DOI: 10.1371/journal.pone.0180292.
- Can we usefully stratify patients according to suicide risk? / M. M. Large, C. J. Ryan, G. Carter, N. Kapur // *British Medical Journal*. – 2017. – Vol. 359. – P. 462–467. DOI: 10.1136/bmj.j4627.
- Bolton J. M. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness / J. M. Bolton, D. Gunnell, G. Turecki // *British Medical Journal*. – 2015. – Vol. 351. – P. 497–498. DOI: 10.1136/bmj.h4978.
- Волошин П. В. Сучасні уявлення про чинники ризику та превенцію самогубств / П. В. Волошин, Н. О. Марута // *Сучасні проблеми суїцидології; під ред. проф. Волошина П. В., проф. Марути Н. О.* – Харків, 2017. – С. 5–25.
- Гнатишин М. С. Шизофренія: сучасний погляд / М. С. Гнатишин, О. О. Белов. – Вінниця: Консоль, 2015. – 220 с.
- A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia / N. C. Hettige, A. Bani-Fatemi, I. Sakinofsky, V. De Luca // *CNS Spectrums*. – 2017. – P. 1–11. DOI: 10.1017/S1092852917000128.
- Self-harm and suicide attempts in schizophrenia / K. Jakhar, R. P. Beniwal, T. Bhatia, S. N. Deshpande // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 30. – P. 102–106. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.08.012.
- Guloksuz R. S. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum / R. S. Guloksuz, J. van Os // *Psychological Medicine*. – 2017. – Vol. 48, issue 2. – P. 229–244. DOI: 10.1017/S0033291717001775.
- Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies / R. M. Cassidy, F. Yang, F. Kapczynski, I. C. Passos // *Schizophrenia Bulletin*. – 2017. – Vol. 9. – P. 21–23. DOI: 10.1093/schbul/sbx131.

14. Fuller-Thomson E. Schizophrenia and suicide attempts: findings from a representative community-based Canadian sample / E. Fuller-Thomson, B. Hollister // *Schizophrenia Research and Treatment*. – 2016. – Vol. 16. – P. 34–36. DOI: 10.1155/2016/3165243.
15. Suicide in the early stage of schizophrenia / A. Ventriglio, A. Gentile, I. Bonfatto [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2016. – Vol. 7. – P. 116. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00116.
16. Пшук Н. Г. Щодо профілактики суїцидальної поведінки у студентської молоді з соціальними фобіями / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, О. О. Белов // *Сучасні проблеми суїцидології*; під ред. проф. Волошина П. В., проф. Марути Н. О. – Харків, 2017. – С. 220–241.
17. Suicide prevention in schizophrenia spectrum disorders and psychosis: a systematic review / T. Donker, A. Calear, J. B. Grant [et al.] // *BMC Psychology*. – 2013. – Vol. 1, issue 1. – P. 11–16. DOI: 10.1186/2050-7283-1-6.

## ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Я. Ю. Марункевич

**Актуальність.** Суїцидальна поведінка є однією з найважливіших проблем сучасної психіатрії. Попри загальну тенденцію до зменшення кількості самогубств у всьому світі, проблема суїциду залишається актуальною через її соціально-економічну, соціально-психологічну та медичну значущість.

**Мета дослідження** – вивчення особливостей динаміки завершених суїцидів та суїцидальної поведінки хворих на параноїдну шизофренію на сучасному етапі.

**Матеріали та методи.** Нами було вивчено особливості завершених суїцидів, які сталися у м. Вінниця у 1990–2017 роках, на підставі облікових документів Вінницького обласного бюро судово-медичної експертизи. Також було вивчено медичну документацію (історії хвороби, амбулаторні карти, епікризи) 816 хворих на параноїдну шизофренію (407 чоловіків та 409 жінок), які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні імені академіка О. І. Ющенка за період з 1967 по 2017 рік.

**Результати.** Встановлено, що 85,7 % завершених суїцидів скоєні чоловіками, і 14,3 % – жінками. Максимальна середньомісячна кількість суїцидів зареєстрована у 1991–1995 рр. (11,6–12,0) з піком у 1992 р. – 12,2. Протягом 2000–2012 років спостерігалася відносна стабілізація кількості суїцидів (6,3–8,8), у 2013 – сплеск суїцидальної активності (10,0), а з 2014 – стрімке зменшення кількості самогубств з мінімальними значеннями у 2016 (6,0) та 2017 (5,0) роках. Виявлено нерівномірну помісячну динаміку кількості завершених суїцидів з весняним піком (9,5–10), відносно високою активністю влітку (8,9–9,3) та зменшенням кількості суїцидів восени та взимку (6,5–7,7). Встановлено, що основним способом реалізації завершеного суїциду є повішення (96,6 %), значно рідше спостерігалися вогнепальні поранення (1,2 %), різані рани (1,1 %), які частіше використовують чоловіки, отруєння (0,6 %), яке частіше використовують жінки, падіння з висоти (0,3 %), дія електроструму та самоспалення (по 0,1 %).

Встановлено, що хворим на параноїдну шизофренію притаманний високий рівень суїцидальної активності зі значним станом реалізації суїцидальних намірів: 18,8 % чоловіків та 17,2 % жінок мали суїцидальні думки, а 15,6 % чоловіків та 9,3 % жінок – суїцидальні спроби.

Встановлено найбільшу поширеність суїцидальних тенденцій серед робітників (34,8 % та 8,7 %) і підприємців (25,0 % та 25,0 %), меншу – у службовців (16,7 % та 16,7 %) і студентів (16,7 % та 0,0 %), безробітних (16,3 % та 8,2 %) та пенсіонерів (17,5 % та 18,2 %).

Виявлено, що найвищу суїцидальну активність виявляють одружені (26,9 % та 20,7 %), меншу – розлучені (16,0 % та 9,2 %), неодружені (15,2 % та 10,5 %) і вдові (8,7 % та 8,7 %) хворі; встановлено також зростання суїцидальної активності хворих на параноїдну шизофренію зі зростанням кількості дітей: 15,7 % та 11,2 % у бездітних, 17,8 % та 12,3 % у хворих, які мають одну дитину, 23,3 % та 15,5 % – двох дітей, 25,5 % та 17,0 % – трьох і більше дітей.

**Висновки.** Одержані дані дозволяють зробити висновок про наявність певних особливостей суїцидальної поведінки в сучасних умовах.

**Ключові слова:** суїцидальна поведінка, параноїдна шизофренія.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Я. Ю. Марункевич

**Актуальность.** Суицидальное поведение является одной из наиболее важных проблем современной психиатрии. Несмотря на общую тенденцию к уменьшению количества самоубийств во всем мире, проблема суицида остается актуальной из-за ее социально-экономической, социально-психологической и медицинской значимости.

**Цель исследования** – изучение особенностей динамики завершенных суицидов и суицидального поведения больных параноидной шизофренией на современном этапе.

**Материалы и методы.** Нами были изучены особенности завершенных суицидов, которые произошли в г. Винница в 1990–2017 годах, на основании учетных документов Винницкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы. Также была изучена медицинская документация (истории болезни, амбулаторные карты, эпикризы) 816 больных параноидной шизофренией (407 мужчин и 409 женщин), находившихся на стационарном лечении в Винницкой областной психоневрологической больнице имени академика А. И. Ющенка за период с 1967 по 2017 год.

**Результаты.** Установлено, что 85,7 % завершенных суицидов совершены мужчинами, и 14,3 % – женщинами. Максимальное среднеемесячное количество суицидов зарегистрировано в 1991–1995 гг. (11,6–12,0) с пиком в 1992 году – 12,2. В течение 2000–2012 годов наблюдалась относительная стабилизация количества суицидов (6,3–8,8), в 2013 всплеск суицидальной активности (10,0), а с 2014 – быстрое уменьшение числа самоубийств с минимальными значениями в 2016 (6,0) и 2017 (5,0) годах. Вывявлено неравномерную помесечную динамику количества завершенных суицидов с весенним пиком (9,5–10), относительно высокой активностью летом (8,9–9,3) и уменьшением количества суицидов осенью и зимой (6,5–7,7). Установлено, что основным способом реализации завершеного суицида является повешение (96,6 %), значительно реже наблюдались огнестрельные ранения (1,2 %), резаные раны (1,1 %), которые чаще используют мужчины, отравление (0,6 %), которое чаще используют женщины, падение с высоты (0,3 %), действие электрического тока и саможжение (по 0,1 %).

Установлено, что больным параноидной шизофренией присущ высокий уровень суицидальной активности со значительной реализацией суицидальных намерений: 18,8 % мужчин и 17,2 % женщин имели суицидальные мысли, а 15,6 % мужчин и 9,3 % женщин – суицидальные попытки.

Установлено наибольшую распространенность суицидальных тенденций среди рабочих (34,8 % и 8,7 %) и предпринимателей (25,0 % и 25,0 %), меньше – у служащих (16,7 % и 16,7 %) и студентов (16,7 % и 0,0 %), безработных (16,3 % и 8,2 %) и пенсионеров (17,5 % и 18,2 %).

Обнаружено, что наивысшую суицидальную активность проявляют женатые (26,9 % и 20,7 %), меньшую – разведенные (16,0 % и 9,2 %), холостые (15,2 % и 10,5 %) и вдовы (8,7 % и 8,7 %) больные, установлен также рост суицидальной активности больных параноидной шизофренией параллельно увеличению количества детей: 15,7 % и 11,2 % у бездетных, 17,8 % и 12,3 % у больных, имеющих одного ребенка, 23,3 % и 15,5 % – двух детей, 25,5 % и 17,0 % – трех и более детей.

**Выводы.** Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии определенных особенностей суицидального поведения в современных условиях.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, параноидная шизофрения.

Article received: 18.04.2018.

MARUNKEVYCH Yaroslava Yuriivna, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy with the course of Postgraduate education in Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine; e-mail: yaroslavamarunkevych@gmail.com

МАРУНКЕВИЧ Ярослав Юрійвна, к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: yaroslavamarunkevych@gmail.com

МАРУНКЕВИЧ Ярослава Юрьевна, к.мед.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом последипломного образования Винницкого национального медицинского университета имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина; e-mail: yaroslavamarunkevych@gmail.com

## КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт

## ДІАТЕЗ-СТРЕС МОДЕЛЬ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ПСИХОЗІВ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

pmm2109@gmail.com

**Актуальність.** Інволюційні психози розглядають як сукупність незаперечних біологічних змін, притаманних цьому віковому періоду, певних рис особистості та стратегій подолання, що схильні до психотичної реакції, а також типових особливостей «життєвої кривої» та зовнішніх стресорів, які здатні запустити психотичне реагування.

**Мета дослідження** – вивчити психосоматичні (біопсихосоціальні) патогенетичні зв'язки, характерні для інволюційних психозів, з урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на їх синдромальну форму й динаміку, визначити їх місце на психосоматичному континуумі та розробити адекватну й патогенетично обґрунтовану методику психотерапії.

**Матеріали та методи.** На базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського національного медичного університету та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ з січня 2003 р. по грудень 2007 р. обстежено 234 пацієнтки у віці 45–60 років (група дослідження). Контрольна група – 47 жінок аналогічного віку, котрі у 2008 р. зверталися до Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ з приводу соматичної симптоматики. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, метод подія-пов'язаних викликаних потенціалів, статистичний аналіз.

**Результати.** З використанням сучасної багатовимірної парадигми досліджено проблему психотичних розладів у жінок із дебютом в інволюційному віці. На основі вивчення преморбідної особистості виділено характерологічні риси, особливості емоційного реагування та мотиваційно-поведінкової сфери, котрі повністю збігались із характеристиками нарцистичного розладу особистості. Клінічні характеристики психотичних розладів у досліджуваних пацієнтів показали існування у структурі психозу двох протилежно спрямованих континуумів: афективного (депресивного) і маячного, та дозволили виділити чотири основні клінічні форми психозів. Визначено тенденцію до об'єднання їх у кластери, що різнилися між собою як за особливостями проявів і перебігу, так і за реагуванням на терапію і, відповідно, за прогнозом. Отримані за допомогою клінічного методу дані було підтверджено результатами експериментально-психологічних та нейропсихологічних досліджень.

**Висновки.** Впроваджений психодинамічний підхід до розуміння інволюційних психозів отримав природний розвиток у запропонованому методі лікування, який включав комплексну медикаментозну терапію і психотерапію. Розроблено схеми психотерапевтичних впливів на психотичному і постпсихотичному етапах. Статистично доведено більшу ефективність такого лікувального підходу, порівняно із стандартними схемами лікування. Визначено основні шляхи вторинної та третинної психопрофілактики, а також реабілітаційних заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів.

**Ключові слова:**  
інволюційний психоз,  
психосоматика,  
нарцистичний  
розлад особистості,  
психотерапія.

**Актуальність.** Сучасна медицина широко застосовує принципи інтегративного психосоматичного підходу до вивчення взаємозв'язків між станами ЦНС, функціональною активністю органів і систем, а також психоло-

гічними особливостями особистості [1–3]. Доцільність такого підходу визнається Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та підтверджена науковими дослідженнями [5–8]. Психосоматичні та соматопсихічні

порушення утворюють психосоматичний континуум, що відображає системність регуляції людської життєдіяльності в усіх її аспектах і простягається між полюсами тілесної та психічної патології. При цьому основний патогенетичний механізм розладів регуляції базується на циркулярному взаємозв'язку психологічного, соматичного та соціального факторів [13, 15, 18, 21]. Розгляд соматичної чи психічної патології з даної перспективи ставить під питання прийняту в медицині лінійну модель неподільності структури та функції, зосереджуючи увагу на вагомому патогенетичному факторі – особистості хворого, яка у кожен момент часу сприймає (або не сприймає) зміну функції, реагує (або не реагує) на це певною поведінкою (тобто емоціями та діями), що врешті-решт призводить (або не призводить) до зміни структури. А це, у свою чергу, легітимізує взаємодію біологічної медицини й психологічних та психотерапевтичних підходів, зокрема застосування у психіатрії концепцій внутрішньої картини хвороби [9], особистісних та психосоціальних [10] реакцій на хворобу, а також психоаналітичних моделей конверсійного розладу [11], вегетативного неврозу [12], алекситимії [14], десоматизації та ресоматизації афекту [16], двофазного та трифазного механізмів симптомоутворення тощо.

Психіатрія, порівняно з загальною медициною, має глибше розуміння психосоматичних і соматопсихічних зв'язків, зокрема, виділяє та клінічно структурує цілу когорту психосоматичних захворювань [19, 20]. Разом із цим, існуюча класифікація, будучи вельми узагальнюючою, залишається доволі схематичною, недостатньо диференційованою, щоб концептуалізувати цілу низку перехідних форм з різною питомою вагою біологічних і психосоціальних патогенетичних чинників. Тому багато сучасних біопсихосоціальних досліджень у психіатрії присвячені розробці діатез-стресової моделі генезу психічних розладів та концепції психопатологічного діатезу в рамках вчення про особистісні розлади [8, 19, 21]. Дана тематика корелює з загальномедичною концепцією біологічного діатезу [22, 23], згідно з якою біологічна вразливість стає хворобою лише за умови впливу стресорів – несприятливих психологічних і соціально-психологічних факторів [17, 24]. У психіатрії діатез-стрес модель з необхідністю передбачає залучення психоаналітичних теорій у реконструюванні патогенезу розладу як допоміжних ланок, що пояснюють взаємодію тілесного та психічного через функціонування особистості як цілісної системи / метаутворення.

Враховуючи вищезазначені системно-інтегративні тенденції у медицині загалом, і в психіатрії зокрема, їх зближення з психологією, психоаналітичними теорією й терапією, а також недостатній рівень дослідження та впровадження психосоматичних концепцій у загально-медичну та психіатричну практику, актуальним теоретико-прикладним завданням залишається розвиток системного біопсихосоціального підходу у сфері [4, 25]. Насамперед це стосується тих психічних розладів, у етіології й патогенезі котрих чітко простежується взаємозв'язок біологічного, індивідуально-психологічного й соціального чинників, зокрема, розладів адаптації різної синдромальної структури й психопатологічного рівня, які безпосередньо пов'язані з такими біологічними

й соціально-психологічними змінами в житті індивіда, як статеве дозрівання та клімакс [22, 32]. Незважаючи на те, що у структурі клімактеричного синдрому психопатологічні симптоми є облігатними [22], більшість досліджень психічних розладів у жінок в інволюції фокусувалися суто на психопатологічній структурі розладів [22, 26] або на окремих патогенетичних чинниках [27]. Натомість найпродуктивнішим слід визнати системний підхід, адже саме система психічної адаптації завершує складну структуру гомеостатичних процесів у організмі людини, забезпечуючи найвищий рівень гомеостазу – психологічний (емоційний). З фокусу уваги дослідників випала психодинамічна парадигма, яка, будучи фундаментом психосоматичної медицини, може поєднати біологічний, індивідуально-психологічний та соціальний підходи до розуміння інволюційних психозів. Власне відсутність такої інтегративної моделі є однією з основних причин вилучення із МКХ-10 рубрики «Психічні розлади інволюційного віку».

Відтак, залишається відносно «порожньою» ніша теоретико-прикладних досліджень, у контексті яких інволюційний психоз може бути розглянутий інтегративно як цілісний психосоматичний феномен, а також визначене його місце серед інших психосоматичних розладів. Дана робота присвячена розробці названої тематики та є комплексним клініко-психопатологічним, патопсихологічним, експериментально-психологічним та нейропсихологічним дослідженням.

**Мета** дослідження – вивчити психосоматичні (біопсихосоціальні) патогенетичні зв'язки, притаманні інволюційним психозам, з урахуванням патогенетичного та патопластичного впливу преморбідної особистісної структури на їх синдромальну форму й динаміку, визначити їх місце на психосоматичному континуумі та розробити адекватну й патогенетично обґрунтовану методику психотерапії.

Відповідно до поставленої мети дослідження було сформульовано **гіпотезу**: якщо особистісний фактор бере участь у генезі ІП, то він опосередковано проявляється в актуальній психопатологічній симптоматиці.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилось на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського національного медичного університету та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ. У період з січня 2003 р. по грудень 2007 р. обстежувалися усі пацієнтки інволюційного віку (45–60 років), котрі надійшли до психіатричного стаціонару вперше або повторно (за умови, що психоз маніфестував після 45 років) із попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Із дослідження були виключені пацієнтки із тяжкими соматичними захворюваннями й ендокринними розладами; вираженим церебральним атеросклерозом; наслідками перенесених порушень мозкового кровообігу; тяжкими або повторюваними черепно-мозковими травмами в анамнезі. У результаті дослідна вибірка включала 234 спостереження. Контрольну групу утворили результати анонімного обстеження 47 жінок аналогічного віку, котрі у 2008 р. зверталися до Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ з приводу соматичної симптома-

тики. Дослідження та інтерпретація отриманих даних подія-пов'язаних викликаних потенціалів проводилось за участі кафедри біофізики, інформатики і медичної апаратури ОНМедУ (завідувач кафедри д. мед. н., проф. Л. С. Годлевський).

Провідним методом дослідження був клініко-психопатологічний, а додатковими – експериментально-психологічний, метод подія-пов'язаних викликаних потенціалів, статистичний.

Експериментально-психологічна частина дослідження виконана із використанням таких методик: багато-профільний опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, Торонтська алекситимічна шкала, шкала рівня реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна, тест актуалізації психологічних захистів Р. Плутчека, методика діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі, опитувальник стану системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (F. W. Deneke і B. Hilgenstock), клінічний опитувальник особистісних розладів «IPDE» (BOOЗ), опитувальник акцентуованих рис особистості Леонгарда – Шмішека, опитувальник «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною).

Метод подія-пов'язаних викликаних потенціалів полягав у реєстрації електричної активності мозку у відповідь на слуховий стимул, а також у відповідь на ендогенні події, пов'язані з очікуванням і впізнанням значущого стимулу в серії незначущих.

Статистичний аналіз отриманих даних виконано за допомогою програмних пакетів STATISTICA 7.0 та Microsoft EXCEL 2003 з інтегрованим додатком AtteStat 9.7.1, а також Інтернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis), Інтернет-калькулятора університету Британської Колумбії (UBC Clinical Significance Calculator); використано методи медіанного тесту Краскела – Уоліса, тесту Вілкоксона та Манна – Уїтні, критерію серій Вальда – Вольфовіца, тесту Ван дер Вардена, застосовано методи двопільних таблиць і дисперсійного (ANOVA), дискримінантного та багатофакторного аналізу.

## Результати та їх обговорення

Проведено детальний клінічний аналіз синдромальної структури інволюційного психозу (ІП); у генеральній сукупності з виділенням окремих типів розладів, обстежено пацієнтів за допомогою методики «Багато-профільний опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R», досліджено статистичними методами закономірності розподілу показників опитувальника у виділених типах розладів, у результаті чого отримано аргументи на підтвердження вихідної гіпотези.

Статистичний розподіл показників опитувальника SCL-90-R, згідно з даними дискримінантного аналізу, підтвердив типологічну диференціацію ІП, проведену клініко-психопатологічним шляхом. На основі аналізу клінічних проявів і даних SCL-90-R було виявлено низку симптомів, спільних для усієї когорти пацієнток, а також симптомокомплекси, які диференціюють чотири клінічні форми ІП.

1. Маячний розлад – МР (36 спостережень, 15,38 %). До маніфесту хвороби у житті пацієнток було виявлено

постійно діючий «хронічний психотравмуючий» фактор (тривалий сімейний конфлікт, напружені стосунки за місцем роботи / проживання, вимушена самотність тощо), що спочатку мало позначався на їх соціальній активності. Виникнення маячного стану переважно було спровоковане «умовно-патогенними» факторами, що знижують загальну резистентність організму (фізичним виснаженням, соматичною хворобою тощо). У клінічній картині переважали різноманітні види кататимно заряджених персекуторних переживань «малого розмаху» із включенням осіб найближчого оточення та маячною інтерпретацією реальних подій, а також елементи еротичного маячення, об'єктами якого зазвичай ставали реальні особи, наділені владою та іншими атрибутами «соціального статусу». Поряд із маячними ідеями мали місце також розлади настрою, що проявлялися похмурістю, почуттям образи і невдоволення, та соматоформна симптоматика, якій пацієнтки надавали маячних інтерпретацій. Розладові був властивий ундулюючий перебіг з відновленням критики до власного стану у періоди ремісії.

2. Іпохондрична депресія – ІД (67 спостережень, 28,63 %). Маніфестації розладу часто передували чітко окреслені у часі стресові моменти (від'їзд з батьківського дому дорослих дітей, погіршення стосунків з чоловіком, конфлікти на роботі тощо). Початок захворювання характеризувався дратівливістю, слізливістю, короткочасними спалахами гніву, неспокійним переривчастим сном. Поступово на перший план виходив похмуро-пригнічений настрій із втратою притаманної досі енергійності, звуженням кола інтересів, значним обмеженням кола спілкування і видів діяльності, змінювався звичний ритм сну і неспання, наростала астенична симптоматика. Згодом з'являлися думки про тяжку невилікову хворобу, які поступово набували характеру надцінної іпохондрії з яскраво вираженим чуттєвим компонентом, формуючи «точку кристалізації» нового «сенсу життя». Спостерігався пасивний опір намаганням близьких чимось допомогти. Суїцидальна ідеяція проявлялася переважно у бажанні «заснути і не прокинутись», спроби самогубства у цій клінічній групі траплялися досить рідко та були переважно демонстративними.

3. Тривожна депресія – ТД (73 спостереження, 31,20 %). Зазвичай розвиткові хвороби передували психотравмуючі моменти у вигляді зміни звичного життєвого укладу, в основі яких лежало болісне переживання наростаючої втрати контролю над власним життям. У найбільш типових випадках цей клінічний варіант проявлявся спочатку зниженням настрою, загальною пригніченістю, втратою апетиту, порушенням сну (важкість засинання, раннє пробудження). Поступово наростали тривожність, постійне очікування якоїсь біди, ажитація. На висоті тривожно-депресивного афекту могли формуватися галюцинозні маячноподібні переживання «провини» і «покарання», посилювалося рухове збудження, яке чергувалось зі станами загальмованості, рухового заціпеніння з афектом страху та відчаю. Часто спостерігались імпульсивні суїцидальні спроби (нанесення собі порізів, спроби викинутися з вікна тощо). Після редукції гострого стану у пацієнток зберігався постійно знижений настрій з тенденцією до повернення симптоматики у відповідь на будь-які суб'єктивно неочікувані події.

4. Змішаний депресивно-маячний розлад – ЗДМР (58 спостережень, 24,79 %). Психотичному зриву передували зниження професійного та соціального статусу, погіршення матеріального становища. Початок захворювання характеризувався дратівливістю, втратою звичної впевненості у собі, тривожними побоюваннями. Аморфне, невизначене переживання загрози змінювалося ідеями переслідування конкретними людьми, найчастіше з ближнього оточення (родичі, сусіди, колеги по роботі) або організаціями (міліція, податкова інспекція, релігійна секта). Ці епізоди зазвичай були короткочасними, поступаючи місцем постійно похмурому настрою, самокатуванню, небажанню з ким-небудь спілкуватись, порушенням сну й апетиту. Хворі постійно думали про збитки, яких вони зазнали, почувались усіма покинутими, нікому не потрібними, відстороненими від життя; картали себе за те, що не передбачили змін на гірше у своєму житті та не запобігли їм. Поступово формувалися ідеї гріховності. У даній формі психотичного розладу перетиналися кататимний та голотимний механізми формування маячних переживань зі спільною тенденцією до парафренізації. Постпсихотичні зміни у вигляді зниження активності, збільшення невпевненості у собі (або, навпаки, зверхності та підкресленої самодостатності), свідомого обмеження соціальних контактів виглядали найбільш рельєфно, різуче контрастуючи з типовим для пацієнтів преморбідним стилем надмірної діяльності та соціальної заангажованості

Серед спільних ознак, притаманних усім клінічним типам ІП, виявлено дві групи симптоматики: 1) афективні розлади – від невдоволення і відносно незначної похмурості, пояснюваних утисками і переслідуваннями, зокрема отруєнням, з боку близького оточення у пацієнток з МР до вираженої туги аж до тривожно-тужливої несамоовитості у пацієнток з ТД; 2) розлади у сфері суджень – від надцінної фіксації на неприємних подіях і власному самопочутті до яскраво виражених маячних ідей з оманами сприйняття (частіше у вигляді інтерпретативних ілюзій), від типових для ЗДМР ідей гріховності до чітко окресленого персекуторного маячення при МР. Дані клінічні особливості відображалися також у показниках SCL-90-R: шкали депресії та параноїду утворювали два протилежно направлених континууми з максимальною вираженістю параноїдної симптоматики й мінімальною вираженістю депресивної у підгрупі МР та протилежною закономірністю в підгрупі ТД.

Згідно з показниками опитувальника SCL-90-R була відмічена тенденція до кластеризації типів ІП на основі виразної кореляції за двома групами клінічних симптомів: 1) соматизація – тривожність, що є об'єднуючими для кластера «МР/ІД»; 2) інтровертованість – обсесивність / компульсивність – фобія, що є об'єднуючими для кластера «ЗДМР/ТД». Інтегральні показники за SCL-90-R при різних формах інволюційного психозу демонстрували такі тенденції: 1) загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI) був у всіх підгрупах приблизно на однаковому рівні (МР  $1,46 \pm 0,04$ ; ІД  $1,31 \pm 0,03$ ; ЗДМР  $1,66 \pm 0,03$ ; ТД  $1,83 \pm 0,02$ ); 2) кількість відповідей, відмінних від «0» (широта спектра психопатологічної симптоматики – PST), була вищою у підгрупах МР та ЗДМР (МР  $65,9 \pm 0,8$ ; ІД  $46,01 \pm 0,66$ ; ЗДМР  $68,16 \pm 0,65$ ; ТД  $64,44 \pm 0,71$ ); 3) індекс

наявного симптоматичного дистресу (PSDI) був вищим у підгрупах ІД та ТД (МР  $2,03 \pm 0,03$ ; ІД  $2,71 \pm 0,01$ ; ЗДМР  $2,22 \pm 0,02$ ; ТД  $2,46 \pm 0,02$ ), що свідчить про вищу здатність переживати симптоматику «его-дистонно» та визначає місце розладу на континуумі «псевдоневротичність – психотичність».

Отже, на даному етапі дослідження було виявлено: 1) два протилежно направлених психопатологічних континууми (депресивний і маячний); 2) два кластери розладів, виділені за переважанням однієї з двох пар клінічних симптомів (соматизація – тривожність у кластері «МР/ІД»; інтровертованість / міжособистісна тривожність – обсесивність-компульсивність – фобія у кластері «ЗДМР/ТД»); 3) психопатологічну складність МР і ЗДМР та більшу «его-дистонність – псевдоневротичність» ІД та ТД.

Наступним етапом дослідження стала діагностика структури особистості жінок досліджуваної та контрольної груп за допомогою опитувальника акцентуацій особистості Леонгарда – Шмішека, в результаті чого встановлено: 1) статистично достовірні відмінності між групами за всіма шкалами опитувальника, окрім шкали дистимічності, що мала високі показники в обох групах; 2) найбільшу диференціюючу роль шкали ригідності (МР  $17,26 \pm 0,46$ ; ІД  $16,54 \pm 0,41$ ; ЗДМР  $16,37 \pm 0,47$ ; ТД  $15,81 \pm 0,51$ ), вагоме диференційно-діагностичне значення шкал тривожності та гіпертимності; 3) незначне диференційно-діагностичне значення особистісних ознак дистимічності (МР  $11,70 \pm 0,48$ ; ІД  $8,90 \pm 0,55$ ; ЗДМР  $9,37 \pm 0,54$ ; ТД  $10,43 \pm 0,47$ ) та циклотимності. Отже, конституційна схильність до депресивного модусу переживань не була визначальним фактором формування ІП, у тому числі й депресивних форм.

Суттєве значення для подальшого клінічного аналізу та верифікації гіпотези щодо ролі особистісних факторів у етіопатогенезі ІП мав розподіл показників опитувальника Леонгарда – Шмішека у підгрупах пацієнтів, виділених відповідно до клінічних форм ІП. Обробка цих даних із застосуванням статистичних методів ранжування, дисперсійного та факторного аналізу виявила таке: 1) об'єднуючими для усіх підгруп ІП були найбільша рівномірність представлених особистісних ознак «ригідності», невелика і рівномірність представлених особистісних ознак «дистимічності» та найменша «циклотимності» (за винятком групи ЗДМР); 2) спостерігалася чітка тенденція до кластеризації чотирьох форм ІП на два кластери за ознаками: а) «демонстративність» – у кластері «МР/ІД», б) «гіпертимність» – «педантичність» – «екзальтованість» у кластері «ЗДМР/ТД»; 3) за особистісними ознаками емотивності та (меншою мірою) тривожності тенденція до кластеризації була менш вираженою, об'єднала між собою підгрупи ІД та ТД, де ці ознаки були виражені сильніше.

Осмилення усієї сукупності результатів дослідження дослідної та контрольної вибірок за опитувальником Леонгарда – Шмішека дало такі логіки інтерпретації отриманих даних:

1. Констеляція диференціюючих чинників між дослідною та контрольною групами свідчить, що синдромально неспецифічна ригідність формує провідну диференціюючу вісь ІП, а незначна каузальна роль циклотимності та дистимічності у формуванні ІП (включаючи депресивні

форми) може бути зрозумілою через погляд на ІП як на декомпенсацію звиклих, закріплених у структурі особистості форм реагування під впливом масивних психофізіологічних трансформацій інволюційного віку. Отже, інволюційну психопатологію можна розглядати як ендореактивний розлад, реактивний компонент котрого полягає в унеможливленні (в силу пов'язаних з інволюцією біопсихосоціальних факторів) звичного конституційно-характерологічного реагування, що з неухильністю «виводить на авансцену» більш архаїчні (менш диференційовані) форми психопатологічних переживань, тобто актуалізує закладений в особистості ендогенний компонент розладу.

2. Підтверджене статистичними методами об'єднання чотирьох клінічних форм ІП у два кластери за специфічними радикалами особистісної структури дало підстави для таких висновків. У кластері «МР/ІД» декомпенсація відбувається на осі флективності (гнучкості) психічних процесів, пов'язаних з демонстративним особистісним радикалом, який в інволюційному віці «втрачає» свій проспективно-інтеракційний потенціал. Дезактуалізація звичного адаптаційного патерну призводить до реалізації компенсаторних зусиль за рахунок рис ригідності та клінічно проявляється у формі надцінних іпохондричних або персекуторних маячних ідей «малого розмаху». Натомість у кластері «ЗДМР/ТД» декомпенсація відбувається на осі стеничності, пов'язаної з гіпертимним особистісним радикалом. Стенично-гіпертимне реагування в інволюційній кризі стає неможливим внаслідок самої «природи» цієї фази життя, актуалізуючи депресивний спектр переживань. Крім того, спільна для усіх клінічних форм ригідність у поєднанні зі специфічними для цього кластера педантичністю та екзальтованістю патопластично оформлюють «застиглість депресивної симптоматики» або схильність до ажитованих форм.

3. Спосіб утилізації універсальних для інволюційного віку тривожних переживань (через задіяння закладеної в структуру особистості емотивності-тривожності у кластері «ІД/ТД» або через актуалізацію кататимно чи готимно заряджених уявлень, що можуть досягати рівня маячення у кластері «МР/ЗДМР» відповідно) детермінує дихотомічну вісь «псевдоневротичності – психотичності». Псевдоневротичний полюс представлений іпохондричними та тривожно-депресивними переживаннями, котрі на фоні психофізіологічної кризи інволюційного віку справляють враження психологічно зрозумілих. На психотичному полюсі даного континууму розташовані МР і ЗДМР, що демонструють очевидні ознаки психозу.

В подальшому було перевірено гіпотезу щодо ймовірної органічної детермінації вищезгаданої синдромально неспецифічної особистісної ригідності, для чого досліджувався стан слухового аналізатора та когнітивної функції у пацієнток з ІП і здорових жінок аналогічного віку методом викликаних потенціалів. Обстеження виявило: диференціацію представниць дослідної групи не за синдромальною формою розладу, а за віковим фактором; стали провідність периферійного, стовбурового, мезенцефального та кіркового відділів слухового аналізатора у пацієнтів різного віку без статистично значущої різниці між дослідом і контролем у відповідних вікових підгрупах; відсутність статистично значущих відмінностей між

обстежуваною та контрольною групами за параметрами латентностей когнітивних викликаних потенціалів, що характеризують збереженість когнітивної функції; натомість, зниження амплітуди піку Р300 у дослідній групі як свідчення «обтяженості» процесу розпізнавання значущих сигналів певним інтрапсихічним процесом.

Таким чином, дослідження не виявило специфічного для дослідної групи органічного ураження ЦНС. З другого боку, оскільки формування піку Р300 пов'язане із процесами когнітивного опрацювання вхідної інформації взагалі та системою оперативної пам'яті зокрема, зниження амплітуди могло обумовлюватися особливостями перебігу когнітивних процесів у пацієнток з ІП. Ці особливості були або результатом клінічного стану пацієнток, або виявом зумовленого особистісною структурою психологічного / патопсихологічного фактора.

Подальше дослідження було спрямоване на виявлення специфічних порушень психічного функціонування у сферах афектів і мотивацій, психологічних захистів, поведінки та комунікації, характерних для жінок з ІП. Задля досягнення означеної мети було використано опитувальник «Торонтська алекситимічна шкала» (ТАШ) та методики діагностики рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна, вивчення механізмів психологічного захисту Р. Плучека – Г. Келермана – Г. Конте, діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі. Аналіз результатів проведеного психометричного дослідження особистості жінок з ІП виявив переважання синдромонеспецифічних ознак: високих показників алекситимії, домінування незрілих механізмів психологічного захисту (гіперкомпенсації, заперечення, регресії та проекції), а також високого рівня авторитарності, низького рівня дружності й залежності, а також вищих показників альтруїзму в дослідній групі, порівняно із контрольною.

Інтерпретація наведених даних дала таку логіку результатів: психометричне обстеження представниць усіх форм ІП виявило значно більше об'єднуючих особистісних ознак, аніж диференціюючих ці форми між собою; переважання синдромонеспецифічних психометричних параметрів дозволило припустити, що у формуванні психопатологічної симптоматики ІП задіяний певний тип особистості, який не включений в тест Леонгарда – Шмішека, але діагностується за його допомогою як синдромонеспецифічна ригідність.

Відтак, логічним продовженням дослідження стало клінічне вивчення особистості пацієнток з ІП та побудова на основі отриманих даних інтегральної моделі психопатологічних ознак особистості жінок з ІП. Для цього у репрезентативній вибірці пацієнток було проведено детальне анамнестичне і біографічне інтерв'ю та психометричне обстеження з застосуванням клінічного опитувальника особистісних розладів IPDE. У результаті узагальнення повторюваних закономірностей виділено провідні психопатологічні ознаки, умовно розмежовано їх на три дискретні групи ознак (у сфері афектів і мотивацій, міжособистісних стосунків та поведінкових реакцій), а потім кваліфіковано у відповідності до сучасних типологій особистісних розладів згідно з міжнародними класифікаціями МКХ-10 та DSM-IV-TR. Також шляхом психопатологічного редукційного аналізу сформульовано мета-ознаку, що об'єднує кожну дискретну групу

ознак. Діагностика контрольної групи щодо наявності вищевказаних психопатологічних ознак і статистична обробка отриманих результатів дозволили встановити, які психопатологічні ознаки мають найбільшу дискримінаційну (диференційно-діагностичну) здатність.

За результатами клініко-феноменологічного аналізу сфера афектів та мотивацій жінок, хворих на ІП, характеризується такими часто повторюваними психопатологічними ознаками: відсутність раннього досвіду насичених емоційних стосунків через несприятливу емоційну атмосферу в батьківській сім'ї, у тому числі досвіду близьких стосунків з матір'ю (зустрічання у репрезентативній групі 83,87 %, ВШ = 15,1; ДІ = [3,49; 45,9]); пошук визнання за межами своєї домівки та домінуюча роль у власній сім'ї (90,32 %, ВШ = 11,6; ДІ = [2,77; 55,58]); мінливість інтересів, коли бажання опанувати нове замінює потребу глибокого розуміння (74,19 %, ВШ = 3,2; ДІ = [1,1; 9,93]); ситуативна практичність у поєднанні з неспроможністю розвивати ефективну стратегію в довготривалій перспективі життя (77,42 %, ВШ = 4,2; ДІ = [1,38; 13,45]); орієнтація на соціальні досягнення та зовнішню атрибутику успішності, активна селекція професійних умов, що дають визнання колег та відносну незалежність від керівництва (90,32 %, ВШ = 19,7; ДІ = [4,67; 98,18]); намагання задовольнити за будь-яку ціну власні амбіції (93,55 %, ВШ = 53,7; ДІ = [9,51; 392,98]); гостра потреба в незалежності та нездатність до кооперації (83,87 %, ВШ = 9,1; ДІ = [2,67; 33,55]); загальний дефіцит пластичності емоційного реагування (90,32 %, ВШ = 34,4; ДІ = [7,66; 180,78]); хитка, вразлива самооцінка (90,32 %, ВШ = 27,3; ДІ = [6,21; 138,03]). Як узагальнюючу мета-ознаку афективно-мотиваційної сфери особистості жінок, хворих на ІП, було визначено *високу інтенсивність переживань та силу мотивів при їх слабкій диференційованості*.

Сфері міжособистісних стосунків жінок з ІП були притаманні часто повторювані психопатологічні ознаки: формальність комунікації, відсутність емоційного співпереживання по відношенню до оточуючих людей (74,19 %, ВШ = 6,8; ДІ = [2,2; 21,57]); схильність мати поряд із собою «людей-сателітів», часто з відтінком «екстатичної прихильності до об'єкта надцінного афекту» (Э. Б. Дубницкая, 1979) (93,55 %, ВШ = 42,6; ДІ = [7,87; 302,43]), а також типова динаміка стосунків: ідеалізація закінчується розчаруванням, після чого виникає короткотривалий період емоційної порожнечі, що змінюється афектом сорому або гніву на саму себе (87,1 %, ВШ = 14,3; ДІ = [3,82; 59,52]); особливий підваріант констеляції «сателітарних» стосунків проявляється у делегуванні «сателітам» своїх соціальних амбіцій, залишаючи собі не менш претензійну роль партнера / опікуна особливої людини (41,93 %, ВШ = 1,5; ДІ = [0,54; 4,39]); підтримування лише тих стосунків, які можливо контролювати (77,42 %, ВШ = 5; ДІ = [1,64; 16,12]); почуття заздрості до реальних і можливих успіхів осіб, котрі не приймають вищезгаданого контролю над собою (70,97 %, ВШ = 3,9; ДІ = [1,35; 11,79]); неприйняття чи тенденційне трактування мотивів та почуттів оточуючих (87,1 %, ВШ = 11,8; ДІ = [3,2; 48,53]). Отже, другу мета-ознаку особистості жінок, хворих на ІП, було визначено як *дефіцит емоційного наповнення / співпереживання (емпатії) у сфері міжособистісних стосунків*.

Аналіз поведінкових реакцій досліджуваних жінок виявив такі психопатологічні ознаки даної сфери особистості: неготовність до нових, непередбачених життєвих ситуацій та їх неприйняття (77,42 %, ВШ = 4,6; ДІ = [1,5; 14,72]); висока ригідність у спробах відновлення втраченої самоповаги звичними способами, неспроможність відмовитися від потреби реваншу (93,55 %, ВШ = 42,6; ДІ = [7,87; 302,43]); перехід від афектів до дій з мінімізацією або за повної відсутності етапу рефлексивного осмислення пережитих ситуацій (77,42 %, ВШ = 7,3; ДІ = [2,32; 23,96]); незмінність поведінкового репертуару впродовж життя (74,19 %, ВШ = 8,4; ДІ = [2,67; 27,43]); типова реакція на фрустрації – вилучення з площини переживань джерела незадоволення (важких емоційних спогадів, фруструючих людських стосунків), що в тривалій перспективі призводить до спустошення емоційної складової життя (90,32 %, ВШ = 21,9; ДІ = [5,12; 109,39]); наявність добре функціонуючих пристосувальницьких стратегій поведінки з підкресленою демонстрацією самодостатності (83,87 %, ВШ = 5; ДІ = [1,47; 17,86]); нездатність інтегрувати життєвий досвід у суб'єктивно зрозумілу і значущу життєву історію, і, як наслідок, – знаходити новий зміст у новому періоді життя (87,1 %, ВШ = 9,9; ДІ = [2,69; 40,19]). Специфічною мета-ознакою поведінкової сфери особистості жінок, хворих на ІП, була *мала пластичність поведінкових реакцій у поєднанні зі слабкою наповненістю діяльності суб'єктивно зрозумілим змістом*.

Психопатологічна оцінка мета-ознак дозволила узагальнити їх та кваліфікувати як окремі прояви базової (ядерної) не диференційованості / дефіцитарності емоційної сфери – збіднення палітри почуттів у поєднанні з високою інтенсивністю переживань та їх малою пластичністю, що, по суті, відповідало результатам психометричного обстеження. Виявлене інструментальним шляхом зниження амплітуди когнітивного піку Р300 у представниць дослідної групи було кваліфіковане як опосередкований прояв дефіциту емоційної сфери.

У результаті порівняння виявлених психопатологічних особливостей особистості жінок, хворих на ІП, з типологіями особистісних розладів, згідно з міжнародними класифікаціями МКХ-10 та DSM-IV-TR, було виявлено чітке співвідношення більшості виділених ознак з діагностичними критеріями нарцистичного розладу особистості. Цей висновок підтверджувався результатами проведеного клінічного напівструктурованого інтерв'ю особистісних розладів IPDE (DSM-IV модуль, блок-шкала «Нарцистичний розлад особистості»), а також корелював з виявленими в процесі психометричного дослідження синдромонеспецифічними схильністю задіювати гіперкомпенсаторні механізми для врегулювання / підтримання міжособистісних стосунків і поведінковою ригідністю. Отже, двома незалежними шляхами: клінічним та психометричним – було встановлено, що для жінок з ІП характерні нарцистичні зразки реагування впродовж життя. Таким чином, було підтверджене попереднє припущення про наявність притаманного усім пацієнткам, незалежно від підтипу ІП, особистісного розладу, який не діагностується за допомогою тесту Леонарда – Шмішека.

Аналіз психопатологічних ознак особистості досліджуваних жінок і формулювання мета-ознак спиралися

на дескриптивну логіку. З метою верифікації отриманих результатів була розроблена та застосована процедура, яка дозволяла перевірити наявність / відсутність зазначених психопатологічних ознак у жінок контрольної групи, після чого були використані статистичні методи двопільних таблиць і ранжування особистісних ознак від найбільш до найменш диференційно-діагностично значущих. Дана процедура виявила чітку закономірність: ознаки шизоїдності (поєднання аутизму з емоційною вразливістю) найбільш достовірно вирізняли особистість жінок з ІП від представниць контрольної групи.

Для дослідження взаємозв'язку феноменів нарцисизму з іншими типами особистісної патології та з виявленою тенденцією до кластеризації типів ІП було застосовано МКХ-10 модуль напівструктурованого інтерв'ю IPDE, де відсутні питання, спрямовані на виявлення нарцистичного розладу особистості. Після чого було створено гіпотетичний «нормотиповий» профіль особистості жінок з ІП шляхом урівнювання між собою шкал з різною кількістю питань / потенційною можливістю отримати числове кількісне представництво. В результаті було виявлено, що найбільші числові значення отримали шкали шизоїдності та гістрійності (рис. 1). Проведений факторний аналіз статистично довів взаємопов'язаність шизоїдного, гістрійного та емоційно нестабільного розладу особистості (ЕНРО, пограничний тип) у досліджених жінок з нарцистичним розладом особистості.

Отже, наявна у досліджуваних жінок нарцистична патологія особистості, у разі вилучення з психопатологічної «палітри» нарцистичного розладу особистості, виявилася найбільш представленою у шизоїдному, гістрійному та пограничному варіанті ЕНРО, клінічні характеристики котрих перекриваються з вищеописаними клініко-психопатологічними ознаками жінок з ІП. У роботі обґрунтовано, що нарцистичний розлад особистості (РО) як такий можна умовно зобразити у вигляді полярної структури, яка на одному полюсі перекривається з ознаками гістрійності (пограничності), а на другому – з ознаками експансивної шизоїдії, що підтверджується як на рівні емпіричних даних, так і шляхом їх клініко-феноменологічного аналізу, а також корелює з сучасним розумінням даної особистісної патології [28]. При цьому виявлені закономірності розподілу особистісних патернів демонстративності, гіпертимності, педантичності й екзальтованості, а також показників реактивної та особистісної тривожності, підозрливості й

агресивності в інтерперсональних стосунках наближали особистісний профіль жінок з ІД та МР до гістрійно-межового полюса, а особистісний профіль пацієнток з ТД та змішаним депресивно-маячним розладом (ЗДМР) – до експансивно-шизоїдного полюса нарцистичного розладу особистості.

Виділені базові (ядерні) складові особистості досліджуваних жінок мали певний зв'язок з проявами психічного дефіциту: недиференційованість емоційної сфери формується у процесі дисгармонійного розвитку особистості, властивого психопатам [19], аутизм є симптомом «шизоїдії» як ознаки, що об'єднує в один континуум шизофренію та нормальні прояви шизоїдного темпераменту [33], а емоційна вразливість корелює з проявами «реактивної лабільності» як особливого способу взаємодії ендogenous і психогенних факторів [29].

Враховуючи це, важливо було дослідити у даних жінок систему індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (система Селф), яка може перебувати у інтегрованому або дезінтегрованому стані (з усіма відповідними екстраполяціями у поведінковій та симптоматичній прояви особистості). У психотерапевтичних дослідженнях для цього використовується так званий «Нарцистичний інвентар» (F. W. Deneke i B. Hilgenstock), який діагностує чотири підсистеми Селф:

1) підсистема I виміру (алярмового) утворюється векторами, що актуалізуються лише за умови глибокої і/або прогресуючої дестабілізації Селф; дані вектори регуляції здатні обмежити декомпенсацію / забезпечити стабілізацію лише шляхом втрати інших функціональних можливостей усієї системи;

2) підсистема II виміру (особистісного) утворюється векторами, які зазвичай окреслюють специфічний для особистості спектр переживань та поведінкових реакцій, що нею самою сприймається як особливості власного характеру; дані вектори регуляції відповідають частині описових критеріїв нарцистичного розладу особистості;

3) підсистема III виміру (кризового) утворюється векторами, які характеризуються латентним чи маніфестним страхом пережити розчарування в міжособистісних стосунках; за Н. Henseler (2000) цей страх лежить в основі «нарцистичних криз», отже, активація регуляторних векторів III виміру може слугувати індикатором кризи самооцінки;

4) підсистема IV виміру (тілесного) утворюється векторами, які передбачають стабілізацію самооцінки за рахунок опори на власне тіло; опора на тіло робить болісні переживання соціально прийнятними, у тому числі і для самого себе, а це пом'якшує як інтерперсональні, так й інтрапсихічні конфлікти.

Обстеження пацієнток дослідної групи проводилося після редукції психотичного стану. Статистична обробка даних виявила, що дослідна група за 17 із 18 шкал демонструє достовірні відмінності, порівняно з контрольною ( $p < 0,05$ ). Отримані результати було інтерпретовано на підставі вивчення показників шкал всередині дослідної групи без порівняння з контрольною та порівняння показників обох груп між собою.

При першому підході до уваги брали усі шкали, що за середніми показниками знаходилися на рівні суб'єктивної оцінки «частково збігається» або вищої. Їх



Рис. 1. Гіпотетичний профіль особистості жінок з інволюційним психозом згідно з МКХ-10 модуля IPDE

аналіз дозволив дати таку інтерпретацію: 1) хворі перебувають у стані «нарцистичної кризи», за Н. Henseler (2000) [30], переживаючи крах у своїх «стосунках із зовнішнім світом» вони намагаються залишитися «вірними власним ідеалам» й актуалізують регресивну, майже магічну віру у те, що десь існує «ідеальний світ, у якому усе інакше». Очевидно, що дана «нарцистична криза» закономірно відповідає кризі інволюційного віку; 2) однак для досліджуваних хворих така «нарцистична криза» обертається глибокою дестабілізацією системи індивідуально-психологічної системи адаптації та регуляції самооцінки, що на клінічному рівні проявилася у попередньому психічному розладі, а на момент обстеження опитувальником – відобразилося у напруженні шкал алярмового виміру: I. 1 «Безсиле Селф», I. 5 «Прийняте нікчемне Селф» та I. 2 «Втрата контролю над афектами / імпульсами»; 3) прагнучи стримати злам адаптації, хворі вдаються до іпохондричних переживань (напруження шкал тілесного виміру), чим обмежують відчуття втрати контролю над своїм життям.

При другому підході до уваги брали найбільші відмінності між групами за шкалами алярмового виміру та найменші відмінності між групами за шкалами кризового виміру. Інтеграція обох підходів дозволила зробити висновки:

1. Високі показники за шкалами кризового виміру в обох групах пов'язані із переоцінкою цінностей, ідеалів та людських стосунків, що з необхідністю відбувається в інволюційному віці і є універсальним переживанням даного вікового періоду.

2. Найбільші відмінності між обома групами за шкалами алярмового виміру пояснюються вищеписаними психопатологічними особливостями особистості жінок з ІП, які роблять їх більш вразливими до будь-яких кризових переживань.

3. Якщо врахувати, що шкали алярмового виміру кодують м'яку дефіцитарність регуляторних підсистем індивідуально-психологічної адаптації, то розбіжності між дослідом і контролем за алярмовим виміром маркували не лише глибоку декомпенсацію індивідуально-психологічних механізмів адаптації у досліджуваних хворих, але й структурну дефіцитарність механізмів адаптації та регуляції самооцінки їх особистості.

Результати факторного аналізу (рис. 2) довели валідність третього висновку: показники опитувальника утворюють чіткі скупчення шкал алярмового та особистісного вимірів, а отже, у групі досліджуваних хворих існує внутрішній взаємозв'язок між глибокою дестабілізацією системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки та властивостями нарцистичної особистості, який не спостерігається у контрольній групі.

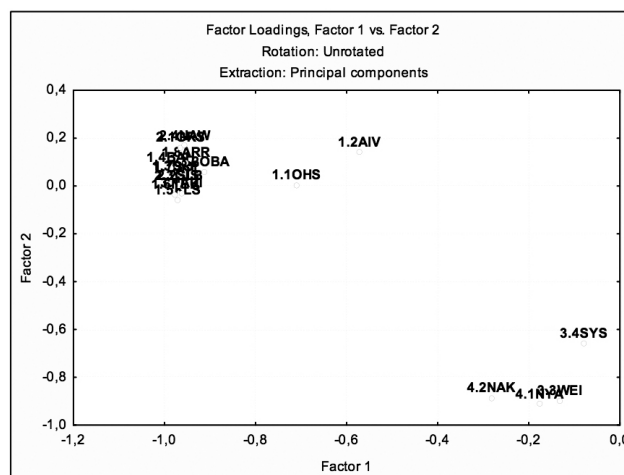


Рис. 2. Графічна кореляційна матриця показників «Нарцистичного інвентарю» у дослідній групі

Таким чином, нарцистична патологія особистості значною мірою обумовлює глибину психічної декомпенсації.

Отриманий результат був використаний для перевірки обґрунтованості виділення в рамках ІП дихотомічної осі «псевдоневертичність – психотичність» (кластеризація «ІД/ТД» і «МР/ЗДМР»). Якщо нарцистична патологія особистості пов'язана з дефіцитарністю індивідуально-психологічних механізмів адаптації та регуляції самооцінки, то логічно очікувати, що глибина даного дефіциту у кластерах «ІД/ТД» та «МР/ЗДМР» буде відрізнятися. Проведено порівняльний аналіз стану системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки у представниць першого та другого кластерів, за допомогою якого виявлено достовірну різницю між середніми показниками алярмового та особистісного вимірів. Причому у кластері «МР/ЗДМР» показники були вищими, ніж у кластері «ІД/ТД» (табл. 1). При переведенні кількісних показників «Нарцистичного інвентарю» у представниць двох пар у показники якісні (див. табл. 1) вказані відмінності стають менш помітними і спостерігаються лише за виміром, який кодує дефіцитарність регуляторних підсистем.

На основі отриманих даних було зроблено концептуальні висновки: компенсована нарцистична патологія особистості – це, насамперед, латентна патологія / преморбідний дефіцит механізмів індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки; патологія, що на феноменологічному рівні проявляється, у першу чергу, в емоційній сфері як специфічні ознаки особистості – недиференційованість емоційної сфери, емоційна вразливість й аутизм. Наявна у обстежуваних хворих нарцистична патологія особистості обумовлює глибину психічної декомпенсації в інволюційному віці, тобто

Таблиця 1. Порівняння кількісних і якісних показників кластерів «МР/ЗДМР» та «ІД/ТД» за вимірами «Нарцистичного інвентарю» (M±m)

| Виміри «Нарцистичного інвентарю»               | Кластер ІД/ТД, n = 19 | Кластер, МР/ЗДМР, n = 12 | χ²   | p    | ВШ   | 95 % ДІ    |
|------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|------|------|------|------------|
| I. «Селф під загрозою» (алярмовий)             | 28,04±0,64*           | 31,74±0,64               | 6,0  | 0,01 | 11,9 | 1,4; 123,5 |
| II. «Класичне нарцистичне Селф» (особистісний) | 27,60±0,72*           | 31,25±0,68               | 2,4  | 0,1  | 4,3  | 0,7; 27,7  |
| III. «Ідеалістичне Селф» (кризовий)            | 31,51±0,56            | 33,21±0,78               | 0,2  | 0,6  | 2,9  | 0,2; 78,2  |
| IV. «Іпохондричне Селф» (тілесний)             | 30,94±1,06            | 32,66±1,63               | 0,05 | 1,0  | 1,4  | 0,2; 9,5   |

Примітка. \* – статистично достовірна відмінність з показниками «пар» маячний розлад – депресивно-маячний розлад (p<0,05).

маніфестацію психічного розладу. Глибина «нарцистичного дефіциту» predisponує до «псевдоневротичної» або психотичної форми психічного розладу в інволюції.

Вищезазначене дозволило зрозуміти специфічну «життєву криву» досліджуваних хворих; прояснити психологічний механізм декомпенсації нарцистичної особистості в інволюційному періоді життя; сформулювати модель патогенезу ІП; розробити схему основних осей співвідношення синдромальної та особистісної патологій при психічних розладах інволюційного віку; кваліфікувати ІП як психосоматичний розлад.

За результатами анамнестичного інтерв'ю у межах репрезентативної підгрупи було встановлено типові ознаки життєвої кривої жінок з ІП, зокрема, наявність двох поворотних точок: 1) пізній пубертат – кристалізація стеничних рис особистості пацієнток; 2) інволюційний період – спалах психопатологічної симптоматики. У першій точці закріплюється експансивний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин: пошук визнання за межами свого мікросоціуму – досягнення успіху – неможливість закріпити цей успіх через неспроможність вибудувати стабільні та довготривалі людські стосунки – «захоплення» нових «життєвих територій» – поновлення циклу. У другій точці відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації, оскільки, внаслідок виснаження психофізіологічних ресурсів, попередні експансивні життєві стратегії втрачають свою ефективність. У часовому проміжку між згаданими точками механізми функціонування особистості залишаються сталими й одноманітними, забезпечують досить успішну соціальну та індивідуально-психологічну адаптацію. Об'єктивізація отриманого результату за допомогою шкали «Інтегральний індекс соціального самопочуття» (за Є. І. Головахою, Н. В. Паніною), виконана у суцільній вибірці жінок з ІП та у контрольній групі, підтвердила вищеповисані результати.

Біологічно закономірне виснаження психофізіологічних ресурсів у інволюційному віці призводить до того, що нарцистична структура особистості, котра містить у собі м'який емоційний дефіцит і латентний дефіцит підсистем індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки, втрачає здатність ефективно виконувати адаптаційні функції, у тому числі реалізовувати цілком нові стратегії пристосування до змінених умов життя. Відтак під дією біологічного та соціально-психологічного факторів наростає інтенсивність патогенного конфлікту – необхідності справлятися все меншими ресурсами зі зростаючою загрозою дестабілізації системи регуляції самооцінки. Напруження стає надмірним власне за рахунок збігу притаманного «нарцисам» внутрішнього відчуття власної неспроможності та зовнішнього його підтвердження, що приходить разом із початком старіння. Настирливі невдалі спроби заперечити невідворотність життєвих змін, нездатність зробити переоцінку життєвого шляху в ретроспективі та виявити значущий екзистенційний сенс у набутому досвіді лише посилюють кризу самооцінки. Цей процес, який з психодинамічної точки зору можна охарактеризувати як специфічну психотравму за механізмом «ключового переживання» (згідно з Е. Кречмером) з подальшою глибокою декомпенсацією особистості, з позицій психопатології може виглядати як

реалізація ендогенної предиспозиції під впливом провокуючих зовнішніх і внутрішніх факторів / як психогенна провокація ендогенного розладу. Причому вказані способи концептуалізації ІП не суперечать один одному.

Систематизація вищеповисаних чинників дезадаптації в інволюційному віці дозволила описати біологічне, індивідуально-психологічне, соціальне та екзистенційно-біографічне замкнуті патогенетичні кола, одночасна активація яких призводить до запуску ІП. Особистісний компонент (індивідуально-психологічне патогенетичне коло) може розглядатись у формуванні інволюційних розладів як провідний, трансфеноменологічний, що об'єднує генез захворювання з його психопатологічним оформленням, відіграючи як патогенетичну, так і патопластичну роль. Біологічні та макросоціальні чинники відіграють роль сприяючих і пускових механізмів психотичної декомпенсації, а мікросоціальні фактори займають проміжне положення, адже вони одночасно є і «продуктом життєдіяльності» таких пацієнтів і «джерелом» додаткової психічної травми. Тому «життєва крива» як така (екзистенційно-біографічне патогенетичне коло) стає «патогенетичним колом зворотного зв'язку», оскільки вступає у резонанс з трьома попередніми, підсумовуючи, концентруючи у собі й підсилюючи їхній негативний вплив на адаптацію особистості. Ретроспективний погляд на пережите ставить під сумнів уявлення пацієнта про власний Я-ідеал, виявляє емоційну порожнечу системи міжособистісних стосунків, засвідчує минулість / непотрібність попередніх досягнень у контексті екзистенційних проблем старіння. Вищеповисане підсумовує рисунок 3.

Патогенетична значущість усіх вищевказаних класів травматизації (патогенетичних кіл) в ініціації та синдромальному оформленні ІП дозволяє кваліфікувати останній крізь призму психосоматичного підходу, а саме як біопсихосоціально спровоковану декомпенсацію особистості психотичного рівня, коли патогенез особистісної декомпенсації поєднує як механізм соматогенії (реакції мозку на зміну субстрату), за А. Б. Смулевичем (2009) [29], так і принцип нозогенії (реакції особистості на семантику діагнозу), за О. О. Фільцом (1993) [31].

Отримані результати дозволили сформувати схему основних осей співвідношення особистісної та синдромальної психічної патології в інволюційному періоді життя (рис. 4), що можна розглядати як з позицій динаміки особистісних розладів з актуалізацією латентної преморбідної патології (не диференційованості / дефіцитарності емоційної сфери), так і з позицій коморбідності – співіснування двох дискретних розладів, коли особистісний розлад сприяє появі та патопластично «забарвлює» позитивні психопатологічні симптомокомплекси. Дана схема відкриває можливості вторинної профілактики ІП, може бути використана у діагностичних цілях для кваліфікації розладу за ознакою «глибина нарцистичного дефекту», а також матиме важливе значення для вибору адекватної терапевтичної тактики, формулювання реалістичного прогнозу щодо «одужання» та «відновлення функцій», розробки шляхів третинної профілактики.

Спираючись на доведену психосоматичну природу ІП, обґрунтовано два аспекти психотерапевтичного впливу: 1) відновлення цілісності дезінтегрованої сис-



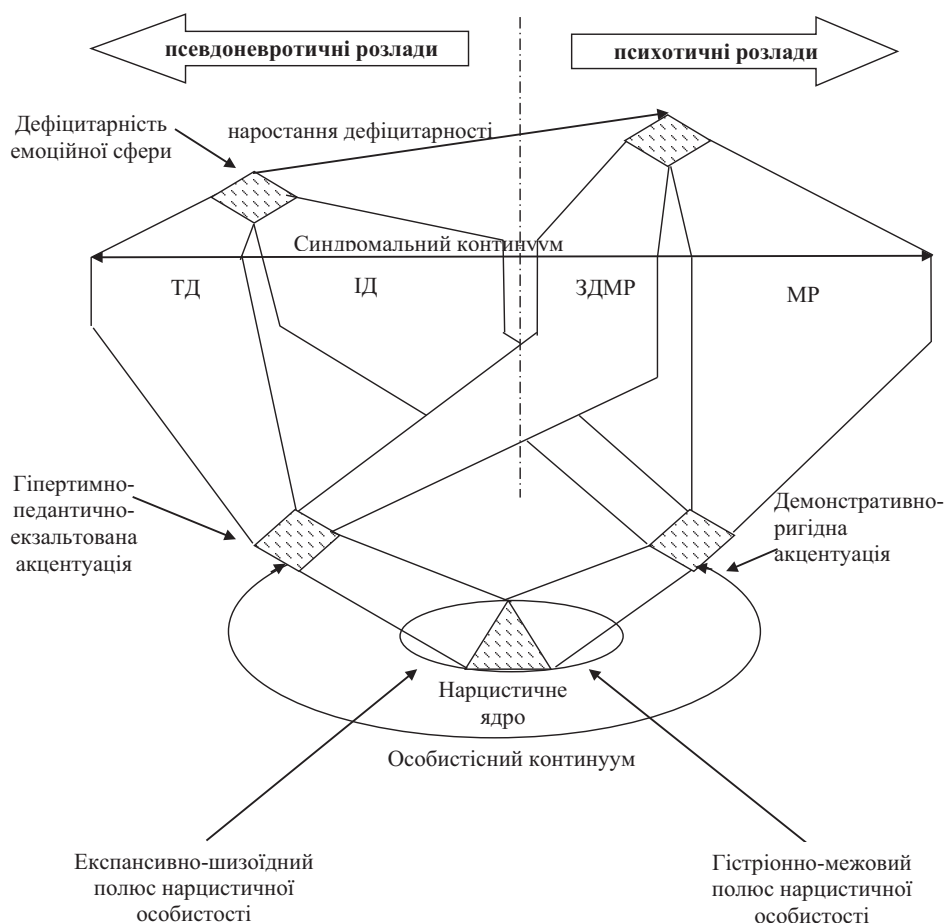


Рис. 4. Основні співвідношення синдромальної та особистісної патології при ІП

вими синдромальними формами: маячним розладом – з переважанням кататимно заряджених персекуторних переживань «малого розмаху» (15,38 %); іпохондричною депресією з переважанням надцінних іпохондричних переживань на фоні похмуро-пригніченого настрою (28,63 %); тривожною депресією з домінуванням проявів тривожно-депресивного афекту та ажитації (31,20 %); змішаним депресивно-маячним розладом, де аморфне переживання загрози з ідеями переслідування чергується з похмурим настроєм, самокатуванням та ідеями гріховності, зі спільною тенденцією до парафренізації (24,79 %).

3. Статистична обробка показників багатопротиповного опитувальника виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R виявила такі особливості клініко-психопатологічної структури психотичних розладів у жінок інволюційного віку:

- формування двох протилежно направлених континуумів депресивної та паранояльної симптоматики: депресивна представлена максимально, а паранояльна – мінімально у синдромі ТД ( $DEP\ 3,04 \pm 0,05$ ;  $PAR\ 1,08 \pm 0,04$ ), паранояльна представлена максимально, а депресивна – мінімально у синдромі МР ( $PAR\ 3,58 \pm 0,04$ ;  $DEP\ 1,0 \pm 0,04$ ), тим часом як представленість обох типів симптомів у синдромах ІД та ЗДМР є більш рівномірною: ІД ( $DEP\ 2,22 \pm 0,02$ ;  $PAR\ 1,34 \pm 0,04$ ), ЗДМР ( $DEP\ 2,01 \pm 0,02$ ;  $PAR\ 1,84 \pm 0,04$ );

- високу та рівномірну представленість у синдромах МР й ІД клінічних симптомів соматизації / тривожності та, відповідно, симптомів інтровертованості / обсесивності-компульсивності / фобії – у синдромах ЗДМР і

ТД; тобто вказані симптоми виступають як додаткові кластеризуючі ознаки, які розділяють чотири синдромальні форми ІП на два факультативні симптоматичні кластери: МР/ІД та ЗДМР/ТД;

- при тяжких синдромальних формах ІП (МР/ЗДМР) визначаються високі значення широти спектра психопатологічної симптоматики (PST) на фоні відносно невисоких значень індексу наявного симптоматичного дистресу (PSDI); при більш м'яких формах (ІД/ТД) – зворотна ситуація: високі значення PSDI на фоні помірно високих значень PST; тому вказані показники можуть розглядатися як диференційуючі ознаки щодо тяжкості клінічного стану.

4. Вивчення особистісних предикторів ІП шляхом застосування опитувальника Леонгарда – Шмішека встановило:

особистісна ригідність створює провідну диференційуючу вісь між дослідною та контрольною вибірками ( $p < 0,05$ ) і є синдромально неспецифічною щодо різних типів ІП: МР ( $17,26 \pm 0,46$ ), ІД ( $16,54 \pm 0,41$ ), ЗДМР ( $16,37 \pm 0,47$ ), ТД ( $15,81 \pm 0,51$ ). Натомість незначна каузальна роль конституційної дистимічності у формуванні ІП, включаючи депресивні форми (МР  $11,7 \pm 0,48$ ; ІД  $8,9 \pm 0,55$ ; ЗДМР  $9,37 \pm 0,54$ ; ТД  $10,43 \pm 0,47$ ), свідчить, що ІП розвиваються за механізмом декомпенсації звиклих, закріплених у структурі особистості форм реагування під впливом масивних психофізіологічних трансформацій інволюційного віку, а отже, повинні розглядатися як ендорективний розлад.

Розподіл інших особистісних рис серед чотирьох синдромальних форм ІП збігається з описаним на основі психопатологічного дослідження принципом утворення двох факультативних симптоматичних кластерів ІП і пояснює патопластичне оформлення синдромів: високі показники демонстративності у поєднанні з синдромально неспецифічною ригідністю у пацієнтів з МР та ІД формують персекуторні переживання «малого ромашу» з елементами еротичного маячення або надцінні іпохондричні ідеї з яскраво вираженим чуттєвим компонентом; високі показники особистісних рис гіпертимності / педантичності / екзальтованості, поєднані з синдромально неспецифічною ригідністю, у пацієнтів з ЗДМР і ТД зумовлюють «застиглість депресивної симптоматики» або схильність до ажитованих форм.

5. Діагностика стану когнітивної функції методом викликаних слухових потенціалів виявила превалю-

Таблиця 2. Алгоритм психодинамічно орієнтованої психотерапії пацієнтів з психічними розладами, що маніфестували в інволюційному періоді життя

| Фаза терапії                                                                  | Рівень перенесення                                                                                                  | Фокус переживань пацієнта                                                                                                                                                                        | Терапевтична тактика                                                                                                                                                              | Інтерпретативна техніка                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Формування довіри до терапевта                                             | Первинне позитивне перенесення                                                                                      | Невирішений конфлікт «надія проти відчаю»                                                                                                                                                        | Ініціювання та підтримка позитивного перенесення                                                                                                                                  | М'які підтримуючі інтервенції, емпатичне співпереживання в суб'єктивній картині світу пацієнта                                                                                                                               |
| II. Дренування негативних переживань                                          | Первинне позитивне перенесення. Зародження нарцистичного перенесення                                                | Катартичне звільнення від акумульованого напруження, пов'язаного з розчаруванням своїм власним життям, шляхом проєктивного розміщення відповідальності за це в особах свого найближчого оточення | Застосування флеш-техніки для верифікації їх безпосередніх переживань шляхом фокусування змісту сказаного пацієнтом та м'якої, пробаторної нарації зворотної складової переживань | М'які підтримуючі інтервенції. Флеш-техніка                                                                                                                                                                                  |
| III. Позитивні спогади                                                        | Первинне позитивне перенесення. Нарцистичне перенесення                                                             | Потреба відчувати власне Селф джерелом конструктивної активності                                                                                                                                 | Емпатичний супровід, вербалізація досвідів більш інтегрованого Его та цілісного Селф                                                                                              | Флеш-техніка                                                                                                                                                                                                                 |
| IV. Переосмислення свого життя та розуміння своєї особистої участі у ньому    | Перенесення об'єктних катексисів                                                                                    | Пробаторне прийняття відповідальності за власне життя, корекція концепції світу і себе                                                                                                           | Відслідкування коливань між параноїдно-шизоїдною та депресивною позиціями                                                                                                         | Здійснення підтримуючих флеш-інтервенцій при поверненні до параноїдно-шизоїдної та флеш-інтерпретацій позасвідомого змісту при переході до депресивної позиції. Поступове застосування експресивної техніки за О. Кернбергом |
| V. Осмислення зв'язку між власним життям та актуальною хворобою               | Перенесення об'єктних катексисів. Формування вищих рівнів перенесення (класичного невротичного, м'якого ввічливого) | Прийняття відповідальності не лише за всю життєву траєкторію, а й за дану ситуацію                                                                                                               | Покрокове озвучення ключового переживання, виведення його на рівень усвідомлюваної пацієнтом цілісної концепції                                                                   | Експресивна техніка за О. Кернбергом                                                                                                                                                                                         |
| VI. Вибачення себе за зроблені помилки та знаходження нових цінностей у житті | Класичне невротичне, м'яке ввічливе, формування перенесення «фіктивного нормального Я»                              | Вирішення конфлікту «надія проти відчаю»                                                                                                                                                         | Вербалізація переживань пацієнта, у тому числі й пов'язаних з актуальним рівнем перенесення та перспективою завершення психотерапії                                               | Експресивна техніка за О. Кернбергом                                                                                                                                                                                         |

вання ознак, характерних для когнітивного дефіциту функціонального походження, над ознаками когнітивних розладів, властивих органічному ураженню ЦНС. Тому діагностоване зниження амплітуди Р300 пояснюється особливостями перебігу когнітивних процесів у пацієнтів з ІП, які детерміновані одночасно клінічним станом пацієнток та їх особистісною структурою.

6. Аналіз результатів розширеного психометричного дослідження особистості жінок з ІП виявив велику кількість особистісних ознак, що об'єднують усі форми ІП між собою: високі показники алекситимії (МР 79,29±1,9; ІД 77,9±1,19; ЗДМР 76,71±1,64; ТД 76,92±1,42), домінування незрілих механізмів психологічного захисту (гіперкомпенсації, заперечення, регресії та проєкції), а також високий рівень авторитарності, низький рівень дружності й залежності, та вищі показники альтруїзму в дослідній групі порівняно із контрольною.

7. У результаті феноменологічного аналізу особистості жінок з ІП та узагальнення отриманих даних встановлено, що пацієнткам притаманна виражена нарцистична проблематика особистості, афекти, мотивації, міжособистісні стосунки та поведінкові реакції співвідносяться з критеріями нарцистичного розладу особистості згідно з міжнародною класифікацією DSM-IV-TR (та розширеної версії МКХ-10). Отримані дані вказують, що наявна у до-

сліджуваних жінок нарцистична патологія особистості є найбільш представленою у шизоїдному, гістрійонно-му та пограничному (ЕНРО) особистісних радикалах. Причому представники синдромальних підгруп МР та ІД ІП демонструють більше спорідненості з ознаками гістрійонно-пограничного спектра, а пацієнти з ЗДМР та ТД – з ознаками експансивно-шизоїдного спектра. Відтак, нарцистичну патологію особистості можна феноменологічно описати як полярну структуру, яка на одному полюсі перекивається з ознаками гістрійонності (пограничності), а на другому – з ознаками експансивної шизоїдії.

8. Дослідження функціонального стану системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (системи Селф) за допомогою опитувальника «Нарцистичний інвентар» у жінок з ІП виявило виражені порушення у регуляторних підсистемах вказаної системи, що достовірно відрізняло їх від представниць контрольної групи. Максимальні відмінності між групами спостерігались за шкалами алярмової підсистеми індивідуально-психологічної адаптації, що актуалізуються лише за умови глибокої дестабілізації усієї адаптаційної системи особистості. Доведено, що глибина декомпенсації особистості в умовах психофізіологічної кризи інволюційного віку детермінована виразністю преморбідної

нарцистичної патології, яка передиспонує до м'яких (ІД/ТД) або тяжких (МР/ЗДМР) форм ІП.

9. Встановлено типові ознаки «життєвої кривої» жінок з ІП, зокрема, наявність двох поворотних точок: 1) пізній пубертат – кристалізація стеничних рис особистості пацієнток; 2) інволюційний період – спалах психопатологічної симптоматики. У першій точці закріплюється експансивний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин, у другій – відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації, оскільки, внаслідок виснаження психофізіологічних ресурсів, попередні експансивні життєві стратегії втрачають свою ефективність. У часовому проміжку між згаданими точками механізми функціонування особистості залишаються сталими й одноманітними, забезпечують досить успішну соціальну та індивідуально-психологічну адаптацію. Механізм психічної травматизації нарцистичної структури особистості в період інволюції відбувається як «травма за типом ключового переживання»: біологічні й соціально-психологічні проблеми викликають відчуття неспроможності, яке є фруструючим не лише саме по собі, а й вступає у резонанс із заперечуваними до цього моменту почуттями сорому, неповноцінності, безпорадності, притаманними людям з нарцистичною патологією особистості.

10. В основі патогенетичного механізму ІП лежить одночасна та взаємно підсилююча дія біологічних, індивідуально-психологічних і соціальних факторів, а також травматичного фактора мета-рівня («життєвої кривої» загалом та етапу інволюції зокрема), котрі концептуалізовані в роботі як замкнуті патогенетичні кола ІП. Одночасна активізація всіх кіл актуалізує преморбідні дефіцити нарцистичної особистості та призводить до психотичної особистісної декомпенсації – ендореактивного запуску ІП. При цьому особистісний компонент має значення провідного, трансфеноменологічного у формуванні ІП, об'єднуючи генез захворювання з його психопатологічним оформленням. Біологічні та макросоціальні чинники відіграють роль сприяючих і пускових механізмів психотичної декомпенсації, а мікросоціальні фактори займають проміжне положення, будучи одночасно і результатом життєвого втілення нарцистичної патології, і джерелом додаткової психічної травми. Тому «життєва крива» як така стає «патогенетичним колом зворотного зв'язку», вступаючи в резонанс з трьома попередніми, підсумовуючи, концентруючи у собі й підсилюючи їхній негативний вплив на адаптацію особистості. Значущість вказаних патогенетичних кіл у ініціації й синдромальному оформленні ІП дозволяє кваліфікувати останній кризь призму психосоматичного підходу, а саме: як біопсихосоціально спровоковану декомпенсацію особистості психотичного рівня.

11. Відповідно до описаних кластерів патогенетичних чинників, обґрунтовано два аспекти психотерапевтичного впливу на ІП: 1) відновлення цілісності дезінтегрованої системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (Селф) під час психотичного епізоду; 2) гармонізація особистісного профілю, компенсація нарцистичного дефіциту в емоційній та когнітивній сферах шляхом розвитку навичок емпатії та менталізації в довгостроковій перспективі. Психотерапевтична стра-

тегія передбачає індукцію специфічного діалогу пацієнта з терапевтом і самим собою про власне життя та особисті переживання, про наявність зв'язків між внутрішньою та зовнішньою реальностями, в результаті якого пацієнт вибудовує зрозумілу для себе, суб'єктивно значущу концепцію зв'язків між трьома базовими площинами: його особистістю, «життєвою кривою» й актуальною життєвою ситуацією (в тому числі й психічним розладом).

12. Короткотривала психодинамічно орієнтована психотерапія пацієнтів з ІП характеризується чіткою етапністю, детермінованою тематичним фокусом переживань пацієнта, емоційним фоном, рівнем актуалізованого перенесення, а також рекомендованою інтерпретативною тактикою. Тематика кожного етапу є частковим підфокусом загального терапевтичного фокусу, актуального в терапії ІП: необхідність примирення зі своїм власним життям / інтеграції системи індивідуально-психологічної адаптації та регуляції самооцінки (Селф) / узгодження власної Я-концепції та концепції світу. Повний психотерапевтичний цикл передбачає проходження таких фаз: формування довіри до терапевта; висловлення претензій найближчому оточенню («дренування негативних переживань»); спогади про власні досягнення та «добрі часи»; переосмислення пацієнтом свого життя та розуміння своєї особистої участі у ньому; осмислення зв'язку між власним життям й актуальною хворобою; вибачення себе за зроблені помилки та знаходження нових цінностей у житті.

13. Ефекти психодинамічно орієнтованої психотерапії виявляються як на індивідуально-психологічному, так і на нейрофізіологічному рівнях і полягають у такому: артикуляція суб'єктивно значущих емоційних переживань (за Торонтською алекситимічною шкалою у кластері ТД/ІД: КХНЛ 3 (2–6) для комплексної терапії проти 4 (2–116) для стандартної терапії; у кластері МР/ЗДМР: КХНЛ 2 (1–6) для комплексної терапії проти 6 (2–∞) для стандартної терапії); покращання впізнавання та диференціації вхідної інформації (згідно з показником Р300: КХНЛ 2 (1–3) для комплексної терапії проти 14 (4–∞) для стандартної терапії); зменшення реактивної та особистісної тривожності; пом'якшення напруженості примітивних механізмів психологічного захисту та стимуляція розвитку більш зрілих механізмів; трансформація суб'єктивного уявлення про самого себе. На клінічному рівні вказані ефекти проявляються у дезактуалізації хворобливих переживань (загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI) за SCL-90-R: МР КХНЛ 2 (1–4) для комплексної терапії проти 8 (2–∞) для стандартної терапії; ІД КХНЛ 1 (1–2) для комплексної терапії проти 4 (2–∞) для стандартної терапії; ЗДМР КХНЛ 1 (1–2) для комплексної терапії проти 3 (1–∞) для стандартної терапії; ТД КХНЛ 2 (1–3) для комплексної терапії проти 5 (2–∞) для стандартної терапії), що сприяє покращанню біологічної та індивідуально-психологічної ланок адаптації, веде до довготривалої компенсації особистісної структури пацієнтів. Вищезазначене свідчить про ефективність застосованого психотерапевтичного алгоритму, а також про синергізм нейрофізіологічних (біологічних) й індивідуально-психологічних процесів і клінічних проявів ІП, який отримує, таким чином, систематичне обґрунтування з позицій психосоматичної медицини.

## Список використаної літератури

1. Парцерняк С. А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / С. А. Парцерняк. – СПб.: А. В. К., 2002. – 384 с.
2. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клиническое руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев; под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. – 128 с.
3. Корж А. Н. Современные подходы к лечению психосоматических расстройств в общей практике – семейной медицине / А. Н. Корж // Здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 48–49.
4. Марута Н. А. Депрессия и тревога в практике врача соматического профиля / Н. А. Марута, Л. Н. Юрьева // Здоров'я України. – 2010. – № 2 (15). – С. 54–55.
5. Дробизhev М. Ю. Лечение депрессий в общесоматической сети / М. Ю. Дробизhev // Психиатрия и психофармакология. – 2004. – Т. 5, № 5. – С. 190–193.
6. Платонов К. К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимоотношений / К. К. Платонов // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – М., 1972. – С. 47–55.
7. Самохвалов В. П. Психический мир будущего / В. П. Самохвалов. – Симферополь: КИТ, 1998. – 400 с.
8. Циркин С. Ю. Общая характеристика психических расстройств при эндокринопатиях и понятие эндокринного психосиндрома / С. Ю. Циркин, Н. Ю. Пятницкий // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 14–18.
9. Лурья Р. А. Внутренняя картина болезни / Р. А. Лурья // Пограничная психиатрия / под ред. Ю. А. Александровского. – М.: РЛС-2006, 2006. – С. 349–357.
10. Lipowski Z. J. Psychosocial reactions to physical illness / Z. J. Lipowski // Can. Med. Assoc. J. – 1983. – Vol. 128. – P. 1069–1072.
11. Фрейд З. О психоанализе. Лекции / З. Фрейд; пер. М. В. Вульф. – Мн.: Харвест, 2005. – 416 с.
12. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александр. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2004. – 336 с.
13. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 1024 с.
14. Sifneos P. E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients / P. E. Sifneos // Psychotherapy and Psychosomatics. – 1973. – Vol. 22. – P. 255–262.
15. Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия: практ. Руководство / М. Сандомирский. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
16. Schur M. Commets on the metapsychology of somatization / M. Schur // The psychosomatic study of the child. – 1955. – Vol. 10. – P. 243–260.
17. Uexkull Th. Psychosomatische Medizin. Modelle arztlichen Denkens und Handelns / Th. Uexkull. – Munchen; Jena: Urban & Fischer, 2008.
18. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999. – 376 с.
19. Руководство по психиатрии: в 2-х т. Т. 2 / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская [и др.]; под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 784 с.
20. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / под ред. А. Б. Смугевича. – М.: Русский врач, 2000. – 160 с.
21. Смугевич А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смугевич. – М.: ООО «МИА», 2007. – 192 с.
22. Винник М. І. Клініко-патогенетичні особливості і комплексна корекція інволюційних психічних розладів у жінок в пре- та постменопаузі: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.16 «психіатрія» / М. І. Винник. – К., 2000. – 48 с.
23. Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств / А. Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97–104.
24. Чабан О. С. Деадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Журнал психіатрії та медичинської психології. – 2009. – № 3 (23). – С. 13–21.
25. Підкоритов В. С. Депресії. Сучасна терапія / В. С. Підкоритов, Ю. Ю. Чайка. – Харків: Торнадо, 2003. – 352 с.
26. Семке В. Я. Пограничная геронтопсихиатрия / В. Я. Семке, С. С. Одарченко. – Томск, 2005. – 282 с.
27. Нетрусова С. Г. Заместительная гормональная терапия при психопатологических проявлениях патологического климакса у женщин / С. Г. Нетрусова, Т. Ф. Татарчук, Г. К. Дзюб // Архів психіатрії. – 2001. – Т. 7, № 4 (27). – С. 189–196.
28. Сигал Х. Нарциссизм. Комментарии к докладу Р. Бриттона / Х. Сигал // Психоаналитические концепции нарциссизма / под ред. А. В. Литвинова, А. Н. Харитонов. – М.: Издательский проект «Русское психоаналитическое общество», 2009. – С. 406–411.
29. Смугевич А. Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А. Б. Смугевич. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.
30. Henseler N. Narzisstische Krisen: zur Psychodynamik des Selbstmords / N. Henseler. – Wiesbaden: Westdeutschen Verlag, 2000.
31. Фильц А. О. Проблема небредовой ипохондрии: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «психиатрия» / А. О. Фильц; Науч. центр психического здоровья. – М.: НЦПЗ РАМН, 1993. – 49 с.
32. Бітєнський В. С. Психосоматична модель патогенезу інволюційного психозу / В. С. Бітєнський, М. М. Пустовийт, Ю. Я. Медінська // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2009. – № 2 (16). – С. 7–27.
33. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер. – М.: Педагогика-Пресс, 1995.

## References

1. Parcernyak, S. A. (2002). *Stress. Vegetozы. Psihosomatika* [Stress. Vegetosis. Psychosomatics]. Spb.: A. V. K., 384 p. (In Russian).
2. Mykhailov, B. V., Serdiuk, A. I., & Fedosieiev, V. A. (2002). *Psihoterapija v obshhe-somaticheskoy medicine: klinicheskoe rukovodstvo* [Psychotherapy in general medicine: a clinical guide]. B. V. Mykhailov (Ed.). Kharkiv: Prapor, 128 p. (In Russian).
3. Korzh, A. N. (2007). *Sovremennye podhody k lecheniju psihosomaticheskikh rasstrojstv v obshhej praktike – semejnoy medicine* [Modern approaches to the treatment of psychosomatic disorders in general practice – family medicine]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 1, pp. 48–49. (In Russian).
4. Maruta, N. O., & Yur'yeva, L. M. (2010). *Depressiya i trevoga v praktike vracha somaticheskogo profilya* [Depression and anxiety in the practice of a physician of a somatic profile]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 2 (15), pp. 54–55. (In Russian).
5. Drobizhev, M. Yu. (2004). *Lechenie depressiy v obshhesomaticheskoy seti* [Treatment of depression in a general network]. *Psihiatrija i psihofarmakologija – Psychiatriy and psychopharmacology*, vol. 5, no. 5, pp. 190–193. (In Russian).
6. Platonov, K. K. (1972). *Lichnostnyy podhod v ponimanii psihosomaticheskikh vzaimootnoshenij* [The personal approach to understanding psychosomatic relationships]. *In Rol' psihiicheskogo faktora v proishozhdenii, techenii i lechenii somaticheskikh boleznej* [The role of the mental factor in the origin, flow and treatment of somatic diseases]. Abstracts of Papers. Moscow, pp. 47–55. (In Russian).
7. Samohvalov, V. P. (1998). *Psihicheskij mir budushhogo* [The psychic world of the future]. Simferopol: KIT, 400 p. (In Russian).
8. Cirkin, S. Yu., & Pjaticnikij, N. Yu. (2001). *Obshhaja harakteristika psihiicheskikh rasstrojstv pri jendokrinopatiyah i ponjatje jendokrinnoy psihiindroma* [General characteristics of mental disorders in endocrinopathies and the concept of endocrine psychosyndrome]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, no. 1, pp. 14–18. (In Russian).
9. Lurija, R. A. (2006). *Vnutrennjaja kartina bolezni* [Internal picture of the disease]. In Yu. A. Aleksandrovskij (Ed.), *Pogranichnaja psihiatrija* [Borderline psychiatry] (pp. 349–357). Moscow: RLS-2006. (In Russian).
10. Lipowski, Z. J. (1983). *Psychosocial reactions to physical illness*. *Can. Med. Assoc. J.*, vol. 128, pp. 1069–1072.
11. Freud, S. (2005). *O psihoanalize. Lekcii* [About psychoanalysis. Lectures]. (M. V. Vul'f, Trans.). Minsk: Harvest, 416 p. (In Russian). (Original work published 1915–1917).
12. Aleksander, F. (2004). *Psihoosomaticheskaja medicina. Principy i primenenie* [Psychosomatic medicine. Principles and applications]. Moscow: In-t obshhegumanitarnykh issledovanij, 336 p. (In Russian).
13. Malkina-Pyh, I. G. (2008). *Psihosomatika* [Psychosomatics]. Moscow: Jeksmo, 1024 p. (In Russian).
14. Sifneos, P. E. (1973). *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 22, pp. 255–262.
15. Sandomirskij, M. (2005). *Psihosomatika i telesnaja psihoterapija* [Psychosomatics and bodily psychotherapy]. Moscow: Nezavisimaja firma «Klass», 592 p. (In Russian).
16. Schur, M. (1955). *Commets on the metapsychology of somatization*. *The psychosomatic study of the child*, vol. 10, pp. 243–260.
17. Uexkull, Th. (2008). *Psychosomatische Medizin. Modelle arztlichen Denkens und Handelns* [Psychosomatic medicine. Models medical thinking and practice]. Munchen, Jena: Urban & Fischer. (In Germ.).
18. Bräutigam, W., Paul, C., & von Rad, M. (1999). *Psihosomaticheskaja medicina* [Psychosomatic medicine]. (G. A. Obuhova & A. V. Bruenka, Trans.). Moscow: GJEOTAR MEDICINA, 376 p. (In Russian). (Original work published 1997).
19. Tiganov, A. S. (Ed.). (1999). *Handbook of Psychiatry* (Vol. 2). Moscow: Meditsina, 784 p. (In Russian).
20. Smulevich, A. B. (Ed.). (2000). *Pogranichnaja psihiicheskaja patologija v obshhe-medicheskoy praktike* [Borderline mental pathology in general medical practice]. Moscow: Russkij vrach, 160 p. (In Russian).
21. Smulevich, A. B. *Rasstrojstva lichnosti* [Personality disorders]. Moscow: ООО «МИА», 192 p. (In Russian).
22. Vynnyk, M. I. (2000). *Kliniko-patohenetychni osoblyvosti i kompleksna korektsiia involutsiinykh psykichnykh rozladiv u zhynok v pre- ta post menopauzy* [Clinicopathogenetic features and complex correction of involutional mental disorders in pre and postmenopausal women]. Extended abstract of Doctor's thesis. Kyiv, 48 p. (In Ukrainian).
23. Holmogorova, A. B. *Biopsichosocial'naja model' kak metodologicheskaja osnova dlja izuchenija psihiicheskikh rasstrojstv* [Biopsychosocial model as a methodological basis for the study of mental disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and clinical psychiatry*, no. 3, pp. 97–104. (In Russian).
24. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2009). *Dezadaptatsiia liudyny v umovakh suspilnoi kryzy: novi syndromy ta napriamky yikh podolannia* [Human desadaptation in crisis society: new syndromes and their correction way]. *Zhurnal psyhiatrii ta medychnoi psykholohii – The journal of psychiatry and medical psychology*, no. 3 (23), pp. 13–21. (In Ukrainian).
25. Pidkorytov, V. S., & Chaika, Yu. Yu. (2003). *Depresii. Suchasna terapiia* [Depression. Modern therapy]. Kharkiv: Tornado, 352 p. (In Ukrainian).
26. Semke, V. Ja., & Odarchenko, S. S. (2005). *Pogranichnaja gerontopsihiatrija* [Borderline gerontopsychiatry]. Tomsk, 282 p. (In Russian).
27. Netrusova, S. G., Tatarchuk, T. F., & Dzjub, G. K. (2001). *Zamestitel'naja gormonal'naja terapija pri psihiopatologicheskikh projavlenijah patologichesk-*

- ого klimaksa u zhenshin [Hormone therapy of mental disorders in women with menopause]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 7, no. 4 (27), pp. 189–196. (In Russian).
28. Sigal, H. (2009). Narcissizm. Kommentarii k dokladu R. Brittona [Narcissism. Comments on the report of R. Britton]. In A. V. Litvinova & A. N. Haritonova (Eds.), *Psihoanaliticheskie konceptii narcissizma* [Psychoanalytic concepts of narcissism] (pp. 406–411). Moscow: Izdatel'skij proekt «Russkoe psihoanaliticheskoe obshchestvo». (In Russian).
29. Smulevich, A. B. (2009). *Maloprogredientnaja shizofrenija i pograničnye sostojanija* [Low-progredient schizophrenia and borderline states] (2-nd ed.). Moscow: MEDpress-inform, 256 p. (In Russian).
30. Henseler, H. (2000). *Narzisstische Krisen: zur Psychodynamik des Selbstmords* [Narcissistic crises: the psychodynamics of suicide]. Wiesbaden: Westdeutschen Verlag. (In Germ.).
31. Filts, O. O. (1993). *Problema nebredivoj ipohondrii* [The problem of a non-obedient hypochondria]. Extended abstract of Doctor's thesis. Moscow: NCPZ RAMN, 49 p. (In Russian).
32. Bitenskyi, V. S., Pustovoyt, M. M., & Medynska, Yu. Ya. (2009). Psykhosomatychna model patohenezu involutsiinoho psykhozu [Psychosomatic model of the pathogenesis of involutional psychosis]. *Visnyk psykhiatrii ta psykhofarmakoterapii – Journal of psychiatry and psychopharmacotherapy*, no. 2 (16), pp. 7–27. (In Ukrainian).
33. Kretschmer, E. (1995). *Stroenie tela i harakter* [Body structure and character]. Moscow: Pedagogika-Press. (In Russian).

#### ДИАТЕЗ-СТРЕСС МОДЕЛЬ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПСИХОЗОВ

М. М. Пустовойт

**Актуальность.** Инволюционные психозы рассматривают как совокупность неоспоримых биологических изменений, присущих этому возрастному периоду, определенных черт личности и стратегий преодоления, склонных к психотической реакции, а также типичных особенностей «жизненной кривой» и внешних стрессоров, которые способны запустить психотическое реагирование.

**Цель исследования** – изучить психосоматические (биопсихосоциальные) патогенетические связи, присущие инволюционным психозам, с учетом патогенетического и патофизиологического влияния преморбидной личностной структуры на их синдромальную форму и динамику, определить их место в психосоматическом континууме и разработать адекватную и патогенетически обоснованную методику психотерапии.

**Материалы и методы.** На базе клинических отделений кафедры психиатрии Одесского национального медицинского университета и в психоневрологическом отделении Дорожной клинической больницы № 1 ст. Киев с января 2003 г. по декабрь 2007 г. обследовано 234 пациентки в возрасте 45–60 лет (группа исследования). Контрольная группа – 47 женщин аналогичного возраста, которые в 2008 г. обращались в Дорожную клиническую больницу № 1 ст. Киев по поводу соматической симптоматики. Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, метод событие-связанных вызванных потенциалов, статистический анализ.

**Результаты.** Путем клинико-психопатологического анализа конкретизированы базовые синдромальные формы ИП: бредовое расстройство (БР), ипохондрическая депрессия (ИД), смешанное депрессивно-бредовое расстройство (СДБР), тревожная депрессия (ТД). Обнаружены тенденции к кластеризации названных форм по синдромальной структуре (кластеры «БР/ИД», «СДБР/ТД») и психопатологической сложности («БР/СДБР», «ИД/ТД»), что подтвердилось последующей кластеризацией форм ИП по признакам преморбидных черт личности пациенток и латентного дефицита в когнитивной и эмоциональной сферах. Конкретизированы механизмы психической декомпенсации и утилизации универсальных для инволюционного возраста тревожных переживаний в каждом из кластеров.

Пациенткам из группы исследования присуща выраженная нарциссическая проблематика личности. Базовыми (ядерными) составляющими личности исследуемой когорты женщин являются недифференцированность эмоциональной сферы / признаки шизоидности (аутизация личности в сочетании с эмоциональной узатисченностью). Нарциссическое расстройство личности можно концептуализировать как полярную структуру, которая на одном полюсе перекрывается с признаками гистрионности (пограничности), а на другом – с признаками экспансивной шизоидии.

Глубина декомпенсации личности в условиях психофизиологического и нарциссического кризисов инволюционного возраста детерминирована преморбидной нарциссической структурой личности исследуемых женщин.

**Выводы.** Внедренный психодинамический подход к пониманию инволюционных психозов получил естественное развитие в предложенном методе лечения, который включал комплексную медикаментозную терапию и психотерапию. Разработаны схемы психотерапевтических воздействий на психотическом и постпсихотическом этапах. Статистически доказана большая эффективность такого лечебного подхода, по сравнению со стандартными схемами лечения. Определены основные пути вторичной и третичной психопрофилактики, а также реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** инволюционный психоз, психосоматика, нарциссическое расстройство личности, психотерапия.

#### DIATHESIS-STRESS MODEL OF INVOLUTIONAL PSYCHOSES

M. M. Pustovoyt

**Background.** Involutional psychoses are considered as a constellation of the irrefutable in this age period biological changes, certain personality traits and coping strategies predisposing to psychotic response, as well as typical features of the “life curve” and external stressors that can run a psychotic reaction.

**Objective** – to investigate the psychosomatic (biopsychosocial) pathogenetic connections inherent in involutional psychoses, taking into account the pathogenetic and pathoplastic influence of the premorbid personality structure on their syndromal form and dynamics, to determine their place in the psychosomatic continuum and to develop an adequate and pathogenetically substantiated psychotherapy technique.

**Materials and methods.** From January 2003 to December 2007 on the basis of clinical departments of the Department of Psychiatry of the Odessa National Medical University and in the Psychoneurological Department of the Road Clinical Hospital No. 1, station “Kiev” we examined 234 patients aged 45–60 years (study group). The control group - 47 women of similar age, which applied in 2008 to the Road Clinical Hospital No. 1, station “Kiev” about somatic symptoms. Research methods: clinical-psychopathological, experimental-psychological, method of event-related evoked potentials, statistical analysis.

**Results.** Clinical characteristics of psychotic disorders in the patient population showed the existence in the structure of psychosis two oppositely directed continuums: affective (depressive) and delusional and allow to allocate four main clinical forms of psychosis and their tendency to unite in two clusters that differed each other by the features and course and also by their response to therapy and, therefore, by the prognosis. Data obtained by the clinical method were confirmed by the results of experimental psychological and neuropsychological researches.

**Conclusions.** The proposed psychodynamic approach to understanding of involutional psychoses got natural development in the proposed method of treatment that included complex medication and psychotherapy. The schemes of psychotherapeutic influences were developed on the psychotic and postpsychotic stages. Higher efficiency of this approach to treatment compared with standard treatment schemes was statistically proven. Principal directions of secondary and tertiary psychoprophylaxis and rehabilitation measures aimed at improving quality of life of patients were revealed.

**Keywords:** involutional psychosis, psychosomatic, narcissistic personality disorder, psychotherapy.

Стаття надійшла до редакції 07.05.2018 р.

ПУСТОВОЙТ Михайло Михайлович, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: pmm2109@gmail.com

ПУСТОВОЙТ Михаил Михайлович, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина; e-mail: pmm2109@gmail.com

PUSTOVOYT Mykhailo Mykhailovych, MD, PhD, professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: pmm2109@gmail.com

## ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.34-008.1/159.973:616.89/03

М. О. Матусова, І. А. Марценковський

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ  
У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

miramatusova@gmail.com

**Актуальність.** Розлади аутистичного спектра (РАС) – порушення загального розвитку, діагностичними ознаками яких є якісні порушення соціальної взаємності, комунікації та стереотипні форми поведінки. У статті наведено дані дослідження щодо зв'язку функціональних розладів травлення (ФРТ) із клінічним поліморфізмом РАС у дітей.

**Мета** – вивчити причинно-наслідкові зв'язки між функціональними порушеннями шлунково-кишкового тракту та первазивними розладами розвитку (порушеннями загального розвитку).

**Матеріали та методи.** Було рандомізовано 220 дітей віком від 3 до 6 років (середній вік –  $4,1 \pm 0,5$  років). Основна група – 103 дитини з РАС, 73 з яких мали ФРТ. Контрольна група – 117 дітей без ознак первазивних порушень розвитку, 32 з яких мали ФРТ. РАС діагностували з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, оцінювання відповідності діагностичним критеріям проводили з використанням ADI-R та ADOS. Оцінювання ФРТ проводили з використанням опитувальника QPGS-RIV. Динаміку розвитку та адаптивної поведінки оцінювали за допомогою PEP-R та шкали Vineland-II. Математичний аналіз проводили з використанням критеріїв Стьюдента і  $\chi^2$ . Рандомізовані групи дітей були репрезентативні за віком та статтю.

**Результати.** Встановлено, що поширеність ФРТ була значно вищою у дітей з РАС, ніж у контрольній групі (70,9 % проти 27,4 %,  $P < 0,01$ ). ФРТ впливають на особливості перебігу РАС, корелюють із затримкою формування навичок охайності, розладами харчової поведінки, формування адаптаційної поведінки в дошкільних закладах освіти.

**Висновки.** Рекомендується враховувати функціональні розлади травлення в комплексній терапії дітей з РАС.

**Ключові слова:**

розлади аутистичного спектра, функціональні розлади травлення, діти.

**Актуальність.** Розлади аутистичного спектра (РАС) – порушення загального розвитку, діагностичними ознаками яких є якісні порушення соціальної взаємності, комунікації та стереотипні форми поведінки [1].

РАС мають високий рівень коморбідності з розладами психіки та поведінки, іншими медичними станами. При РАС частіше, ніж у популяції загалом, зустрічаються дисфункції шлунково-кишкового тракту, епілепсії, розлади сну, дисрегуляція імунної системи та метаболічні порушення [2]. З огляду на високий рівень коморбідності РАС все частіше називають «системним розладом розвитку» [3].

За даними McElhanon, функціональні розлади травлення (ФРТ) є одними з найчастіших супутніх розладів при РАС [4], їх поширеність складає до 91 % [5]. Описують різні симптоми ФРТ, найпоширеніші – запори,

здуття живота, діарея, блювання та гастроезофагальний рефлекс. Припускають, що у пацієнтів з РАС наявні відмінні клінічні особливості ФРТ [4].

Значна поширеність випадків подвійної діагностики ФРТ та ознак порушення загального розвитку може бути пояснена: 1) гіршим рівнем соматичного здоров'я дітей з порушеннями нейророзвитку; 2) впливом коморбідних психічних (депресивних, тривожних) розладів при РАС на систему вегетативної регуляції внутрішніх органів, специфічним конституційним типом; 3) тим, що ФРТ можуть викликати метаболічні порушення, зумовлювати порушення нейророзвитку.

**Мета дослідження** – вивчення причинно-наслідкових зв'язків між функціональними порушеннями шлунково-кишкового тракту та первазивними розладами розвитку (порушеннями загального розвитку).

## Матеріали та методи дослідження

Основну групу склали 103 дитини з РАС, з них 73 особи мали функціональні розлади травлення (ФРТ). Контрольну групу склали 117 дітей без ознак пер-вазивного порушення розвитку, з них 32 дитини мали ФРТ. Порівнювані групи дітей були репрезентативні за віком та статтю. У дослідженні брали участь діти віком від 3 до 6 років (середній вік – 4,1±0,5). РАС діагностували з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, оцінювання відповідності діагностичним критеріям проводили з використанням напівструктурованого інтерв'ю аутизму для батьків (ADI-R) та шкали структурованого спостереження за дітьми з аутизмом (ADOS). Оцінювання ФРТ проводили з використанням опитувальника про симптоми порушення шлунково-кишкового тракту (QPGS-RIV). Динаміку розвитку та адаптивної поведінки оцінювали за допомогою психоосвітнього профілю (PEP-R) та шкали для оцінки адаптивної поведінки (Vineland-II). Математичний аналіз був проведений з використанням критеріїв Стюдента і  $\chi^2$ .

## Результати та їх обговорення

На рисунку 1 відображена поширеність ФРТ у групах порівняння. ФРТ у дітей з РАС зустрічались частіше, ніж у контрольній групі (70,9 % проти 27,4 %,  $P<0,01$ ): запори (32,1 % проти 9,4 %,  $P<0,01$ ), діарея (9,7 % проти 4,3 %,  $P<0,05$ ), нудота і блювання (8,7 % проти 6,0 %), а також утруднення акту дефекації (20,4 % проти 7,7 %,  $P<0,05$ ). Гендерних відмінностей в поширеності ФРТ у групах порівняння не встановлено. В таблиці 1 представлений аналіз відставання різних сфер психічного розвитку дітей з РАС. Діти з РАС та ФРТ мали гірші показники соціального функціонування в місяцях відставання від середніх популяційних за Vineland, ніж діти з РАС без ФРТ: 18,0±1,2 проти 12,0±1,4 відповідно. При оцінюванні за Vineland відставання від вікових показників розвитку становило в групах порівняння 24,0±1,9 у дітей з РАС і ФРТ та 12,0±2,1 у дітей з РАС без ФРТ ( $p<0,05$ ). Тяжкість ФРТ мала кореляційний зв'язок з психічними функціями в місяцях відставання від середніх популяційних показників за PEP-R: розвиток мовленнєвих функцій 30,0±4,0 у дітей з РАС і ФРТ та 20,0±3,5 у дітей з РАС без ФРТ ( $p<0,05$ ), розвиток пізнавальних функцій 2,4±3,6 у дітей з РАС і ФРТ та 18,0±2,9 у дітей з РАС без ФРТ.

Діти з РАС, які скаржились на частий біль у животі, здуття, діарею, запори або біль при випорожненні, мали гірші показники дратівливості, порушень соціалізації, стереотипних форм поведінки, аутоагресії та гіперактивності, порівняно з дітьми, які не мали симптомів ФРТ, що збігається з результатами інших досліджень [6]. У дітей з агресією та аутоагресією ФРТ зустрічались значно частіше [7].

Отримані результати про зв'язок клінічного поліморфізму при РАС з ФРТ можна пояснити порушеннями функціонування системи «кишечник – мозок». Зв'язок між кишеч-

Таблиця 1. Порівняльний аналіз відставання різних сфер психічного розвитку дітей з первазивним розвитком та нормотипічними дітьми (у місяцях) при оцінюванні за PEP-R та Vineland

| Групи обстежених                                                                   | Відставання рухового розвитку (PEP-R), у місяцях | Відставання соціального функціонування (Vineland), у місяцях | Відставання когнітивного розвитку (PEP-R), у місяцях | Відставання мови (PEP-R), у місяцях |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Діти з синдромом Каннера (F 84.0):<br>3 ФРТ<br>Без ФРТ                             | 15,0±2,1<br>12,0±2,5                             | 24,0±1,9*<br>12,0±2,1*                                       | 24,0±3,6<br>18,0±2,9                                 | 30,0±4,0*<br>20,0±3,5*              |
| Діти з РАС (F 84.1):<br>3 ФРТ<br>Без ФРТ                                           | 6,0±1,1<br>2,0±0,9                               | 18,0±1,2*<br>12,0±1,4*                                       | 9,0±3,3<br>6,0±2,9                                   | 12,0±2,4<br>10,0±2,2                |
| Діти зі специфічними розладами мови (афазія розвитку) (F84.9):<br>3 ФРТ<br>Без ФРТ | 3,0±0,9<br>1,0±0,8                               | 6,0±1,2<br>5,0±1,5                                           | 3,0±2,1<br>1,0±1,6                                   | 14,0±2,3*<br>12,0±1,8*              |
| Нормотипічні діти:<br>3 ФРТ<br>Без ФРТ                                             | 2,0±0,2<br>0±0                                   | 3,0±1,1<br>1,0±0,8                                           | 0±0<br>0±0                                           | 1,0±0,5<br>0±0                      |

Примітка. \* –  $P<0,05$ .

ником та мозком називають віссу кишечник – мозок, яка є двоспрямованою нейрогуморальною системою. Вважають, що кишечник відіграє важливу роль у нейророзвитку, а також має вплив на поведінку. Мікробіота, яка мешкає в кишечнику, може модулювати нейророзвиток дитини і формувати поведінкові фенотипи. У дітей з РАС виявлені порушення мікробіоти кишечника [8]. Припускають, що аномальна мікробіота стінок кишечника у поєднанні з хронічним запаленням і високою проникністю стінок кишечника може бути причиною поведінкових симптомів аутизму [9]. На сьогодні не існує емпірично обґрунтованих оцінок або терапевтичних стратегій щодо осіб з РАС та ФРТ [10, 11].

## Висновки

1. У дітей з РАС спостерігають вищу поширеність ФРТ, ніж у дітей без ознак порушень нейророзвитку.
2. ФРТ впливають на особливості перебігу РАС, зокрема уповільнюють формування навичок охайності, зумовлюють порушення харчової поведінки, формування адаптаційної поведінки у дошкільних закладах освіти.
3. Можна припустити, що ідентифікація та лікування симптомів ФРТ приведе до поліпшення розвитку дітей з РАС, покращить ефективність навчально-терапевтичних програм.
4. Встановлені зв'язки між ФРТ та первазивними порушеннями розвитку можуть бути значущими для розробки нових стратегій лікування РАС, що спиратимуться на їх етіопатогенетичну концептуалізацію.

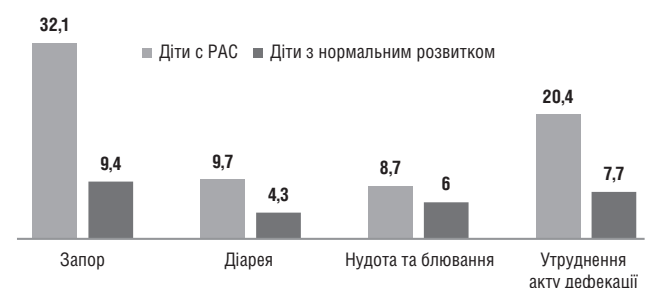


Рис. 1. Порівняння поширеності функціональних порушень системи травлення у дітей з розладами спектра аутизму та дітей без ознак порушень нейророзвитку

## Список використаної літератури

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 th ed.) // American Psychiatric Association. – Washington, DC : Author, 2013.
2. Matson J. L. Differential diagnosis and comorbidity: distinguishing autism from other mental health issues / J. L. Matson, L. W. Williams // *Neuropsychiatry*. – 2013. – Vol. 3, issue 2. – P. 233–243. DOI: 10.2217/np.13.1.
3. Gastrointestinal conditions in children with autism spectrum disorder: developing a research agenda / D. L. Coury, P. Ashwood, A. Fasano [et al.] // *Pediatrics*. – 2012. – Vol. 130, suppl. 2. – P. S160–S168. DOI: 10.1542/peds.2012-0900N.
4. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a metaanalysis / B. O. McElhanon, C. McCracken, S. Karpen, W. G. Sharp // *Pediatrics*. – 2014. – Vol. 133, No. 5. – P. 872–883. DOI: 10.1542/peds.2013-3995.
5. Mannion A. Gastrointestinal problems in autism spectrum disorder: a literature review / A. Mannion, G. Leader // *Rev J Autism Dev Disord*. – 2014. – Vol. 1, issue 1. – P. 11–17. DOI: 10.1007/s40489-013-0007-0.
6. Chaidez V. Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development / V. Chaidez, R. L. Hansen, I. Hertz-Picciotto // *J Autism Dev Disord*. – 2014. – Vol. 44, issue 5. – P. 1117–1127. DOI: 10.1007/s10803-013-1973-x.
7. Mazurek M. O. Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders / M. O. Mazurek, S. M. Kanne, E. L. Wodka // *Res Autism Spectr Disord*. – 2013. – Vol. 7, issue 3. – P. 455–465. DOI: 10.1016/j.rasd.2012.11.004.
8. Li Q. The microbiota–gut–brain axis and its potential therapeutic role in autism spectrum disorder / Q. Li, J. M. Zhou // *Neuroscience*. – 2016. – Vol. 324. – P. 131–139. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2016.03.013.
9. Hsiao E. Y. Gastrointestinal issues in autism spectrum disorder / E. Y. Hsiao // *Harv Rev Psychiatry*. – 2014. – Vol. 22, issue 2. – P. 104–111. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000029.
10. Bauman M. L. Medical comorbidities in autism: Challenges to diagnosis and treatment / M. L. Bauman // *Neurotherapeutics*. – 2010. – Vol. 7, issue 3. – P. 320–327. DOI: 10.1016/j.nurt.2010.06.001.
11. Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report / T. Buie, D. B. Campbell, G. J. Fuchs 3rd, [et al.] // *Pediatrics*. – 2010. – Vol. 125, suppl. 1. – P. S1–S18. DOI: 10.1542/peds.2009-1878C.

## References

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
2. Matson, J. L., & Williams, L. W. (2013). Differential diagnosis and comorbidity: distinguishing autism from other mental health issues. *Neuropsychiatry*, vol. 3, issue 2, pp. 233–243. DOI: 10.2217/np.13.
3. Coury, D. L., Ashwood, P., Fasano, A., Fuchs, G., Geraghty, M., Kaul, A., Mawe, G., ... Jones, N. E. (2012). Gastrointestinal conditions in children with autism spectrum disorder: developing a research agenda. *Pediatrics*, vol. 130, suppl. 2, pp. S160–S168. DOI: 10.1542/peds.2012-0900N.
4. McElhanon, B. O., McCracken, C., Karpen, S., & Sharp, W. G. (2014). Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a metaanalysis. *Pediatrics*, vol. 133, no. 5, pp. 872–883. DOI: 10.1542/peds.2013-3995.
5. Mannion, A., & Leader, G. (2014). Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a literature review. *Rev J Autism Dev Disord*, vol. 1, issue 1, pp. 11–17. DOI: 10.1007/s40489-013-0007-0.
6. Chaidez, V., Hansen, R. L., & Hertz-Picciotto, I. (2014). Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *J Autism Dev Disord*, vol. 44, issue 5, pp. 1117–1127. DOI: 10.1007/s10803-013-1973-x.
7. Mazurek, M. O., Kanne, S. M., & Wodka, E. L. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*, vol. 7, issue 3, pp. 455–465. DOI: 10.1016/j.rasd.2012.11.004.
8. Li, Q., & Zhou, J. M. (2016). The microbiota–gut–brain axis and its potential therapeutic role in autism spectrum disorder. *Neuroscience*, vol. 324, pp. 131–139. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2016.03.013.
9. Hsiao, E. Y. (2014). Gastrointestinal issues in autism spectrum disorder. *Harv Rev Psychiatry*, vol. 22, issue 2, pp. 104–111. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000029.
10. Bauman, M. L. (2010). Medical comorbidities in autism: Challenges to diagnosis and treatment. *Neurotherapeutics*, vol. 7, issue 3, pp. 320–327. DOI: 10.1016/j.nurt.2010.06.001.
11. Buie, T., Campbell, D. B., Fuchs, G. J., Furuta, G. T., Levy, J., VandeWater, J., Whitaker, A. H., ... Winter, H. (2010). Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics*, vol. 125, suppl. 1, pp. S1–S18. DOI: 10.1542/peds.2009-1878C.

## ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

М. А. Матусова, И. А. Марценковский

**Актуальность.** Расстройства аутистического спектра (РАС) – нарушение общего развития, диагностическими признаками которого являются качественные нарушения социальной взаимности, коммуникации и стереотипные формы поведения. В статье приведены данные исследования относительно связи функциональных расстройств пищеварения (ФРП) с клиническим полиморфизмом РАС у детей.

**Цель** – изучить причинно-следственные связи между функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта и pervasive расстройствами развития (нарушениями общего развития).

**Материалы и методы.** Были рандомизированы 220 детей в возрасте от 3 до 6 лет (средний возраст –  $4,1 \pm 0,5$  лет). Основная группа – 103 ребенка с РАС, 73 из которых имели ФРП. Контрольная группа – 117 детей без признаков pervasive нарушений развития, 32 из которых имели ФРП. РАС диагностировали с использованием диагностических критериев МКБ-10, оценку соответствия диагностическим критериям проводили с использованием ADI-R и ADOS. Оценивание ФРП проводили с использованием опросника QPGS-RIV. Динамику развития и адаптивного поведения оценивали с помощью PEP-R и шкалы Vineland-II. Математический анализ был проведен с использованием критериев Стьюдента и  $\chi^2$ . Рандомизированные группы детей были репрезентативны по возрасту и полу.

**Результаты.** Установлено, что распространенность ФРП была значительно выше у детей с РАС, чем в контрольной группе (70,9 % против 27,4 %,  $p < 0,01$ ). ФРП влияют на особенности течения РАС, коррелируют с задержкой формирования навыков опрятности, расстройствами пищевого поведения, формирования адапционного поведения в дошкольных учебных заведениях.

**Выводы.** Рекомендуется учитывать функциональные расстройства пищеварения в комплексной терапии детей с РАС.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, функциональные расстройства пищеварения, дети.

## FEATURES OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

M. O. Matusova, I. A. Martenskovsky

**Background.** Autism spectrum disorder (ASD) is a heterogeneous neurodevelopmental disorder characterized by impairment in social communication and interaction, and by restricted and repetitive behavior, interests and activities. The article presents a study on the association of functional gastrointestinal disorders (FGIDs) with the clinical polymorphism of ASD in children.

**Objective.** To investigate causal relationships between functional gastrointestinal disorders and pervasive developmental disorders (general development disorders).

**Materials and methods.** 220 children aged 3 to 6 years (average age –  $4.1 \pm 0.5$ ) were randomized. The main group consisted of 103 persons with ASD, 73 of which had functional gastrointestinal disorders. The control group consisted of 117 children without signs of pervasive developmental disorders, 32 children had functional gastrointestinal disorders. ASD was diagnosed using the diagnostic criteria of ICD-10, the evaluation of compliance with diagnostic criteria was performed using ADI-R and ADOS. The evaluation of the FGIDs was performed using the QPGS-RIV questionnaire. The dynamics of development and adaptive behavior were assessed using PEP-R and the Vineland-II scale. The mathematical analysis was carried out using the Student's criterion and  $\chi^2$ . The randomized groups of children were representative by age and gender.

**Results.** It was found that the prevalence of FGIDs was significantly higher in children with ASD than in the control group (70.9 % vs. 27.4 %,  $P < 0.01$ ). FGIDs affects the peculiarities of the ASD flow, correlating with the delay in the formation of cleanness skills, disorders of eating behavior, and the formation of adaptive behavior in pre-school educational institutions.

**Conclusion.** It is recommended to take into account functional gastrointestinal disorders in the complex therapy of children with ASD.

**Keywords:** autism spectrum disorder, functional gastrointestinal disorders, children.

Стаття надійшла до редакції 04.05.2018 р.

МАТУСОВА Мирослава Олександрівна, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, Україна; e-mail: miramatusova@gmail.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович, к.мед.н., с.н.с., завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: martenkovsky\_urisfpda@ukr.net

МАТУСОВА Мирослава Александровна, аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (УНДИ ССПН МЗ Украины), г. Киев, Украина; e-mail: miramatusova@gmail.com

МАРЦЕНКОВСКИЙ Игорь Анатольевич, к.мед.н., с.н.с., заведующий отделом психических расстройств детей и подростков УНДИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: martenkovsky\_urisfpda@ukr.net

MATUSOVA Myroslava Oleksandrivna, PhD-student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv, Ukraine; e-mail: miramatusova@gmail.com

MARTSENKOVSKY Igor Anatoliyovich, MD, PhD, Head of the Department of Mental disorders of Child and Adolescent Psychiatry of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: martenkovsky\_urisfpda@ukr.net

О. В. Самойлова

ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКІВ РОЗВИТКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ  
У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

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

exses@email.ua

**Ключові слова:**діти, розлади адаптації,  
вимушені переселенці,  
аутоагресія.

**Актуальність.** Поширеність розладів адаптації, що виникають внаслідок дії психотравмуючих ситуацій, у популяції складає до 21 %. Діти є однією з груп, найуразливіших до дії психотравми, оскільки в них неповністю сформовані психічна та нервова сфери, а також невисокий рівень вольового контролю емоційних реакцій, що може призвести в результаті до аутоагресивних дій, в тому числі до суїциду.

**Мета** – визначити ризики розвитку аутоагресивної поведінки у дітей з родин вимушених переселенців.

**Матеріали та методи.** Обстежено 66 дітей з ознаками розладів адаптації із родин вимушених переселенців. Використовували клініко-психопатологічний, патопсихологічний методи, а також методи статистичної обробки отриманих даних. Діагностику суїцидального ризику у дітей з розладами адаптації із родин вимушених переселенців проводили за «Шкалою оцінки суїцидального ризику А. Г. Шмельова» (адаптація Т. М. Разуваєвої).

**Результати.** У обстежених дітей виявили домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем з гострим уявленням будь-якої неспроможності й проявами негативної концепції та ворожості навколишнього світу; встановили афективну фіксацію на будь-яких невдачах; констатували наявність низького рівня антисуїцидального фактора.

**Висновки.** Діти з ознаками розладів адаптації із родин вимушених переселенців потребують психотерапевтичного втручання з метою профілактики розвитку аутоагресивної поведінки.

**Актуальність.** Переживання людиною життєво небезпечних подій призводить до різних негативних медичних та соціально-психологічних наслідків [1]. Найбільш травмуючі з них – бойові події, терористичні акти, насильство над особистістю тощо. Більш за все при розвитку таких ситуацій страждають психічний стан здоров'я людини, рівень якості її життя та соціально-психологічне благополуччя. Симптоматична картина розвитку психопатології в осіб, які зазнали дії вищезгаданих травматичних подій, представлена досить великим розмаїттям різноманітних за своєю структурою розладів – від психологічних реакцій та хворобливих станів до клінічно виражених форм психопатології [2]. Найбільше серед них поширені розлади адаптації (РА), які за кодуванням МКХ-10 належать до групи реакцій на тяжкий стрес та порушення адаптації (F43).

Згідно з численними світовими та вітчизняними дослідженнями, поширеність РА в популяції варіює від 1,0 до 21,0 %, що різні автори пояснюють труднощами діагностики, значним поліморфізмом клініко-психопатологічних проявів, використанням різних методичних підходів тощо [3–8].

На різних етапах життя людини реакція на психологічну травму проявляється по-різному: для підлітків характерні відраза, сором, почуття провини, недовіра, амбівалентні почуття стосовно дорослих, сексуальні порушення, несформованість соціальних ролей і своєї ролі в родині, почуття власної непотрібності; в поведінці наявні спроби суїциду, втечі з дому, агресивна поведінка, уникнення тілесної та емоційної інтимності, непослідовність і суперечливість поведінки [9]. Якщо діти можуть відображати психотравмуючі події у грі, то підлітки, більш імовірно, беруть участь у травмуючому відтворенні пережитих подій, вони включають аспекти психотравми в своє щоденне життя. Підлітки більш імпульсивно, ніж молодші діти або дорослі, показують агресивні реакції поведінки [9].

Надто вразливою групою для дії психотравмуючої ситуації є діти [10]. Неповна сформованість їх психіки, невисокий рівень вольового контролю емоційних

Надто вразливою групою для дії психотравмуючої ситуації є діти [10]. Неповна сформованість їх психіки, невисокий рівень вольового контролю емоційних

реакцій викликають у них більш тяжку реакцію на дію психотравмуючої ситуації [11, 12]. Під її дією виникають порушення сну, емоційно-вегетативні розлади, досить висока психічна напруженість, які, зрештою, призводять до таких проявів як стійке порушення поведінки, делінквентна поведінка, низька успішність, конфліктність на усіх рівнях, порушення дисципліни тощо.

Нетиповість поведінки таких дітей та викликане цим неприйняття їх у соціальному середовищі викликають у них ще більшу агресію та аутоагресію та підсилюють їх медико-соціальну і психологічну дезадаптацію [13].

**Мета даної роботи** – визначити ризики розвитку аутоагресивної поведінки у дітей з родин вимушених переселенців.

## Матеріали та методи дослідження

Обстежено 66 дітей з ознаками РА із родин вимушених переселенців віком 7–18 років, середній вік склав  $10,32 \pm 0,09$  років. Дослідження було проведено на базі диспансерного відділення Лисичанської обласної психіатричної лікарні м. Лисичанськ у період 2014–2016 рр. Серед контингенту дітей з РА із родин вимушених переселенців було 32 дитини, що мали діагноз пролонгованої депресивної реакції, обумовленої РА (F43.21), та 34 дитини з діагнозом змішаної тривожної та депресивної реакції (F43.22).

Ми використовували клініко-психопатологічний, патопсихологічний методи, а також методи статистичної обробки отриманих даних. Суїцидальний ризик у дітей з розладами адаптації із родин вимушених переселенців оцінювали за «Шкалою оцінки суїцидального ризику А. Г. Шмельова» (адаптація Т. М. Разуваєвої).

Діагностика суїцидального ризику в дітей з проявами РА у наш час надзвичайно важлива з огляду на загальний підвищений рівень психічної напруги населення. З проблемами суїцидальних намірів може зіткнутися будь-який фахівець, що працює з дітьми, будь-то дитячий психіатр, родинний консультант, психолог-вихователь (який працює з проблемними дітьми або зайнятий питаннями адаптації до діяльності в екстремальних умовах і реабілітації після психотравматичного стресу) тощо. За допомогою вказаної експрес-методики можливі виявлення наявності і ступеня суїцидального ризику, а також діагностика рівня сформованості суїцидальних намірів з метою запобігання явним спробам суїциду.

Опитувальник суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої включає 29 питань. Час тестування складає 10–15 хвилин. Можливе проведення тестування індивідуально або у групі. Оцінюють дев'ять субшкальних діагностичних концептів (демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, тимчасова перспектива, антисуїцидальний фактор), за кожним з яких підраховують суму позитивних відповідей. Отриманий бал урівнюється у своєму значенні з урахуванням присвоєного індексу (табл. 1). У результаті отримують показник, який свідчить про загальний рівень сформованості суїцидальних намірів і наявність конкретних факторів суїцидального ризику.

Остаточні результати тестування виражають у відсотках і оцінюють наступним чином:

Таблиця 1. Опитувальник суїцидального ризику А. Г. Шмельова в модифікації Т. М. Разуваєвої

| Субшкальний діагностичний коефіцієнт | Номери суджень            | Індекс |
|--------------------------------------|---------------------------|--------|
| Демонстративність                    | 12, 14, 20, 22, 27        | 1, 2   |
| Афективність                         | 1, 10, 20, 23, 28, 29     | 1, 1   |
| Унікальність                         | 1, 12, 14, 22, 27         | 1, 2   |
| Неспроможність                       | 2, 3, 6, 7, 17            | 1, 5   |
| Соціальний песимізм                  | 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25 | 1      |
| Злам культурних бар'єрів             | 8, 9, 18                  | 2, 3   |
| Максималізм                          | 4, 16                     | 3, 2   |
| Тимчасова перспектива                | 2, 3, 12, 24, 26, 27      | 1, 1   |
| Антисуїцидальний фактор              | 19, 21                    | 3, 2   |

0 % – тенденція відсутня;

1–20 % – низький рівень суїцидального ризику;

21–40 % – знижений рівень суїцидального ризику;

41–60 % – середній рівень суїцидального ризику;

61–80 % – підвищений рівень суїцидального ризику;

81–100 % – високий рівень суїцидального ризику.

## Результати та їх обговорення

При обробці матеріалу, отриманого в результаті дослідження дітей з РА із родин вимушених переселенців з використанням опитувальника суїцидального ризику, ми виявили, що загалом обстежена когорта дітей, як свідчать показники шкали демонстративності ( $34,66 \pm 0,14$  балів – знижений рівень), має бажання привернути увагу оточуючих до свого лиха, домогтися співчуття і розуміння (табл. 2). Така поведінка, з зовнішньої позиції, певною мірою оцінюється як «шантаж», тоді як зсередини демонстративна суїцидальна поведінка переживається як «крик про допомогу». У хлопців та дівчат показник демонстративності виявився майже однаковим –  $34,57 \pm 0,22$  і  $34,74 \pm 0,18$  балів відповідно; так само як і в міських ( $34,43 \pm 0,21$  балів) та сільських дітей ( $34,88 \pm 0,19$  балів). Діти віком 11–14 років більшою мірою схильні до демонстративності ( $35,03 \pm 0,23$  балів), ніж діти 7–10 років ( $34,69 \pm 0,24$  балів) та 15–18 років ( $34,08 \pm 0,25$  балів).

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

Отримані дані за шкалою унікальності (індекс  $23,09 \pm 0,26$  балів – знижений рівень) свідчать про те, що діти – вимушені переселенці з РА сприймають себе, психотравмуючу ситуацію, і, можливо, власне життя в цілому як явище виняткове, не схоже на інше, яке передбачає виняткові варіанти виходу з різних ситуацій, аж до суїциду. Показники унікальності були вираженіші у дівчаток ( $22,84 \pm 0,21$  балів) та дітей віком 7–10 ро-

Таблиця 2. Вираженість субшкальних діагностичних концептів при оцінці суїцидальних ризиків у дітей з розладами адаптації з родин вимушених переселенців, бали

| Групи дітей     | Склад субшкальних діагностичних концептів (%) $\bar{X} \pm \text{mp}$ |                                        |                                        |                                        |                                        |                                        |                                       |                                        |                                       |                                        |                                        |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
|                 | абс.                                                                  | демонстративність                      | афективність                           | унікальність                           | неспроможність                         | соціальний песимізм                    | злам культурних бар'єрів              | максималізм                            | тимчасова перспектива                 | антисуїцидальний фактор                | інтегральний тестовий показник         |
| Хлопчики        | 31                                                                    | 34,57<br>$\pm 0,22$                    | 48,20<br>$\pm 0,25$                    | 22,32<br>$\pm 0,24$                    | 34,97<br>$\pm 0,20$                    | 29,00<br>$\pm 0,32$                    | 9,07<br>$\pm 0,23$                    | 26,75<br>$\pm 0,25$                    | 9,57<br>$\pm 0,24$                    | 16,18<br>$\pm 0,34$                    | 25,63<br>$\pm 0,08$                    |
| Дівчатка        | 35                                                                    | 34,74<br>$\pm 0,18$                    | 48,16<br>$\pm 0,25$                    | 22,84<br>$\pm 0,21$                    | 34,93<br>$\pm 0,21$                    | 29,37<br>$\pm 0,30$                    | 9,19<br>$\pm 0,21$                    | 27,06<br>$\pm 0,25$                    | 9,46<br>$\pm 0,20$                    | 16,55<br>$\pm 0,27$                    | 25,80<br>$\pm 0,08$                    |
| 7–10 років      | 24                                                                    | 34,69<br>$\pm 0,24$                    | 48,72<br>$\pm 0,29$                    | 22,72<br>$\pm 0,27$                    | 34,68<br>$\pm 0,23$                    | 28,91<br>$\pm 0,36$                    | 8,91<br>$\pm 0,25$                    | 26,80<br>$\pm 0,27$                    | 9,71<br>$\pm 0,26$                    | 16,56<br>$\pm 0,36$                    | 25,79<br>$\pm 0,09$                    |
| 11–14 років     | 24                                                                    | 35,03<br>$\pm 0,23$                    | 47,66<br>$\pm 0,31$                    | 22,42<br>$\pm 0,27$                    | 34,92<br>$\pm 0,24$                    | 29,02<br>$\pm 0,36$                    | 9,54<br>$\pm 0,27$                    | 26,85<br>$\pm 0,30$                    | 9,44<br>$\pm 0,25$                    | 16,14<br>$\pm 0,35$                    | 25,66<br>$\pm 0,09$                    |
| 15–18 років     | 17                                                                    | 34,08<br>$\pm 0,25$                    | 48,13<br>$\pm 0,33$                    | 22,67<br>$\pm 0,28$                    | 35,37<br>$\pm 0,29$                    | 29,88<br>$\pm 0,45$                    | 8,87<br>$\pm 0,29$                    | 27,18<br>$\pm 0,36$                    | 9,32<br>$\pm 0,32$                    | 16,45<br>$\pm 0,45$                    | 25,72<br>$\pm 0,11$                    |
| Сільські діти   | 24                                                                    | 34,88<br>$\pm 0,19$                    | 47,30<br>$\pm 0,25$                    | 22,81<br>$\pm 0,22$                    | 34,99<br>$\pm 0,20$                    | 28,82<br>$\pm 0,31$                    | 9,20<br>$\pm 0,22$                    | 26,73<br>$\pm 0,24$                    | 9,67<br>$\pm 0,21$                    | 16,34<br>$\pm 0,30$                    | 25,65<br>$\pm 0,07$                    |
| Міські діти     | 32                                                                    | 34,43<br>$\pm 0,21$                    | 49,09<br>$\pm 0,23$                    | 22,37<br>$\pm 0,22$                    | 34,90<br>$\pm 0,21$                    | 29,59<br>$\pm 0,30$                    | 9,07<br>$\pm 0,22$                    | 27,11<br>$\pm 0,26$                    | 9,35<br>$\pm 0,23$                    | 16,42<br>$\pm 0,32$                    | 25,81<br>$\pm 0,09$                    |
| <b>У цілому</b> | <b>66</b>                                                             | <b>34,66<br/><math>\pm 0,14</math></b> | <b>47,91<br/><math>\pm 0,21</math></b> | <b>23,09<br/><math>\pm 0,26</math></b> | <b>34,73<br/><math>\pm 0,18</math></b> | <b>29,34<br/><math>\pm 0,22</math></b> | <b>9,54<br/><math>\pm 0,22</math></b> | <b>26,69<br/><math>\pm 0,21</math></b> | <b>9,83<br/><math>\pm 0,20</math></b> | <b>16,34<br/><math>\pm 0,22</math></b> | <b>25,54<br/><math>\pm 0,10</math></b> |

ків ( $22,72 \pm 0,27$  балів), ніж у хлопців ( $22,32 \pm 0,24$  балів) та дітей віком 11–14 ( $22,42 \pm 0,27$  балів) й 15–18 років ( $22,67 \pm 0,28$  балів). Більш «винятковими» себе вважають діти із сільської місцевості ( $22,81 \pm 0,22$  балів), тоді як у міських дітей показник є меншим –  $22,37 \pm 0,22$  балів.

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

Згідно із шкалою соціального песимізму ( $29,34 \pm 0,22$  балів – знижений рівень), у дітей із досліджуваної групи з РА домінує негативна концепція навколишнього світу. Вони сприймають навколишній світ як ворожий, що не відповідає їх уявленням про нормальні або задовільні для людини стосунки з оточуючими. Їх поведінку можна охарактеризувати висловом «Ви усі недостойні мене». Такі уявлення більше характерні для дітей, що мешкають в умовах міста ( $29,59 \pm 0,30$  балів), порівняно з сільськими дітьми ( $28,82 \pm 0,31$  балів); діти віком 11–14 та 15–18 років проявляють дані тенденції практично однаковою мірою – показники шкали  $29,02 \pm 0,36$  і  $29,88 \pm 0,45$  балів відповідно. При цьому до соціального песимізму практично однаково схильні як хлопці ( $29,0 \pm 0,32$  балів), так і дівчата ( $29,37 \pm 0,30$  балів).

Найменші показники у дітей із родин вимушених переселенців з РА спостерігали за шкалою «злам культурних бар'єрів» ( $9,54 \pm 0,22$  балів – низький рівень). Це свідчить про те, що у обстежених дітей-переселенців з РА недостатньо розвинений механізм пошуку культурних цінностей і нормативів, що виправдовує їх суїцидальну поведінку або наявність запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури і кіно. Вивчаючи гендерні особливості ми прийшли до висновку, що дівчата схильні до вищевказаного дещо більше ( $9,19 \pm 0,21$  балів), ніж хлопці ( $9,07 \pm 0,23$  балів); сільські діти ( $9,20 \pm 0,22$  балів) частіше, ніж міські ( $9,07 \pm 0,22$  балів); діти віком 11–14 років ( $9,54 \pm 0,27$  балів) порівняно з 7–10 ( $8,91 \pm 0,25$  балів) та 15–18-річними ( $8,87 \pm 0,29$  балів).

Показник за шкалою максималізму у обстежених дітей – вимушених переселенців з РА, склав  $26,69 \pm 0,21$  балів (знижений рівень). Цей показник свідчить про наявність у обстежених інфантильного максималізму ціннісних установок та афективну фіксацію на будь-яких невдачах. Ці прояви більше домінують у дівчат ( $27,06 \pm 0,25$  балів), порівняно з хлопцями ( $26,75 \pm 0,25$  балів), та у сільських дітей ( $26,73 \pm 0,24$  балів), порівняно з міськими ( $27,11 \pm 0,26$  балів). Неможливість компенсації вищевказаного є головною ознакою для дітей віком 15–18 років ( $27,18 \pm 0,36$  балів).

Показники за шкалою тимчасової перспективи загалом фіксувалися на невисоких рівнях і склали  $9,83 \pm 0,20$  балів, що вказує на наявність у обстежених дітей – переселенців з РА неможливості конструктивного планування свого майбутнього внаслідок трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок в майбутньому. Хлопці неспроможні до конструктивного планування

майбутнього ( $9,57 \pm 0,24$  балів) більшою мірою, ніж дівчата ( $9,46 \pm 0,20$  балів). Показник тимчасової перспективи вищий у сільських дітей ( $9,67 \pm 0,21$  балів) та у дітей віком 7–10 років ( $9,71 \pm 0,26$  балів).

При цьому, навіть при досить високих показниках за усіма іншими субшкальними концептами, є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Мова йде про глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких та почуття обов'язку, уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичність та страх болю й фізичних страждань. У певному сенсі даний напрям є основою передумов для психокорекційної роботи із цим контингентом дітей. Загалом у обстежених дітей він складає  $16,34 \pm 0,22$  балів, що відповідає низькому рівню. Переважає показник антисуїцидального фактора у дівчаток ( $16,55 \pm 0,27$  балів), міських дітей ( $16,42 \pm 0,32$  балів) та у дітей віком 7–10 років ( $16,56 \pm 0,36$  балів).

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

Проаналізувавши ступінь взаємозв'язку серед субшкальних діагностичних концептів опитувальника суїцидального ризику ми встановили наявність прямого

середнього рівня впливу на інтегральний тестовий показник суїцидального ризику наступних складових: соціальний песимізм (коефіцієнт кореляції  $0,5065$ ;  $p < 0,05$ ), злам культурних бар'єрів (коефіцієнт кореляції  $0,3220$ ;  $p < 0,05$ ), тимчасова перспектива (коефіцієнт кореляції  $0,3235$ ;  $p < 0,05$ ) та загальний антисуїцидальний фактор (коефіцієнт кореляції  $0,4143$ ;  $p < 0,05$ ), що свідчить про досить високий рівень впливу на виникнення суїцидального ризику сприйняття негативної концепції навколишнього світу, його «ворожості»; виправдання суїцидальної поведінки завдяки пошуку певних культурних цінностей і нормативів в навколишньому середовищі і неможливості конструктивного планування свого майбутнього (табл. 3).

Варто зазначити, що у обстежених дітей – вимушених переселенців з РА наявний фактор, що знімає глобальний суїцидальний ризик і корелює з інтегральним тестовим показником суїцидального ризику, – почуття відповідальності за близьких та оточуючих, усвідомлення гріховності самогубства та його антиестетичності, страх болю та фізичних страждань.

## Висновки

1. За результатами дослідження наявності суїцидального ризику констатована наявність у обстежених дітей з розладами адаптації із родин вимушених переселенців бажання привернути увагу оточуючих до своєї проблеми,

Таблиця 3. Кореляційна матриця субшкальних діагностичних концептів у дітей – вимушених переселенців з РА

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

Примітка: \* –  $p < 0,05$ .

домогтися співчуття і розуміння (шкала демонстративності  $34,66 \pm 0,14$  балів); наявність домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем (шкала афективності  $47,91 \pm 0,21$  балів) з гострим уявленням будь-якої неспроможності (шкала неспроможності  $34,73 \pm 0,18$  балів) і проявами негативної концепції та ворожості навколишнього світу (шкала соціального песимізму  $29,34 \pm 0,22$  балів).

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

3. Констатована наявність у обстежених дітей з розладами адаптації із родин вимушених переселенців низького рівня антисуїцидального фактора ( $16,34 \pm 0,22$ ), що є передумовою необхідності включення психокорекційної роботи з цим контингентом з боку психологів, реабілітологів та освітніх працівників.

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

## Список використаної літератури

1. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. – 2014. – № 7–8 (113–114). – С. 57–58.
2. Бундало Н. Л. Свидетельство № 2007614806 Заявка 2007614089 от 18.10.2007, МПК А 61 І 5/16 Программа для ЭВМ «Комплексная диагностика хронического посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), диссоциативных расстройств и психологического состояния личности «ПТСРпси-ПРО» / Н. Л. Бундало // Бюлл. Изобретения. Полезные модели. – 2008. – № 1 (62). – С. 149.
3. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О. С. Антипова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т. 14, № 6. – С. 22–27.
4. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
5. Маркова М. В. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми / М. В. Маркова, Г. С. Росінський // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 1 (94). – С. 78–82.
6. Хаустов М. М. Медико-психологічна підтримка студентів медиків при виникненні дезадаптивних реакцій та станів / М. М. Хаустов // ScienceRise: Medical Science. – 2018. – № 2 (22). – С. 27–30. DOI: 10.15587/2519-4798.2018.124867.
7. Шифнер Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2011. – Т. 18, № 4. – С. 64–66.
8. Jounger M. Adjustment disorders – nosological state and treatment options / M. Jounger, K. Frasch, T. Becker // Psychiatr Prax. – 2008. – Vol. 35, issue 5. – P. 219–225.

9. Бундало Н. Л. Особенности агрессии у детей при ПТСР / Н. Л. Бундало, А. А. Курицына // Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья материнства и детства : Матер. региональной науч.-практич. конф. – Томск, 2007. – С. 29–34.
10. Подростковая медицина : руководство. 2-е изд. : под ред. Л. И. Левиной, А. М. Куликова. – СПб. : Питер, 2006. – 544 с.
11. Особливості посттравматичних стресових розладів серед дитячого й дорослого контингенту / В. І. Пономарьов, М. М. Міщенко, О. М. Міщенко, А. О. Суворова-Григорів / Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії : зб. матеріалів, доповідей Всеукраїнської наук.-практич. конф., м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь : ДонДУУ, 2018. – С. 62–65.
12. Анамат К. Е. Соціально-психологічна допомога дітям з числа внутрішньо переміщених осіб у середній школі / К. Е. Анамат // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії : зб. матеріалів, доповідей Всеукраїнської наук.-практич. конф., м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь : ДонДУУ, 2018. – С. 175–177.
13. Петрова Е. Ю. Как предупредить негативные последствия стресса у детей / Е. Ю. Петрова, Е. В. Самсонова. – М.: Академия, 2010. – 128 с.

## References

1. Tsykhonia, V. (2014) Pam'iatka pro posttravmatychnyi stresovyi rozlad [A memo about post-traumatic stress disorder]. *Mystetstvo likuvannya – The art of treatment*, no. 7–8 (113–114), pp. 57–58. (In Ukrainian).
2. Bundalo, N. L. (2008). Svidetelstvo 2007614806 Zaiavka 2007614089 ot 18.10.2007 MPK A 61 I 5/16 Programma dlia EVM "Kompleksnaia diagnostika khronicheskogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva PTSD dissotsiativnykh rasstroistv i psikhologicheskogo sostoianniia lichnosti "PTSRpsi-PRO" [Certificate № 2007614806 Application 2007614089 from October 18, 2007, IPC A 61 and 5/16 Program for computers "Complex diagnostics of chronic post-traumatic stress disorder (PTSD), dissociative disorders and psychological state of personality "PTSDpsy-PRO"]. *Izobretenia. Poleznye modeli – Inventions. Useful models*, no. 1 (62), pp. 149. (In Russian).
3. Antipova, O. S. (2012). Rasstroistva adaptatsii sovremennye podkhody k diagnostike i terapii [Adaptation disorders: modern approaches to diagnosis and therapy]. *Psikhiatriia i psikhofarmakoterapiia – Psychiatry and psychopharmacotherapy*, vol. 14, no. 6, pp. 22–27. (In Russian).
4. Krasnov, V. N. (2011). *Rasstroistva affektivnogo spektra* [Affective spectrum disorders]. Moscow: Prakticheskaja medicina, 432 p. (In Russian).
5. Markova, M. V., & Rosinskyi, G. S. (2018). Porushennia zdorov'ia sim'i demobilizovanykh viiskovosluzhbovtiv – uchasnkyv ATO: psykhopatolohichniy, psykholohichniy, psykhosotsialnyi i simeinyi vymiry problemy [Deterioration of the health of families of demobilized soldiers participating in the ATO: psychopathological, psychological, psychosocial and family dimensions of the problem]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiy – Ukrainian journal psychoneurology*, vol. 26, issue 1 (94), pp. 78–82. (In Ukrainian).
6. Khaustov, M. M. (2018). Medyko-psykholohichna pidtrymka studentiv medykiv pry vynyknenni dezadaptivnykh reaktsii ta staniv [Medico-psychological support of medical students in case of maladaptive reactions and conditions]. *ScienceRise: Medical Science*, no. 2 (22), pp. 27–30. DOI: 10.15587/2519-4798.2018.124867. (In Ukrainian).
7. Shifner, N. A., Bobrov, A. E., & Kulygina, M. A. (2011). Kliniko-dinamicheskaja kharakteristika rasstroistv adaptatsii u studentov [Clinicodynamic aspects of adjustment disorders among students]. *Uchenye zapiski SPbGIMU im. akad. I. P. Pavlova – Record of IPP-SPSMU*, vol. 18, no. 4, pp. 64–66. (In Russian).
8. Jounger, M., Frasch, K., & Becker, T. (2008). Adjustment disorders – nosological state and treatment options. *Psychiatr Prax.*, vol. 35, issue 5. – P. 219–225.
9. Bundalo, N. L., & Kuricyna, A. A. (2007). Osobennosti agressii u detej pri PTSD [Features of aggression in children with PTSD]. In *Clinical and biological problems of mental health of motherhood and childhood*. Paper presented at the Proceedings of the regional scientific-practical conference. Tomsk, Russia (pp. 29–34). (In Russian).
10. Levina, L. I., & Kulikova, A. M. (Eds.). (2006). *Podrozkovaja medicina: rukovodstvo* [Adolescent Medicine: A Guide]. SPb.: Piter, 544 p. (In Russian).
11. Ponomarov, V. I., Mishchenko, M. M., Mishchenko, O. M., & Suvorova-Hryhorovych, A. O. (2018, February 28). Osoblyvosti posttravmatychnykh stresovykh rozladiv sered dytyachoho y dorosloho kontynhentu [Features of post-traumatic stress disorder among children and adolescent contingents]. In *Psychosocial support for people with traumatic war: international experience and Ukrainian realities*. Paper presented at the Proceedings of the All-Ukrainian scientific-practical conference, Mariupol, Ukraine (pp. 62–65). Mariupol: DonDUU. (In Ukrainian).
12. Anamat, K. Ye. (2018, February 28). Sotsialno-psykholohichna dopomoha ditiam z chysla vnutrishno peremishchenykh osib u serejni shkoli [Socio-psychological assistance to children from internally displaced persons in high school]. In *Psychosocial support for people with traumatic war: international experience and Ukrainian realities*. Paper presented at the Proceedings of the All-Ukrainian scientific-practical conference, Mariupol, Ukraine (pp. 175–177). Mariupol: DonDUU. (In Ukrainian).
13. Petrova, E. Iu., & Samsonova, E. V. (2010). *Kak predupredit negativnye posledstviia stressa u detei* [How to prevent the negative consequences of stress in children]. Moscow: Akademiia, 128 p. (In Russian).

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКОВ РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Е. В. Самойлова

**Актуальность.** Распространенность расстройств адаптации, возникающих вследствие действия психотравмирующих ситуаций, в популяции составляет до 21 %. Дети являются одной из наиболее уязвимых групп для воздействия психотравмы, так как у них психическая и нервная системы сформированы не полностью, а также невысокий уровень волевого контроля эмоциональных реакций, что в результате может привести к аутоагрессивным действиям, в том числе к суициду.

**Цель исследования** – определить риски развития аутоагрессивного поведения у детей из семей вынужденных переселенцев.

**Материалы и методы.** Обследовано 66 детей из семей вынужденных переселенцев с признаками расстройств адаптации. Использовали клинико-психопатологический, психопсихологический методы, а также методы статистической обработки полученных данных. Диагностику суицидального риска у детей с расстройствами адаптации из семей вынужденных переселенцев проводили по «Шкале оценки суицидального риска А. Г. Шмелева» (адаптация Т. М. Разуваевой).

**Результаты.** Обследованные дети обнаруживали доминирование эмоциональной составляющей над интеллектуальным контролем с острым представлением любой несостоятельности и проявлениями негативной концепции и враждебности окружающего мира; установлено аффективную фиксацию на любых неудачах; констатировано наличие низкого уровня антисуицидального фактора.

**Выводы.** Дети с признаками расстройств адаптации из семей вынужденных переселенцев нуждаются в психотерапевтической коррекции с целью профилактики развития аутоагрессивного поведения.

**Ключевые слова:** дети, расстройства адаптации, вынужденные переселенцы, аутоагрессия.

## DETERMINATION OF THE RISKS OF SUICIDAL BEHAVIOR DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH ADAPTATION DISORDERS

O. V. Samoilova

**Background.** Adaptation disorders occur due to the action of psychotraumatic situations, their prevalence in the population is up to 21%. Children are the most vulnerable group for the impact of psychotrauma, because they have immature mental and nervous systems, as well as a low level of volitional control of emotional reactions. This as a result can lead to aggressive actions, including suicide.

**Objective:** to determine the risks of development of autoaggressive behavior in children from families of internally displaced persons.

**Materials and methods.** We examined 66 children from families of internally displaced persons with signs of adaptation disorders. We used a clinical-psychopathological, pathopsychological method, as well as methods of statistical processing of the obtained data. Diagnosis of suicidal risk in children with adaptation disorders from families of IDPs was carried out according to the "Scale of suicidal risk assessment of A.G. Shmeleva" (adaptation of T.M. Razuvaeva).

**Results.** In the children that we examined, we found the dominance of the emotional component over intellectual control with sharp notions of any failure and manifestations of the negative concept and hostility of the surrounding world; we found an affective fixation on any setbacks; we also found the presence of a reduced level of anti-suicidal factor.

**Conclusions.** Children with signs of adjustment disorders from families of IDPs need psychotherapeutic correction to prevent the development of autoaggressive behavior.

**Keywords:** children, adaptation disorders, forced migrants, autoaggression.

*Стаття надійшла до редакції 20.04.2018 р.*

**САМОЙЛОВА Олена В'ячеславівна**, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології і медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: exses@email.ua

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

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

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

UDC [616.891+159.955.4]:37-057.86

S. I. Tabachnikov<sup>1</sup>, N. O. Mykhalchuk<sup>2</sup>, Ye. M. Kharchenko<sup>1</sup>

## EMPIRICAL RESEARCH OF THE STRUCTURE OF PROFESSIONAL REFLECTION OF TEACHERS

<sup>1</sup>Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry  
and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine<sup>2</sup>Rivne State University of the humanities, Ukraine

tabachnikov1940@ukr.net

**Background.** The current social situation in Ukraine demands the researches of objective and subjective conditions that determine the professional development of teachers in general and the development of their professional reflection in particular, which are related to the real system of professional training of students at higher school.

**Objective** – to analyze the reflection as one of the psychological mechanisms of self-control, which, in turn, ensures the personal growth of a future teacher.

**Materials and methods.** There were analyzed the results which had been obtained for the component «experience of reflection» of teachers (128 teachers of Rivne State University of the Humanities were participated in the empirical part of the research. The research lasted during 2017). Methods of the research – analytical, empirical, statistical.

**Results.** The authors of the article identified four levels of professional self-determination of the first-year students who studied at higher school: 1) a high level of professional self-determination is the manifestation of a multi-component professional motive; the presence of a clear idea of the image of a teacher with a lot of professionally relevant qualities; the development of objective self-esteem, active and positive attitude to the profession and the purpose of studying at a higher school – at last to become a professional teacher. Students with a high level of professional self-determination formed a group of «well-professionally oriented» students; 2) middle (potential) level of professional self-determination – the manifestation of two-component professional motive (stable desire to become a teacher, the ability to work with people); the development of active and positive attitude towards the profession and the purpose of studying at a higher educational institution to become a teacher of a foreign language. Students with a potential level of self-determination were classified as «professionally oriented»; 3) low level of professional self-determination – the manifestation of one-component professional motive (the desire to become a teacher), which in its content – amorphous, unstable, because in its basis – only the emotional attitude to the profession («like – do not like»); the perception of the pedagogical profession is superficial, fragmented, and, as a result, passive-positive attitude to the profession and objectives of studying at a higher educational establishment. Students with a low level of self-determination made up a group of «weakly professionally oriented»; 4) very low level of professional self-determination – manifestation of uncertain attitude to the profession, self-restraint from it; motives and goals of entering higher educational institutions can be regarded as emotionally cognitive-orientated («just interesting», «may be like», «try»). These students formed a group of «professionally non-oriented» ones.

**Conclusions.** Subjective conditions that influence the development of professional reflection of future teachers of a foreign language were such as: professional orientation of the person in his/her future activity; the development of intellectual abilities; students' activity in their professional development and mastering of professional reflection.

**Keywords:** professional reflection, professional development, professional training, professional self-determination, professionally relevant qualities, mastering of professional reflection, professional motive.

**Background.** The actual approach of updating reflection is especially relevant for those professions where the theoretical foundations of such an approach remain inadequately developed. Practicing teachers in such a situation have to look not

only for solving a certain problem, but also to choose a strategy for its solution, or to create their own original concept, based on their own experience and available theoretical and experimental research.

To a large extent, these problems are characteristics of the professional systems of «man-man», a distinctive feature of which is a rich psychological background that impedes any technological regulation of pedagogical activity. In these circumstances, reflection as a quality of a person, as the ability of a teacher to integrate his/her own experience, theoretical knowledge and research approach, in order to find the optimal solution to ambiguous practical problems and situations of cognitive dissonance, becomes an indicator of high professionalism, which, in our opinion, must be inherent rationality and humanity.

According to these, the study of the conditions and means of the development of the professional reflection of future specialists, the development of methods for teachers' purposeful development become especially relevant.

We consider pedagogical activity a reflective process by its nature. If we consider the pedagogical process in the context of «the subject-subjective paradigm» [1, 2], the effect of teachers' influence on students is greatly enhanced by reflexive processes. In such a way we consider reflexive management as the main, central process of the pedagogical activity. The regulatory function of reflection, its influence on the relationship between the teacher and the students and the style of pedagogical activity were studied by us as a type of reflection that is characterized in pedagogical activity and communication as a socially perceptual reflection, under which we understand rethinking, checking our own ideas about the development of children's person. The disorientation of social-perceptual reflection we mean as a cause of destructive relations in the system of «a teacher – a student».

That's why reflection is considered by us as a professionally important quality of the person, which forms the basis for the formation of the social-perceptual and communicative skills of a teacher. Also reflection determines the level of his/her professional self-consciousness. In order to develop a pedagogical reflection we consider reflection as a psychological mechanism of professional self-knowledge of students at the process of studying at the pedagogical university.

**Objective.** So, we'll analyze the reflection as one of the psychological mechanisms of self-control, which, in turn, ensures the personal growth of a future teacher. From this point of view we determine the relationship between the logical and emotional levels of pedagogical reflection, methods and techniques of the development of reflection. In general, it was proved by us that knowledge of the conditions and features of the functioning of the reflection of teachers at the initial stage of adaptation to pedagogical activity were contributed to the improvement of psychological and pedagogical teachers' training. Also we developed and tested the program of the development of reflection among students-teachers through the means of social and psychological training, which was considered by the authors of that article as a method of organized process of the development of reflection in subject-subject communication.

## Materials and methods of research

We have the purpose to analyze the results we obtained for the component «experience of reflection» of teachers (128 teachers of Rivne State University of the Humanities were participated in the empirical part of the research. The research lasted during 2017). For experimental research we used the

following methods and techniques: the method «Who am I?», developed by M. Kun; a questionnaire «My Way to the Profession», developed by M. Yu. Varban; a reflexive way of writing essays. To do this, we offered students the themes of the essays: «How do I imagine my future life» and «My own results, achievements in education and the way to reach professionalism»; a technique «A pyramid of professional growth», proposed by M. Yu. Varban on the basis of the model of professional stratification of P. Sorokin; standardized self-replication questionnaire by V. V. Stolin; a scale «My own view of myself now» proposed by E. Erickson; a questionnaire developed by us to detect the imposition of future psychologists; a method of unfinished sentences by N. Tolstykh; a questionnaire developed by us for self-assessment of the person.

So, it was investigated how the topic of professional growth and reflection was relevant for teachers, according to that point of view that their professionalism included important qualities were fallen into the space of actual or potential reflection. At the beginning of our experiment, we considered it was necessary to conduct a micro-study of teachers' judgments about the role of reflection in their professional activity. In order to obtain a more objective assessment of knowledge, we took into account not only the data on the questionnaire, but also the results of our interview, which included a number of questions aimed at clarifying the necessary information (table 1).

So, teachers of different groups have insufficient knowledge about reflection. The teachers expressed the following thoughts: «I did not know what to think about my thoughts» (Olga K., the teacher who works at the university not more than 1 year); «I heard about the reflection for the first time» (Marina V., the teacher who works at the university not more than 1 year); «Never try to forget about your problems» (Mike E., the teacher who works at universities more than 10 years); «I do everything right, I have no problems» (Oksana A., the teacher who works at universities not more than 10 years).

The purpose of the second stage of our experiment was to analyze the conditions that contribute to the development and intensification of professional reflection among teachers. Planning this stage of the research, we proceeded from the fact that the process of the development of professional reflection was a specific part of the professional development of teachers. Professional reflection is influenced by the general – both objective and subjective – conditions and factors of professional development of the person of teachers.

Objective conditions that determine the professional development of teachers in general and the development of their professional reflection in particular, are related to the real system of professional training of students at higher school. To their number we include:

- psychological orientation of professional training;
- the content of the educational process in higher educational institutions;
- unity and interrelation of theoretical and practical aspects of professional training of students at higher school.

These conditions were revealed by the analysis of the educational process of the faculties of foreign languages of Rivne State University of the Humanities (Ukraine). We singled out the subjective conditions that influence the development of professional reflection of future teachers of a foreign language:

Table 1. Results of teachers' judgments about the role of reflection in their professional activity

| No. | Questions                                                                      | Answers (%)                                                 |       |       |                                                              |       |       |                                                              |       |       |                                                           |       |       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------|-------|-------|-----------------------------------------------------------|-------|-------|
|     |                                                                                | The teachers, who work at universities not more than 1 year |       |       | The teachers, who work at universities not more than 5 years |       |       | The teachers who work at universities not more than 10 years |       |       | The teachers, who work at universities more than 10 years |       |       |
|     |                                                                                | *                                                           | **    | ***   | *                                                            | **    | ***   | *                                                            | **    | ***   | *                                                         | **    | ***   |
| 1.  | What is reflection?                                                            | 38,81                                                       | 23,97 | 37,22 | 45,12                                                        | 24,50 | 30,38 | 54,81                                                        | 29,76 | 15,43 | 56,08                                                     | 33,14 | 10,78 |
| 2.  | Explain the role of reflection in the professional activity of a teacher.      | 33,13                                                       | 36,05 | 30,82 | 37,57                                                        | 30,08 | 32,35 | 48,24                                                        | 31,04 | 20,72 | 49,33                                                     | 37,13 | 13,54 |
| 3.  | Outline the problems that your reflective thinking is aimed at.                | 21,18                                                       | 25,19 | 76,76 | 23,49                                                        | 28,16 | 76,42 | 32,02                                                        | 20,13 | 73,65 | 20,14                                                     | 34,53 | 68,43 |
| 4.  | Show the role of reflection in your professional activity.                     | 27,05                                                       | 33,18 | 79,37 | 28,86                                                        | 34,53 | 77,61 | 29,54                                                        | 41,06 | 79,34 | 29,44                                                     | 24,07 | 77,09 |
| 5.  | Can professional reflection accelerate the resolution of problems' situations? | 22,66                                                       | 31,45 | 86,79 | 28,11                                                        | 35,97 | 82,42 | 30,10                                                        | 28,94 | 78,49 | 25,06                                                     | 43,77 | 80,63 |

Notes. \* – full answers; \*\* – not full answers; \*\*\* – fragmentary answers.

- professional orientation of the person in his/her future activity;
- the development of intellectual abilities;
- students' activity in their professional development and mastering of professional reflection.

These conditions were determined by us during the study of the process of professional orientation of students of the first year studying at the faculty of foreign languages; as well as taking into account the fact of professional self-determination in our research, we consider professional self-determination as the main component of the system of the development of professional reflection of future teachers.

According to the degrees of «professional suitability», proposed and described by Yu. N. Kulyutkin [3, pp.22–28] we identified four levels of professional self-determination of the first-year students who studied at higher school:

1. **A high level of professional self-determination** is the manifestation of a multi-component professional motive (the desire to become a teacher of a foreign language, the ability to work with people, to have a great interest in a foreign language and the intention to study it); the presence of a clear idea of the image of a teacher with a lot of professionally relevant qualities; the development of objective self-esteem, active and positive attitude to the profession and the purpose of studying at a higher school – at last to become a professional teacher. Students with a high level of professional self-determination formed a group of «well-professionally oriented» students.

2. **Middle (potential) level of professional self-determination** – the manifestation of two-component professional motive (stable desire to become a teacher, the ability to work with people); the development of active and positive attitude towards the profession and the purpose of studying at a higher educational institution to become a teacher of a foreign language. Students with a potential level of self-determination were classified as «professionally oriented».

3. **Low level of professional self-determination** – the manifestation of one-component professional motive (the desire to become a teacher), which in its content – amorphous, unstable, because in its basis – only the emotional attitude to the profession («like – do not like»); the perception of the pedagogical profession is superficial, fragmented, and, as a result, passive-positive attitude to the profession and objectives of studying at a higher educational establishment.

Students with a low level of self-determination made up a group of «weakly professionally oriented».

4. **Very low level of professional self-determination** – manifestation of uncertain attitude to the profession, self-restraint from it; motives and goals of entering higher educational institutions can be regarded as emotionally cognitive-orientated («just interesting», «may be like», «try»). These students formed a group of «professionally non-oriented» ones.

We identified the professional self-determination of the students using the questionnaire proposed by us (table 2). The data in table 2 show that 13,25 % of the students of group E1, 18,94 % – E2, 15,65 % – K1, 17,37 % – K2, who entered the higher educational institution at the faculty of foreign philology, were well oriented in the sphere of pedagogical profession and the process of mastering it, that is, they have demonstrated a high level of professional self-determination. The average (potential) level of professional self-determination have 24,16 % of students in group E1, 29,38 % – E2, 13,17 % – K1, 21,19 % – K2.

The professional choice of these students is conscious and motivated, personal qualities have the basic requirements of the profession «man – man». On this basis, we assumed that these students had a positive reflexive experience, which was also confirmed at the stage of molding experiment: these students were distinguished by clearly expressed need for self-change and associated activity, as well as the dynamics of their positive personal changes.

Unfortunately, the results of students of experimental and control groups with a low and very low level of professional

Table 2. Distribution of students of experimental and control groups according to their professional levels of self-determination

| Levels of professional self-determination           | Estimates for professional self-determination (in %) |       |       |       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|                                                     | E1                                                   | E2    | K1    | K2    |
| High level (well professionally oriented)           | 13,25                                                | 18,94 | 15,65 | 17,37 |
| Average (potential) level (professionally oriented) | 24,16                                                | 29,38 | 13,17 | 21,19 |
| Low level (poorly professionally oriented)          | 36,18                                                | 39,42 | 34,58 | 41,02 |
| Very low level (professionally non-oriented)        | 26,41                                                | 12,26 | 36,60 | 20,42 |

self-determination are relatively high: 62,59 % of students E1, 51,68 % – of E2, 71,18 % – of K1, 61,44 % – of K2. The presentations of these students about their personal qualities in the context of chosen profession were characterized by incompleteness, inaccuracy, poor awareness of compliance with the requirements of the profession. In most cases, the understanding of their own professionally meaningful properties and qualities was determined only by general, undifferentiated ideas about chosen pedagogical profession. This allowed us to distinguish a number of contradictions, the main of which are such as:

- between the lack of knowledge of students of 1-2 courses on the complexity of the pedagogical profession and the requirement of awareness and independence of their choice;
- between professional plans of students, on the one hand, and means of achieving them – on the other one. So, students' plans are focused on the result, not on the ways to achieve them. These results were manifested in the lack of awareness or inadequate assessment by students of their capabilities, in the inability to take into account their individual characteristics in relation to the pedagogical profession.

The results obtained by us did not allow us to resolve the revealed contradictions at this stage of the experiment, since the qualitative research did not foresee the introduction of the development program to form the professional reflection of students. Also, the idea of a purposeful formation of person's readiness for future professional activity, which was realized through modeling of reflexively organized activity.

The program, which was proposed by us, allowed us to form professional reflection among students, as well as to solve the revealed contradictions in the process of the experiment. The stage of determining the level of professional self-determination was the initial, starting the process of the development of a future specialist – a teacher of a foreign language.

The analysis of essays written by students of experimental and control groups suggests the existence of such problems and contradictions that arise in the way of the professional development of respondents. This, above all, is the problem of conscious choice of the path of professional development; the contradiction between the ideal of the profession and

the image «I am a professional»; the contradiction between the requirements of the profession and the individual style of the activity; the contradictions between the perceptions of the society and the type of professional, and the professional «gestalt» of the person; contradictions in professional growth associated with the level of reflexive representation of the features of «I am in the profession», etc.

## Conclusions

Taking into account the results obtained in the molding experiment, *the preconditions for the acquisition of professionally significant experience* by future teachers are singled out: psychological education of students; the development of value-semantic sphere of the person; the development of personal, intellectual and professional reflection, the development of self-knowledge of specialists, skills of self-examination, adequate self-esteem and the ability to creative self-realization; the development of the need for self-realization, subjective self-determination, self-control, self-correction of the professional activity; the development of the ability to communicate effectively and present dialogues with others during the professional activity, actualization of the interpretive resources of the students' person, the development of the students' interpretative competence.

## References

1. Ball, G. A., & Burgin, M. S. (1994). Analiz psihologicheskogo vozdejstviya i ego pedagogicheskoe znachenie [The analysis of psychological impact and its pedagogical significance]. *Voprosy psihologii – Questions of Psychology*, issue 4, pp. 56–66. (In Russian).
2. Koval'ov, G. A. (1987). Tri paradigmy v psihologii – tri strategii psihologicheskogo vliyaniya [Three paradigms in psychology – three strategies of psychological impact]. *Voprosy psihologii – Questions of Psychology*, issue 3, pp. 41–49. (In Russian).
3. Kulyutkin, Yu. N. (1989). Refleksivnaya reguljacija kognitivnyh dejstvij. [Reflexive regulation of cognitive actions]. In O.K.Tihomirova (Ed.), *Psihologicheskoe issledovanie intellektual'noj dejatel'nosti* [Psychological research of intellectual activity] (pp. 22–28). Moscow: MGU Publishing House (In Russian).

## Список використаної літератури

1. Балл Г. А. Анализ психологического воздействия и его педагогическое значение / Г. А. Балл, М. С. Бургин // Вопросы психологии. – 1994. – № 4. – С. 56–66.
2. Ковалёв Г. А. Три парадигмы в психологии – три стратегии психологического влияния / Г. А. Ковалёв // Вопросы психологии. – 1987. – № 3. – С. 41–49.
3. Кулюткин Ю. Н. Рефлексивная регуляция когнитивных действий // Психологическое исследование интеллектуальной деятельности / под ред. О.К.Тихомирова. – М.: МГУ Изд. дом, 1989. – С. 22–28.

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕФЛЕКСІЇ ПЕДАГОГІВ

С. І. Табачніков, Н. О. Михальчук, Є. М. Харченко

**Актуальність.** Сучасна соціальна ситуація в Україні вимагає проведення досліджень об'єктивних та суб'єктивних умов, що визначають професійний розвиток педагогів загалом і формування професійної рефлексії зокрема, пов'язані з сучасною системою фахової підготовки майбутніх вчителів у вищих навчальних закладах.

**Мета** – проаналізувати рефлексію як один із психологічних механізмів самоконтролю, який визначає професійне становлення майбутнього вчителя.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати за показником «досвід рефлексії» викладачів (у дослідженні брали участь 128 викладачів Рівненського державного гуманітарного університету. Дослідження тривало протягом 2017 року). Методи дослідження – аналітичний, емпіричний, статистичний.

**Результати.** Автори статті визначили чотири рівні професійного самовизначення студентів 1 курсу, які вступили до вищого навчального закладу: 1) високий рівень – прояв багатокomпонентного професійного мотиву; наявність чіткого уявлення про образ вчителя, а також необхідні для нього професійно актуальні риси; сформованість об'єктивної самооцінки, активно-позитивного ставлення до професії і мети навчання у вищому закладі – стати вчителем іноземної мови. Студенти з високим рівнем професійного самовизначення склали групу добре професійно зорієнтованих; 2) середній (потенційний) рівень – прояв двокomпонентного професійного мотиву (стійке бажання стати педагогом, здатність до роботи з людьми); сформованість активно-позитивного ставлення до професії та мети навчання у вищому навчальному закладі – стати вчителем іноземної мови. Студентів із потенційним рівнем самовизначення ми відносили до категорії професійно зорієнтованих; 3) низький рівень – прояв однокomпонентного професійного мотиву (бажання стати педагогом), який за своїм змістом аморфний, нестійкий, оскільки в його основі лише емоційне ставлення до професії («подобається – не подобається»); уявлення про професію педагога поверхневі, фрагментарні і, як результат, – пасивно-позитивне ставлення до фаху і мети навчання у вищому навчальному закладі. Студенти з низьким рівнем самовизначення склали групу слабо професійно зорієнтованих; 4) дуже низький рівень – прояв невизначеного ставлення до професії, самовідсторонення від неї; мотиви і мета вступу до вищого навчального закладу можна розцінювати як емоційно-пізнавально-орієнтовані («просто цікаво», «можливо, сподобається», «спробую»). Такі студенти склали групу професійно неорієнтованих.

**Висновки.** Виокремлено суб'єктивні умови, що впливають на формування професійної рефлексії майбутніх учителів та викладачів іноземної мови: професійна спрямованість особистості; інтелектуальні здібності; активність студентів у фаховому розвитку і набутті професійної рефлексії.

**Ключові слова:** професійна рефлексія, професійний розвиток, професійна підготовка, професійне самовизначення, професійно важливі риси, набуття професійної рефлексії, професійний мотив.

## ЕМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСИИ ПЕДАГОГОВ

С. И. Табачников, Н. А. Михальчук, Е. Н. Харченко

**Актуальность.** Современная социальная ситуация в Украине требует проведения исследований объективных и субъективных условий, определяющих профессиональное развитие педагогов в целом и формирование профессиональной рефлексии в частности, связанные с современной системой профессиональной подготовки будущих учителей в высших учебных заведениях.

**Цель** – проанализировать рефлексии как один из психологических механизмов самоконтроля, который определяет профессиональное становление будущего учителя.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты по показателю «опыт рефлексии» преподавателей (в исследовании участвовали 128 преподавателей Ровенского государственного гуманитарного университета. Исследование длилось на протяжении 2017 года). Методы исследования – аналитический, эмпирический, статистический.

**Результаты.** Авторами статьи определены четыре уровня профессионального самоопределения студентов 1 курса, которые поступили в высшее учебное заведение: 1) высокий уровень – проявление многокомпонентного профессионального мотива; наличие четкого представления об образе учителя, а также необходимых для него профессионально актуальных черт; сформированность объективной самооценки, активно-положительного отношения к профессии и цели обучения в высшем учебном заведении – стать учителем-профессионалом. Студенты с высоким уровнем профессионального самоопределения составляли группу хорошо профессионально ориентированных; 2) средний (потенциальный) уровень выражался в проявлении двухкомпонентного профессионального мотива (стойкое желание стать педагогом, способность к работе с людьми); сформированность активно-положительного отношения к профессии и цели обучения в высшем учебном заведении – стать учителем иностранного языка. Студентов с потенциальным уровнем самоопределения мы относили к категории профессионально ориентированных; 3) низкий уровень – проявление однокомпонентного профессионального мотива (желания стать педагогом), который по своему содержанию является аморфным, неустойчивым, поскольку в его основе – только эмоциональное отношение к профессии («нравится – не нравится»); представления о профессии педагога поверхностные, фрагментарные и, как результат, – пассивно-положительное отношение к профессии и цели обучения в высшем учебном заведении. Студенты с низким уровнем самоопределения составляли группу слабо профессионально ориентированных; 4) очень низкий уровень – проявление неопределенного отношения к профессии, самоустранение от нее; мотивы и цель вступления в высшее учебное заведение можно расценивать как эмоционально-познавательные-ориентированные («просто интересно», «возможно, понравится», «попробую»). Такие студенты составляли группу профессионально неориентированных.

**Выводы.** Выделены субъективные условия, влияющие на формирование профессиональной рефлексии будущих учителей и преподавателей иностранного языка: профессиональная направленность личности; интеллектуальные способности; активность студентов в профессиональном развитии и становлении профессиональной рефлексии.

**Ключевые слова:** профессиональная рефлексия, профессиональное развитие, профессиональная подготовка, профессиональное самоопределение, профессионально важные качества, становление профессиональной рефлексии, профессиональный мотив.

*Article received: 02.05.2018*

**TABACHNIKOV Stanislav Isakovych**, Doctor of Sciences in Medicine, Professor, the President of the Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine, the deputy director of scientific work and forensic psychiatry and expertise of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SEPDA MHU), Kyiv, Ukraine; e-mail: tabachnikov1940@ukr.net

**МУКНАЛЧУК Nataliia Olexandryvna**, doctor of Psychology, Professor, the head of the department of Practice of English of Rivne State University of the humanities, the academician of the Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine, Rivne, Ukraine; e-mail: natasha1273@ukr.net

**KNARCHENKO Yevhen Mykolaiovych**, Doctor of Sciences in Medicine, Professor, the academician of the Academy of Sciences of Higher Education of Ukraine, the Chief Researcher of the Department of Social and Clinical Narcology of URI SEPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: tabachnikov1940@ukr.net

**ТАБАЧНИКОВ Станіслав Ісакович**, д.мед.н., професор, президент АН ВО України, заступник директора з наукової роботи і судової психіатрії та експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, Україна; e-mail: tabachnikov1940@ukr.net

**МИХАЛЬЧУК Наталія Олександрівна**, д.психол.н., професор, завідувач кафедри практики англійської мови Рівненського державного гуманітарного університету, академік АН ВО України, м. Рівне, Україна; e-mail: natasha1273@ukr.net

**ХАРЧЕНКО Євген Миколайович**, д.мед.н., професор, академік АН ВО України, головний науковий співробітник відділу соціальної та клінічної наркології УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: tabachnikov1940@ukr.net

**ТАБАЧНИКОВ Станіслав Ісакович**, д.мед.н., професор, президент АН ВО України, заступник директора по науковій роботі і судової психіатрії та експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МЗ України (УНІІ ССПН МЗ України), г. Киев, Україна; e-mail: tabachnikov1940@ukr.net

**МИХАЛЬЧУК Наталія Александрівна**, д.психол.н., професор, завідувача кафедрою практики англійської мови Рівненського державного гуманітарного університету, академік АН ВО України, г. Рівно, Україна; e-mail: natasha1273@ukr.net

**ХАРЧЕНКО Євгеній Миколаєвич**, д.мед.н., професор, академік АН ВО України, головний науковий співробітник відділу соціальної і клінічної наркології УНІІ ССПН МЗ України, г. Киев, Україна; e-mail: tabachnikov1940@ukr.net

Т. П. Яворська

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ,  
ЯКІ НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ ПАЦІЄНТАМ  
ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

yavorska.tp@gmail.com

**Актуальність.** Синдром емоційного вигорання є однією з найактуальніших медико-психологічних проблем, що стосуються психології медичного працівника та лікувально-діагностичної взаємодії.

**Мета** – визначити особливості проявів синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, які надають допомогу пацієнтам з цереброваскулярними захворюваннями (ЦВЗ), як мішеней медико-психологічної допомоги у створенні здоров'яцентрованого підходу у лікувальному процесі.

**Матеріали та методи.** На основі інформованої згоди обстежено 113 медичних працівників різних спеціальностей, які надавали медичну допомогу пацієнтам з ЦВЗ на різних етапах перебігу та лікування хвороби: терапевтів – 42 (ГТ), кардіологів – 33 (ГК) та невропатологів – 38 (ГН) за допомогою MBI-HSS.

**Результати.** У ½ лікарів виявлено високу вираженість емоційного виснаження, у ⅓ – деперсоналізацію та у ¼ – низьку оцінку професійних досягнень. Провідною складовою у структурі синдрому емоційного вигорання було емоційне виснаження, порівняно з деперсоналізацією та оцінкою професійних досягнень. На клініко-психологічному рівні емоційне вигорання проявлялося відчуттям втоми, нестачі енергії, перебування на межі можливостей, виснаженням, бажанням усамітнитися, розчарованістю діяльністю, байдужістю і втратою інтересу до роботи, нечутливістю до потреб хворих та їх об'єктивізацією.

**Висновки.** Значна вираженість синдрому емоційного вигорання серед лікарів-терапевтів, лікарів-кардіологів та лікарів-невропатологів, які надають допомогу пацієнтам з цереброваскулярною патологією, вказує на необхідність розробки та організації заходів медико-психологічної допомоги, що включають систему психоосвітніх, психокорекційних та тренінгових інтервенцій.

**Ключові слова:**  
синдром емоційного  
вигорання, лікарі,  
медико-психологічна  
допомога.

**Актуальність.** Синдром емоційного вигорання входить у групу найактуальніших медико-психологічних проблем, що стосуються психології медичного працівника та лікувально-діагностичної взаємодії [1]. Рівень складності ситуації відображає внесення синдрому емоційного вигорання у окремий діагностичний таксон – Z 73 («проблеми, пов'язані з труднощами керування своїм життям») та кодується Z 73.0 – «вигорання» (burnout) в МКХ-10.

Це обумовлено насамперед негативними наслідками вигорання як феномену, що виражаються у порушеннях психічного та фізичного здоров'я працівників, зниженні продуктивності праці [2–5].

У структурі синдрому емоційного вигорання виділяють складові та фази. Компонентами вигорання

є емоційне виснаження, деперсоналізація та оцінка успішності професійної діяльності. Синдром вигорання є динамічним процесом, що розгортається в часі; він розвивається етапно: від фази напруження, що характеризує первинну психологічну відповідь на професійний стрес, до фази резистентності з формуванням конкретних способів подолання травматизуючої ситуації, що, при несприятливому перебігу, завершується фазою виснаження з появою виражених фізичних та психічних симптомів адаптаційного зламу [6].

Виділяють біосоціальні, особистісні та організаційні чинники розвитку синдрому емоційного вигорання. Найсучаснішим є погляд на дану проблему через призму відповідності професії та особистості [7].

На рисунку 1 представлено схему, що відображає механізм взаємодії специфіки професійної діяльності та персональних особливостей працівника у контексті розвитку емоційного вигорання [8]. Тобто, важливими є як характер професійного стресу, так і психологічні властивості працівника, що розкриває різні напрямки медико-психологічної допомоги.

Професійна діяльність лікарів пов'язана з високим рівнем психологічного стресу, що обумовлено рядом факторів, до яких належать комунікація та взаємодія з пацієнтами та членами їх сімей, що перебувають у стані стресу; характеристики соматичної патології як нозологічної одиниці; особливості організації діяльності та вимоги до професійних навиків [8].

У дослідженні емоційного вигорання серед працівників різних спеціальностей встановлено, що у 27–38 % працівників наявні від 1 до 3 складових емоційного вигорання [9–12].

Синдром емоційного вигорання – це психопатологічний стан, що виникає в результаті невідповідності виробничих вимог та ресурсу працівників, проявляється фізичними, емоційними, когнітивними та поведінковими симптомами і супроводжується розвитком професійної дезадаптації.

На сьогодні основне спрямування заходів медико-психологічної допомоги для лікарів рекомендують зосереджувати на підвищенні знань у сфері медичної психології, покращенні психологічних навичок професійної взаємодії з пацієнтами та членами їх родин, посиленні компетенції протидії професійному стресу. Формами медико-психологічної допомоги лікарям є психоосвіта, комунікативні тренінг-програми, балінтовські групи, психокорекційні сесії [13, 14].

**Мета** – визначити особливості проявів синдрому емоційного вигорання у медичних працівників, які надають допомогу пацієнтам із цереброваскулярними захворюваннями (ЦВЗ), як мішеней медико-психологічної допомоги у створенні здоров'яцентрованого підходу у лікувальному процесі.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я м. Харків протягом 2016–2018 рр. На основі інформованої згоди обстежено 113 медичних працівників різних спеціальностей, які надавали медичну допомогу пацієнтам з ЦВЗ на різних етапах перебігу та лікування хвороби: терапевтів – 42 (ГТ), кардіологів – 33 (ГК) та невропатологів – 38 (ГН). Стаж роботи лікарів у досліджуваній сфері складав від 1 до 18 років.

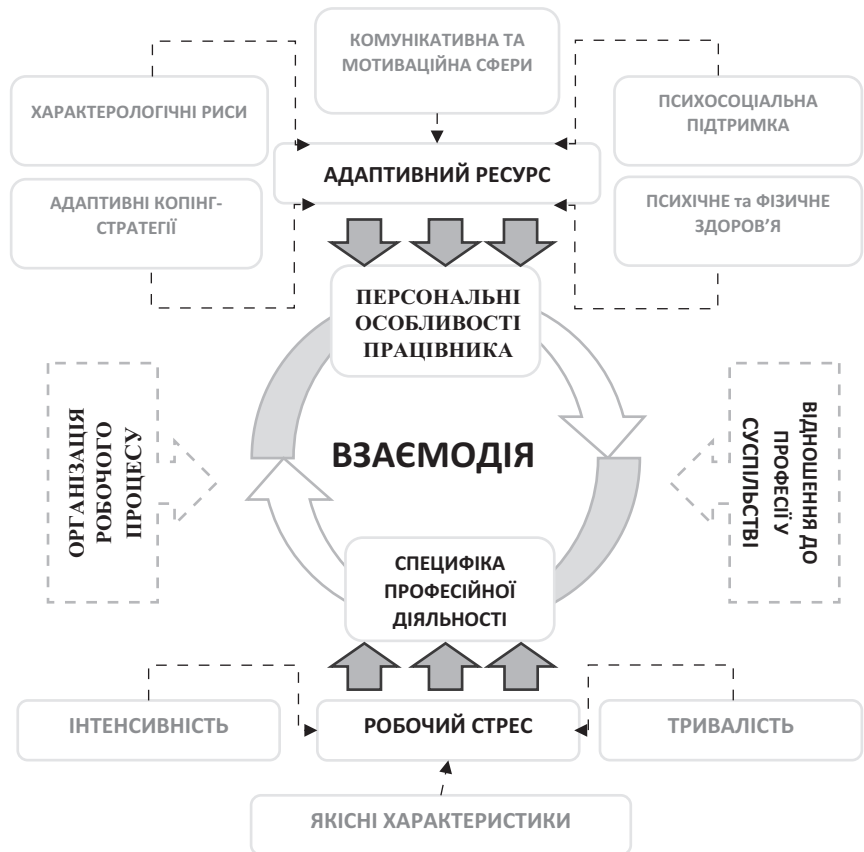


Рис. 1. Психодинаміка процесу вигорання

Для оцінки вираженості та прояву синдрому емоційного вигорання було застосовано опитувальник емоційного вигорання С. Maslach (MBI-HSS, Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey) та дані напівструктурованого клініко-діагностичного інтерв'ю [15]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

## Результати та їх обговорення

У таблиці 1 наведено дані щодо вираженості складових синдрому емоційного вигорання у досліджуваній групі. Вираженість емоційного виснаження серед лікарів, незалежно від спеціалізації, була на межі середнього та високого рівнів прояву –  $24,5 \pm 8,04$  балів у ГТ,  $24,09 \pm 7,50$  балів у ГК та  $24,16 \pm 9,6$  балів у ГН. Аналогічною була ситуація і щодо деперсоналізації –  $10,43 \pm 4,75$  балів у ГТ,  $11,39 \pm 3,51$  балів у ГК та  $11,47 \pm 5,23$  балів у ГН, а також оцінки професійних досягнень – відповідно  $28,69 \pm 5,92$  балів,  $29,18 \pm 6,97$  балів та  $29,53 \pm 6,21$  балів. Інтегральний показник вираженості синдрому емоційного вигорання, що враховує всі складові феномену, виявив високий рівень професійного стресу

Таблиця 1. Прояви синдрому емоційного вигорання у лікарів, бали

| Параметри                    | Лікарі-спеціалісти, n=113 |                  |                  |
|------------------------------|---------------------------|------------------|------------------|
|                              | ГТ, n=42                  | ГК, n=33         | ГН, n=38         |
| Емоційне виснаження          | $24,5 \pm 8,04$           | $24,09 \pm 7,50$ | $24,16 \pm 9,6$  |
| Деперсоналізація             | $10,43 \pm 4,75$          | $11,39 \pm 3,51$ | $11,47 \pm 5,23$ |
| Оцінка професійних досягнень | $28,69 \pm 5,92$          | $29,18 \pm 6,97$ | $29,53 \pm 6,21$ |
| Інтегральний показник        | $0,41 \pm 0,11$           | $0,42 \pm 0,10$  | $0,42 \pm 0,13$  |

Таблиця 2. Структура синдрому емоційного вигорання у лікарів, %

| Параметри                    | Рівень | Лікарі-спеціалісти, n=113 |      |          |      |          |      |
|------------------------------|--------|---------------------------|------|----------|------|----------|------|
|                              |        | ГТ, n=42                  |      | ГК, n=33 |      | ГН, n=38 |      |
|                              |        | абс.                      | %    | абс.     | %    | абс.     | %    |
| Емоційне виснаження          | Н      | 7                         | 16,7 | 6        | 18,2 | 6        | 15,8 |
|                              | С      | 16                        | 38,1 | 14       | 42,4 | 15       | 39,5 |
|                              | В      | 19                        | 45,2 | 13       | 39,4 | 17       | 44,7 |
| Деперсоналізація             | Н      | 5                         | 11,9 | 2        | 6,1  | 2        | 5,3  |
|                              | С      | 22                        | 52,4 | 17       | 51,5 | 19       | 50,0 |
|                              | В      | 15                        | 35,7 | 14       | 42,4 | 17       | 44,7 |
| Оцінка професійних досягнень | Н      | 4                         | 19,5 | 5        | 15,2 | 6        | 15,8 |
|                              | С      | 21                        | 50,0 | 17       | 51,5 | 18       | 47,4 |
|                              | В      | 17                        | 30,5 | 11       | 33,3 | 14       | 36,8 |

Примітка. Н – низький рівень, С – середній рівень, В – високий рівень.

Таблиця 3. Прояви синдрому емоційного вигорання у лікарів, бали

| Параметри                                    | Лікарі-спеціалісти, n=113 |           |           |
|----------------------------------------------|---------------------------|-----------|-----------|
|                                              | ГТ, n=42                  | ГК, n=33  | ГН, n=38  |
| Емоційна виснаженість                        | 2,88±1,52                 | 2,97±1,45 | 2,84±1,52 |
| Втома, відсутність енергії після роботи      | 3,24±1,05                 | 2,88±1,19 | 3,11±1,31 |
| Ранкова втома                                | 2,93±1,39                 | 2,97±1,55 | 3,03±1,46 |
| Розуміння пацієнтів                          | 2,88±1,33                 | 2,94±1,22 | 2,97±1,35 |
| Об'єктивізація хворих                        | 1,74±1,40                 | 1,94±1,17 | 1,87±1,49 |
| Енергійність, настрої на роботу              | 2,69±0,90                 | 2,30±1,10 | 2,55±1,11 |
| Вміння вирішувати конфлікти                  | 3,64±0,62                 | 3,73±1,07 | 3,76±0,80 |
| Пригніченість та апатія                      | 2,33±1,43                 | 2,15±1,42 | 2,37±1,60 |
| Вміння впливати на пацієнтів                 | 3,64±1,23                 | 3,85±0,97 | 3,89±0,86 |
| Нечутливість до пацієнтів                    | 2,17±1,34                 | 2,70±1,31 | 2,74±1,43 |
| Негативні емоції під час взаємодії з хворими | 2,26±1,75                 | 2,36±1,29 | 2,24±1,65 |
| Плани на майбутнє                            | 3,64±1,45                 | 3,52±1,52 | 3,58±1,60 |
| Відчуття розчарованості                      | 2,48±1,37                 | 2,55±1,44 | 2,34±1,46 |
| Байдужість, втрата інтересу                  | 2,29±1,45                 | 2,64±1,45 | 2,16±1,78 |
| Байдужість до проблем пацієнта               | 1,48±1,31                 | 1,82±1,18 | 1,89±1,31 |
| Бажання усамітнитися та відпочити            | 3,21±1,55                 | 3,45±1,30 | 3,50±1,64 |
| Вміння створити доброзичливу атмосферу       | 3,83±0,76                 | 3,73±1,15 | 4,0±0,96  |
| Вміння спілкуватися з різними хворими        | 4,0±1,33                  | 3,97±1,13 | 4,03±1,03 |
| Контроль часу                                | 3,45±1,04                 | 3,73±1,23 | 3,55±1,25 |
| Відчуття на межі можливостей                 | 2,45±1,04                 | 2,18±1,18 | 2,26±1,29 |
| Відчуття перспективи                         | 3,60±1,71                 | 3,73±1,66 | 3,74±1,67 |
| Незадоволеність від взаємодії з колегами     | 2,79±1,30                 | 2,58±1,37 | 2,74±1,43 |

у лікарів усіх спеціальностей:  $0,41 \pm 0,11$  у ГТ,  $0,42 \pm 0,10$  у ГК та  $0,42 \pm 0,13$  у ГН.

У таблиці 2 наведені результати щодо структури синдрому емоційного вигорання за окремими компонентами: емоційним виснаженням, деперсоналізацією та оцінкою професійних досягнень.

Встановлено, що у структурі складової емоційного виснаження кількість лікарів з низькою вираженістю показника становила лише 16,7 % опитуваних серед терапевтів, 18,2 % – серед кардіологів та 15,8 % – серед невропатологів, тоді як у більшості спеціалістів ознаки зрушень у емоційній сфері були пограничними чи розгорнутими. Близько половини респондентів демонстрували високий рівень прояву показників: 45,2 % у ГТ, 39,4 % – у ГК та 44,7 % – у ГН. Також значною була частка лікарів з середньою вираженістю емоційного виснаження – відповідно 38,1 %, 42,4 % та 39,5 %. Тобто, більш ніж 80 % медичних працівників у процесі професійної діяльності переживали психо-емоційне перевантаження.

Найбільше обстежених лікарів мали середній рівень прояву показника деперсоналізації: 52,4 % у ГТ, 51,5 % – у ГК та 50,0 % – у ГЗ, дещо менша кількість обстежених мала високий рівень деперсоналізації – відповідно 35,7 %, 42,4 % та 44,7 %, і найменша – низький: 11,9 %, 6,1 % та 5,3 %. Варто звернути увагу, що у лікарів-терапевтів виявили менші прояви деперсоналізації, порівняно з лікарями-кардіологами та лікарями-невропатологами. Отримані дані можна пояснити через аналіз особливостей професійної діяльності лікарів вказаних спеціальностей.

Оскільки медико-психологічний зміст деперсоналізації стосується когнітивної сфери і включає залучення психологічних захистів, спрямованих на дистанціювання від «психотравмуючих об'єктів» чи зниження психічної напруги через знецінення ситуації, можна припустити, що контингент хворих, яким надавали допомогу вузькі спеціалісти, був більш тяжким і вимоги до результату лікування були вищими. Ці чинники і могли стати передумовами формування більш потужних змін у сприйнятті професії серед лікарів.

Лише  $\frac{1}{3}$  лікарів мала високу задоволеність своєю професійною діяльністю: 30,5 % у ГТ, 33,3 % – у ГК та 36,8 % – у ГН, тоді як більшість опитуваних вказали на середній рівень самооцінки успішності: 50,0 % у ГТ, 51,5 % – у ГК та 47,4 % – у ГН. У значній мірі незадоволеними обраною діяльністю і власними результатами були 19,5 % лікарів у ГТ, 15,2 % – у ГК та 15,8 % – у ГН.

З огляду на отримані результати можна стверджувати, що провідною складовою у структурі синдрому емоційного вигорання було емоційне виснаження, порівняно з деперсоналізацією та оцінкою професійних досягнень.

На клініко-психологічному рівні емоційне вигорання проявлялося відчуттям втоми, нестачі енергії, перебування на межі можливостей, виснаженням, бажанням усамітнитися, розчарованістю діяльністю, байдужістю і втратою інтересу до роботи, нечутливістю до потреб хворих та їх об'єктивізацією (табл. 3).

Протективними чинниками були психологічні компетенції у рамках soft-skills: організаційні навички, планування часу, вміння вирішувати конфлікти, застосовувати адекватні до ситуації методи психологічного впливу у взаємодії з пацієнтами, навички командної взаємодії.

Відсутність значимих кількісних відмінностей між переважною більшістю показників, що характеризують синдром емоційного вигорання серед лікарів різних спеціальностей, вказує на спільні механізми психогенезу психічних зрушень, викликаних професійним стресом. Проте якісний аналіз вказує на необхідність враховувати змістовні складові діяльності у кожній з груп (контингент хворих, тяжкість патології, тривалість взаємодії, форма допомоги – амбулаторно чи стаціонарно тощо).

## Висновки

Значна вираженість складових синдрому емоційного вигорання серед лікарів-терапевтів, лікарів-кардіологів та лікарів-невропатологів, які надають допомогу пацієнтам з цереброваскулярною патологією, визначає потребу у розробці та організації заходів медико-психологічної допомоги, що включають систему психоосвітніх, психокорекційних та тренінгових інтервенцій.

Організаційно поява перших симптомів емоційного вигорання потребує надання працівнику психологічної допомоги, спрямованої на усунення стресових факторів та посилення внутрішнього адаптаційного ресурсу, забезпечення супровідної підтримки. Наявність розгорнутих форм емоційного вигорання обумовлює необхідність проведення тривалих психокорекційних заходів.

Окремим напрямом діяльності психологічної служби в контексті профілактики синдрому емоційного вигорання є проведення тренінгів комунікативних компетенцій як заходів психопрофілактики розвитку професійної дезадаптації.

## Список використаної літератури

1. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. – К. : Сфера, 2004. – 272 с.
2. Russell K. Perceptions of burnout, its prevention, and its effect on patient care as described by oncology nurses in the hospital setting / K. Russell // *Oncol Nurs Forum.* – 2016. – Vol. 43, issue 1. – P. 103–109. DOI: 10.1188/16.ONF.103-109.
3. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review / C. S. Dewa, D. Loong, S. Bonato [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2014. – Vol. 28, issue 14. – P. 325. DOI: 10.1186/1472-6963-14-325.
4. Unravelling the Relationship between Physician Burnout and Depression / D. Kealy, P. Halli, J. S. Ogrodnick, G. Hadjipavlou // *Can J Psychiatry.* – 2016. – Vol. 61, issue 11. – P. 739. DOI: 10.1177/0706743716664334.
5. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // *Медична психологія.* – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 34–39.
6. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // *Журнал практической психологии и психоанализа.* – 2001. – № 3. – С. 76–97.
7. Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model / V. Rasmussen, A. Turnell, P. Butow [et al.] // *Psychooncology.* – 2016. – Vol. 25, issue 2. – P. 194–202. DOI: 10.1002/pon.3902.
8. Мухаровська І. Р. Емоційне вигорання у лікарів-онкологів: джерела професійного стресу та медико-психологічні потреби / І. Р. Мухаровська // *Український вісник психоневрології.* – 2016. – Том 24, вип. 2 (87). – С. 73–78.

9. Колоскова О. К. Синдром емоційного вигорання у лікарів-педіатрів, які працюють на різному рівні надання медичної допомоги дітям / О. К. Колоскова, Т. М. Білоус, В. В. Білоус // *Буковинський медичний вісник.* – 2013. – Том 17, № 4 (68). – С. 79–82.
10. Bragard I. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review / I. Bragard, G. Dupuis, R. Fleet // *Eur J Emerg Med.* – 2015. – Vol. 22, issue 4. – P. 227–234. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000194.
11. Gregory S. T. Burnout among primary care physicians: a test of the areas of worklife model / S. T. Gregory, T. Menser // *J Healthc Manag.* – 2015. – Vol. 60, issue 2. – P. 133–148.
12. Sigsbee B. Physician burnout: A neurologic crisis / B. Sigsbee, J. L. Bernat // *Neurology.* – 2014. – Vol. 9, issue 83 (24). – P. 2302–2306. DOI: 10.1212/WNL.0000000000001077.
13. Burnout and associated factors among members of the society of gynecologic oncology / K. S. Rath, L. B. Huffman, G. S. Phillips [et al.] // *American Journal of Obstetrics Gynecology.* – 2015. – Vol. 213, issue 6. – P. 1–9. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.07.036.
14. Gazelle G., Liebschutz J. M., Riess H. Physician burnout: coaching a way out // *J. Gen Intern Med.* 2015. Vol. 30(4). P. 508–513. DOI: 10.1007/s11606-014-3144-y.
15. Maslach C. Job Burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // *Annual Review of Psychology.* – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.

## References

1. Yur'yeva, L. M. (2004). *Professional'noe vygoranie u medicinskih rabotnikov* [Occupational burnout in health care workers]. Kyiv: Sfera, 272 p. (In Russian).
2. Russell, K. (2016). Perceptions of burnout, its prevention, and its effect on patient care as described by oncology nurses in the hospital setting. *Oncol Nurs Forum.*, vol. 43, issue 1, pp. 103–109. DOI: 10.1188/16.ONF.103-109.
3. Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N. X., & Jacobs, P. (2014). How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res.*, vol. 28, issue 14, pp. 325. DOI: 10.1186/1472-6963-14-325.
4. Kealy, D., Halli, P., Ogrodnick, J. S., & Hadjipavlou, G. (2016). Unravelling the relationship between physician burnout and depression. *Can J Psychiatry*, vol. 61, issue 11, pp. P. 739. DOI: 10.1177/0706743716664334.
5. Kuzhel, I. R., & Markova, M. V. (2010). Riven emotsiinoho vyhorannia yak bazovyi kryterii neobkhidnosti ta zmistu psykhoeidukatyvnoi ta psykhokorektsiinoi robot z medychym personalom khospisu [The level of emotional burn-out as a basic criterion of necessity and content of psychoeducation and psychoeducation work with medical personnel of hospices]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 5, no. 1, pp. 34–39. (In Ukrainian).
6. Orel, V. E. (2001). Fenomen «vygoranija» v zarubezhnoj psihologii: jempricheskie issledovanija [The phenomenon of “burnout” in foreign psychology: empirical research]. *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza – Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*, no. 3, pp. 76–97. (In Russian).
7. Rasmussen, V., Turnell, A., Butow, P., Juraskova, I., Kirsten, L., Wiener, L., ... POS Research Committee. (2016). Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort-reward imbalance model. *Psychooncology*, vol. 25, issue 2, pp. 194–202. DOI: 10.1002/pon.3902.
8. Mukharovska, I. R. (2016). Emotsiine vyhorannia u likariv-onkologiv: dzhерела profesiinoho stresu ta medyko-psykhologichni potreby [Burnout in physicians-oncologists: sources of professional stress and psychological needs]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian journal psychoneurology*, vol. 24, issue 2 (87), pp. 73–78. (In Ukrainian).
9. Koloskova, O. K., Bilous, T. M., & Bilous, V. V. (2013). Syndrom emotsiinoho vyhorannia u likariv-pediatriv, yaki pratsiuiut na riznomu rivni nadannia medychnoi dopomohy ditiam [Burnout syndrome among pediatricians who work at different levels of medical care for children]. *Bukovynskyi medychnyi visnyk – Bukovinian Medical Herald*, vol. 17, no. 4 (68), pp. 79–82. (In Ukrainian).
10. Bragard, I., Dupuis, G., & Fleet, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *Eur J Emerg Med.*, vol. 22, issue 4, pp. 227–234. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000194.
11. Gregory, S. T., & Menser, T. (2015). Burnout among primary care physicians: a test of the areas of worklife model. *J Healthc Manag.*, vol. 60, issue 2, pp. 133–148.
12. Sigsbee, B., & Bernat, J. L. (2014). Physician burnout: A neurologic crisis. *Neurology*, vol. 9, issue 83 (24), pp. 2302–2306. DOI: 10.1212/WNL.0000000000001077.
13. Rath, K. S., Huffman, L. B., Phillips, G. S., Carpenter, K. M., & Fowler, J. M. (2015). Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, Vol. 213, issue 6, pp. 1–9. DOI: 10.1016/j.ajog.2015.07.036.
14. Gazelle, G., Liebschutz, J. M., & Riess, H. (2015). Physician burnout: coaching a way out. *J. Gen Intern Med.*, vol. 30, issue 4, pp. 508–513. DOI: 10.1007/s11606-014-3144-y.
15. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, vol. 52, pp. 397–422. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ,  
ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Т. П. Яворская

**Актуальность.** Синдром эмоционального выгорания является одной из наиболее актуальных медико-психологических проблем, касающихся психологии медицинского работника и лечебно-диагностического взаимодействия.

**Цель** – определить особенности проявлений синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), как мишеней медико-психологической помощи в создании здоровьесцентрированного подхода в лечебном процессе.

**Материалы и методы.** На основе информированного согласия обследовано 113 медицинских работников различных специальностей, которые оказывали медицинскую помощь пациентам с цереброваскулярными заболеваниями на разных этапах течения и лечения болезни: терапевтов – 42, кардиологов – 33 и невропатологов – 38 с помощью MBI-HSS.

**Результаты.** У ½ врачей выявлена высокая выраженность эмоционального истощения, у ⅓ – деперсонализации и у ¼ – низкой оценки профессиональных достижений. Ведущей составляющей в структуре синдрома эмоционального выгорания выступало эмоциональное истощение, по сравнению с деперсонализацией и самооценкой достижений. На клинично-психологическом уровне эмоциональное выгорание проявлялось ощущением усталости, нехватки энергии, пребывания на пределе возможностей, истощением, желанием уединиться, разочарованностью деятельностью, равнодушием и потерей интереса к работе, нечувствительностью к нуждам больных и их объективизацией.

**Выводы.** Значительная выраженность синдрома эмоционального выгорания среди врачей-терапевтов, врачей-кардиологов и врачей-невропатологов, которые оказывали помощь пациентам с цереброваскулярной патологией, указывает на необходимость разработки и организации мероприятий медико-психологической помощи, включающих систему психообразовательных, психокоррекционных и тренинговых интервенций.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, врачи, медико-психологическая помощь.

## FEATURES OF BURNOUT IN DOCTORS WHICH TREAT PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES

T. P. Yavorska

**Background.** The burnout syndrome is one of the most important psychological problem concerning the psychology of the medical worker and the medical-diagnostic interaction.

**Objective** - to determine the peculiarities of the emotional burnout syndrome in medical workers who provide assistance to patients with cerebrovascular diseases (CVD) as targets of medical and psychological assistance in creating a health-centered approach in the treatment process.

**Materials and methods.** On the informed consent 113 medical specialists of different specialties, which provided medical care for patients with cerebrovascular disease at different stages of treatment were examined: therapists - 42, cardiologists - 33 and neuropathologists - 38 with using MBI - HSS as an assessment tool.

**Results.** In ½ physicians detected high emotional exhaustion, and in ⅓ – depersonalization, ¼ - demonstrated low estimation of professional achievements. The main component in the structure of the burnout syndrome was emotional exhaustion compared with depersonalization and assessment of professional achievements. At the psychological level burnout manifests as a feeling of fatigue, lack of energy, staying on the brink of opportunity, exhaustion, the desire to retire, disappointment of activity, indifference and loss of interest in work, insensitivity to the needs of patients and their objectification.

**Conclusions.** Significant severity of the burnout syndrome among doctors-physicians, cardiologists and neuropathologists who provide help to patients with cerebrovascular pathology indicates the need for the development and organization of psychological help, including a system of psycho-educational, psycho-correction and training interventions.

**Keywords:** burnout syndrome, doctors, psychological help.

*Стаття надійшла до редакції 13.04.2018 р.*

**ЯВОРСЬКА Тетяна Петрівна**, к.мед.н., лікар Харківської обласної клінічної лікарні – Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків, Україна; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

**ЯВОРСКАЯ Татьяна Петровна**, к.мед.н., врач Харьковской областной клинической больницы – Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, ассистент кафедры ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков, Украина; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

**YAVORSKA Tatyana Petrivna**, MD, PhD (candidate of medical sciences), doctor of the Kharkiv Regional Clinical Hospital, an Emergency Medical Assistance and Disaster Medicine Center, an assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

## СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:355.292.3:340.63

О. П. Олійник

## СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ, ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Український науково-дослідний інститут соціальної  
і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ  
sudprof@ukr.net

**Актуальність.** Стаття присвячена вивченню проблем судово-психіатричної оцінки станів залежності від психоактивних речовин (ПАР).

**Мета** – проаналізувати актуальні показники і проблеми судово-психіатричної експертизи станів залежності від ПАР.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані 410 випадків судово-психіатричних експертиз щодо осіб із синдромом залежності від ПАР, які вчинили правопорушення. Вибірка була представлена групою підекспертних з алкогольною та наркотичною залежністю (відповідно 218 і 192 випадків). Для аналізу і обробки даних застосовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи і метод судово-психіатричного аналізу.

**Результати.** Дослідження виявило тенденцію до зростання встановлення діагнозів синдрому залежності від ПАР на експертизі за останні роки. Збільшення кількості судово-психіатричних експертиз відображає погіршення криміногенної ситуації, пов'язаної з особами, що мають наркологічні проблеми.

На експертизі особи із залежністю від ПАР в 93,4 % випадків були визнані осудними. Неосудними внаслідок психозів були визнані 4,4 %, обмежено осудними – 2,2 % осіб. Одиначність винесення експертних рішень про обмежену осудність обумовлена відсутністю чіткого механізму і адекватних можливостей ведення таких пацієнтів в подальшому.

**Висновки.** Високі показники повторюваності суспільно небезпечних дій свідчать про неефективність лікувальних і психосоціальних заходів в системі охорони здоров'я і в пенітенціарних установах. Це свідчить про необхідність зміни підходів до експертизи та реабілітації залежних осіб. Реалізація Стратегії державної політики щодо наркотиків у частині запровадження альтернативного покаранню лікування осіб із станами залежності є реальним механізмом впровадження європейського досвіду з профілактики повторних СНД таких осіб.

**Ключові слова:**

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

**Актуальність.** Проблема поширеності та криміногенності станів залежності від психоактивних речовин в Україні досягла не тільки загальнодержавного, а й міжнародного рівнів, про що свідчить прийняття Кабінетом Міністрів України розпорядження «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2020 року» [1]. Реалізація даної стратегії є одним з ключових зобов'язань України перед Європейським Союзом за підтримання безвізового режиму. Одним із пунктів Стратегії є запровадження альтернативного покаранню лікування правопорушників із залежністю від психоактивних речовин (ПАР): «проведення три-

вального курсу добровільних лікування і реабілітації замість покарання у вигляді позбавлення волі для визначених державою контингентів правопорушників з наркотичною залежністю, які бажають пройти такі курси» [1]. Впровадження цього пункту Стратегії вимагає суттєвих законодавчих змін, що базуватимуться на науково обґрунтованих підходах з урахуванням існуючого європейського досвіду.

Досвід європейських країн свідчить, що основна мета вибору заходу покарання злочинців із станами залежності – запобігання вчиненню повторних правопорушень. Тому стан залежності розцінюють,

насамперед, як психічний розлад, що спричинив правопорушення. Залежних осіб розглядають як пацієнтів, що потребують допомоги, а не як злочинців з обтяжливими обставинами залежності. Незалежно від тяжкості вчиненого злочину та виду покарання такі особи мають можливість пройти повноцінний курс лікування і психосоціальної реабілітації в спеціалізованих медичних центрах або відділеннях судово-психіатричних клінік із кваліфікованими фахівцями.

Так, у Німеччині особи зі станами залежності, засуджені за нетяжкі правопорушення, замість відбування покарання в місцях позбавлення волі мають можливість пройти дворічний курс лікування і психосоціальної реабілітації в спеціалізованому наркологічному центрі за місцем проживання. Реалізується це право за рішенням суду і обов'язковою згодою пацієнта. Термін лікування зараховується в строк покарання, і, при дотриманні режиму та правил, за рішенням суду може бути зменшений, якщо перевищував дворічний курс реабілітації. При невиконанні приписаних правил і умов перебування в реабілітаційному центрі суд може прийняти рішення повернути людину в місця позбавлення волі з переглядом умов відбування покарання. Така гнучка демократична система, з одного боку, дає можливість вибору вирішення наркологічних проблем, а з іншого, покладає на осіб обов'язок і відповідальність за власне рішення і його реалізацію.

У Європі велика частка осіб зі станами залежності, які вчинили правопорушення, визнаються обмежено осудними або неосудними і проходять лікування з психосоціальною реабілітацією в спеціалізованих відділеннях судово-психіатричних клінік [2]. Україна тільки стає на європейський шлях гуманізації державної політики щодо осіб зі станами залежності. Зміна судово-психіатричних підходів до експертної оцінки станів залежності має стати одним із перших кроків на цьому шляху.

**Мета дослідження** – проаналізувати актуальні показники і проблеми судово-психіатричної експертизи станів залежності від ПАР.

## Матеріали та методи дослідження

У рамках проектів «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних розладів в учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» і «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин в кримінальному процесі: методологічні та організаційні засади» була відібрана і проаналізована вибірка з 410 підекспертних із залежністю від ПАР, в тому числі учасників бойових дій. Для аналізу і обробки даних застосовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи і метод судово-психіатричного аналізу.

## Результати та їх обговорення

У двох експертних установах м. Київ, які мають повноваження проводити судово-психіатричні експертизи (СПЕ) з усіх регіонів України, методом су-

цільної вибірки за 2013–2017 рр. було відібрано 410 експертних випадків з діагнозом синдрому залежності від ПАР. Дана вибірка була представлена групою осіб з алкогольною (218 випадків) і наркотичною (192 випадки) залежністю.

Контингент дослідження в переважній більшості складали чоловіки працездатного віку (387 випадків – 94,4 %), жінок було небагато (23 випадки – 5,6 %).

Дослідження виявило тенденцію до зростання встановлення діагнозів синдрому залежності від ПАР на експертизі. У 2013 р. таких випадків було 100, у 2014 р. – 142, у 2015 р. – 168, що збігається зі статистичними даними щодо поширеності та захворюваності на ці психічні розлади [3, 4]. Збільшення кількості СПЕ, в свою чергу, відображає погіршення криміногенної ситуації, пов'язаної з особами, що мають наркологічні проблеми.

Дослідження також показало, що особи з алкогольною залежністю (АЗ) переважно здійснюють агресивні суспільно небезпечні дії (СНД) проти життя і здоров'я (вбивства, тілесні ушкодження різного ступеня тяжкості, тортури). Особи із залежністю від наркотичних речовин (НЗ) притягуються до кримінальної відповідальності здебільшого за майнові злочини, незаконні операції з наркотиками, хуліганство.

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

У групі з НЗ злочини з агресивним компонентом, які супроводжувались насильством із заподіянням тілесних ушкоджень, становили 29,2 %, з них зі смертельним кінцем – 18,4 %, що достовірно нижче, ніж у групі осіб з АЗ.

Кількість жертв від спричинених агресивних злочинів перевищувала кількість підекспертних, які вчинили такі СНД.

Рецидивність суспільно небезпечних дій, особливо серед осіб з наркотичною залежністю, є найвищою серед усіх категорій психічно хворих.

Кримінальний досвід у минулому мали 62,8 % осіб з АЗ та 76,4 % наркозалежних. Переважна більшість з них притягувались до кримінальної відповідальності неодноразово. Майже у третини відмічалась негативна динаміка кримінального досвіду, від менш тяжких до вчинення тяжких злочинів.

Аналіз кримінального досвіду свідчить про високі показники повторюваності (рецидивності) кримінальних злочинів серед осіб із залежністю від ПАР та негативну динаміку їх кримінального досвіду. Це підтверджує неефективність існуючих профілактично-виправних заходів і свідчить про необхідність розробки і впровадження нових підходів до реабілітації таких осіб з метою запобігання рецидивуванню злочинів, що відповідає вимогам Стратегії та європейському досвіду.

Учасники бойових дій – особливий контингент, з яким зіткнулись судово-психіатричні експерти за останні 4 роки бойових дій на Сході України. Харак-

терним для них є високий відсоток (90,8 %) психічних розладів, нерідко коморбідних або поєднаних. Стани залежності від ПАР домінують у структурі експертних діагнозів і становлять 28,7 %; гостра алкогольна інтоксикація складає 48,3 %; невротичні, пов'язані зі стресом психічні розлади – 17,2 %.

У 50,6 % випадків психічні розлади були винесені в експертні діагнози. У 40,2 % випадків при наявності сталих, неодноразово задокументованих психічних розладів, таких як синдром залежності від ПАР, розлади особистості, а також лабораторно підтверджений стан алкогольного сп'яніння під час скоєння СНД, не виносились в експертні діагнози з формальною констатацією відсутності ознак психозу, недоумства та тяжких хронічних психічних захворювань, які могли б вплинути на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними під час скоєння правопорушення. Відсутність психічних розладів в анамнезі, під час інкримінованого діяння чи на СПЕ, а також відсутність стану алкогольного / наркотичного сп'яніння під час СНД спостерігали лише в 8 випадках – 9,2 %.

Усі діагнози, які встановлювали учасникам бойових дій до експертизи, були офіційно задокументовані лікарями-психіатрами після їх стаціонарного чи амбулаторного обстеження та лікування. При цьому комплексне вивчення матеріалів кримінальних проваджень з медичною документацією виявило тенденцію до гіпердіагностики стресогенних психічних розладів в учасників бойових дій та гіподіагностику психічних та поведінкових розладів унаслідок вживання ПАР.

Наведені дані про високу поширеність психічних розладів свідчать про серйозність проблеми, необхідність адекватної психосоціальної реабілітації учасників бойових дій з психічними розладами, які скоїли СНД. Критерії відбору контингенту для психосоціальної реабілітації мають міститись в експертних рекомендаціях після комплексної судово-психіатричної оцінки психічних розладів та їх впливу на генез правопорушення.

Загалом, згідно з експертними рішеннями, особи із залежністю від ПАР у більшості випадків були визнані осудними, тобто такими, що могли усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в момент вчинення злочину (93,4 %). Неосудними внаслідок психозів на момент правопорушень були визнані 4,4 %, обмежено осудними – 2,2 %.

Як показують вищевикладені дані, незважаючи на введення в кримінальному законодавстві з 2001 року інституту обмеженої осудності, експертні рішення про неповну здатність усвідомлювати значення своїх дій та / або керувати ними на момент правопорушення не мають практичного поширення. Це при тому, що понад 18 % підекспертних, крім психічних розладів, обумовлених зловживанням ПАР, мали комбіновану психічну патологію (органічні психічні розлади, розумову відсталість, розлади особистості тощо). Як свідчить практика, одиничність винесення таких експертних рішень обумовлена не стільки відсутністю чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних розладів внаслідок зловживання ПАР, скільки відсутністю

механізму і адекватних можливостей ведення такого пацієнта в подальшому. Мається на увазі, що пацієнт, визнаний обмежено осудним, може отримати амбулаторну психіатричну допомогу в примусовому порядку. Однак, з урахуванням тяжкості злочину та можливого перебування пацієнта в місцях позбавлення волі, залишається неясним, а часом і вкрай скрутним, вирішення питання, пов'язаного із забезпеченням йому амбулаторної психіатричної допомоги у необхідному обсязі і якості. Тому частіше осіб з синдромом залежності від ПАР визнають осудними з рекомендаціями протиалкогольного або протинаркотичного лікування в місцях позбавлення волі за їх згодою (63 %). При цьому високі показники повторюваності суспільно небезпечних дій свідчать про неефективність лікувальних і психосоціальних заходів як у системі охорони здоров'я, так і в пенітенціарних установах.

## Висновки

Високі показники захворюваності і поширеності психічних розладів внаслідок зловживання ПАР, криміногенність осіб з наркологічними проблемами і рецидивність скоєних ними правопорушень свідчать про актуальну необхідність змін судово-експертної оцінки станів залежності та підходів до подальшої реабілітації таких осіб. Реалізація Стратегії державної політики щодо наркотиків у частині запровадження альтернативного покарання лікування осіб із станами залежності є реальним механізмом впровадження європейського досвіду з профілактики вчинення повторних СНД такими особами.

## Список використаної літератури

1. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2020 року». Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-p> (дата звернення: 14.04.2018).
2. Олійник О. П. Організаційні та правові засади успішної ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів / О. П. Олійник / Архів психіатрії. – 2017. – Т. 23, № 1 (88). – С. 86–91.
3. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013–2015 рр. / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 2 (85). – С. 20–27.
4. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник 2013–2015 рр. // Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України; Центр медичної статистики МОЗ України. – Кіровоград: ПП «Поліум», 2016. – 80 с.

## References

1. Cabinet of Ministry of Ukraine. (28.08.2013). *Pro skhvalennya Stratehiyi derzhavnoyi polityky shchodo narkotykiv do 2020 roku* (Rozporядzhennya № 735-p) [On Approval of the State Drug Policy Strategy by 2020 (Order № 735-p)]. Available at: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-p> (accessed 14.04.2018). (In Ukrainian).
2. Oliynyk, O. P. (2017). *Orhanizatsiini ta pravovi zasady uspihnoi resotsializatsii sudovo-psykhiatrychnykh patsientiv* [Organizational and legal foundations of successful reintegration of forensic psychiatric patients]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 23, no. 1 (88), pp. 86–91. (In Ukrainian).
3. Pinchuk, I. Ya., Petrichenko, O. O., Kolodezhny, O. V., & Zdoryk, I. F. (2016). *Dynamika psykhychnoho zdorov'ia naselennia Ukrainy v period 2013–2015 rr.* [Dynamics of the mental health of population of Ukraine during 2013–2015]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, no. 2 (85), pp. 20–27. (In Ukrainian).
4. *Psykhichne zdorovia naselennia Ukrainy. Analitichno-statystychnyi dovidnyk 2013–2015 rr* [Mental health of population in Ukraine. Analytical and statistical handbook 2013–2015]. *Ukrainskyi NDI sotsialnoi i sudovoi psykhiatrii ta narkologii MOZ Ukrainy, Tsentr medychnoi statystyky MOZ Ukrainy* [Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine]. Kirovograd: PP «Polium», 2016, 80 p. (In Ukrainian).

## СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

О. П. Олейник

**Актуальность.** Статья посвящена изучению проблем судебно-психиатрической оценки состояний зависимости от психоактивных веществ.

**Цель** – проанализировать актуальные показатели и проблемы судебно-психиатрической экспертизы состояний зависимости от психоактивных веществ.

**Материалы и методы.** Проанализированы 410 случаев судебно-психиатрических экспертиз в отношении лиц с синдромом зависимости от психоактивных веществ, совершивших правонарушения. Выборка была представлена группой с алкогольной и наркотической зависимостью (соответственно 218 и 192 случая). Для анализа и обработки данных применяли клинично-anamnestic, клинично-психопатологический, социально-демографический, статистический методы и метод судебно-психиатрического анализа.

**Результаты.** Исследование выявило тенденцию роста установления диагнозов синдрома зависимости от ПАВ на экспертизе за последние годы. Увеличение количества судебно-психиатрических экспертиз отражает ухудшение криминогенной ситуации, связанной с лицами, имеющими наркологические проблемы.

На экспертизе лица с зависимостью от ПАВ в 93,4 % случаев признавались вменяемыми, невменяемыми вследствие психозов были признаны 4,4 %, ограниченно вменяемыми – 2,2 %. Единичность вынесения экспертных решений об ограниченной вменяемости обусловлена отсутствием четкого механизма и адекватных возможностей ведения таких пациентов в дальнейшем.

**Выводы.** Высокие показатели повторности общественно опасных действий свидетельствуют о неэффективности лечебных и психосоциальных мероприятий в системе здравоохранения и в пенитенциарных учреждениях. Это свидетельствует о необходимости изменения подходов к экспертизе и реабилитации зависимых лиц. Реализация Стратегии государственной политики в отношении наркотиков в части введения альтернативного наказания лицам с состояниями зависимости является реальным механизмом внедрения европейского опыта по профилактике повторных общественно опасных действий таких лиц.

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

## FORENSIC PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF DEPENDENCE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: CURRENT TRENDS, PROBLEM ASPECTS AND PERSPECTIVES

O. P. Oliynyk

**Background.** The article is devoted to the study of problems of forensic psychiatric assessment of states of dependence on psychoactive substances.

**Materials and methods.** 410 cases of forensic psychiatric examinations were carried out for persons with a syndrome of dependence on psychoactive substances who committed offenses. The sample was represented by a group with alcohol and drug dependence (218 and 192 cases, respectively). We used clinico-anamnestic, clinical-psychopathological, socio-demographic, statistical methods and the method of forensic psychiatric analysis for the analysis and processing of data.

**Objective** – to analyze actual indicators and problems of forensic psychiatric examination of states of dependence on psychoactive substances.

**Results.** The study revealed a trend in the growth of the establishment of diagnoses of the syndrome of dependence on surfactants on examination in recent years. The increase in the number of forensic psychiatric examinations reflects a worsening of the crime situation related to people with substance abuse problems.

On examination, persons with dependence on surfactants in 93.4 % of cases were considered sane. Due to psychosis, 4.4 % were considered insane. 2.2 % were considered to be extremely sane. The individuality of making expert decisions on limited sanity is due to the lack of a clear mechanism and adequate opportunities for conducting such patients in the future.

**Conclusions.** High rates of repetition of socially dangerous actions indicate ineffectiveness of medical and psychosocial interventions in the health care system and in penitentiary institutions. This indicates the need to change approaches to the examination and rehabilitation of dependent persons. Implementation of the State Drug Policy Strategy in terms of introduction, alternative punishment, treatment of dependents is a real mechanism for introducing European experience in preventing repeated socially dangerous actions of such persons.

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

*Стаття надійшла до редакції 23.04.2018 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

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

ЩОРІЧНА МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
«УКРАЇНЬСЬКА ПСИХІАТРІЯ У СВІТІ, ЩО ШВИДКО ЗМІНЮЄТЬСЯ»  
(25-27.04.2018, м. Київ, Україна)

25–27 квітня 2018 р. в м. Київ проходила науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія України в світі, що швидко змінюється».

Конференцію організовано Українським науково-дослідним інститутом соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України та Асоціацією психіатрів України за підтримки Міністерства охорони здоров'я України, Асоціації психіатрів України та Благодійного фонду розвитку інновацій медицини «РІМОН».

Конференція зареєстрована у Реєстрі з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій МОЗ та НАМН України, які проводитимуться у 2018 році (реєстровий № 95). Цього року конференція мала статус «Co-Sponsored Meeting» Всесвітньої психіатричної Асоціації (World Psychiatric Association) та була акредитована Європейською радою з акредитації безперервної медичної освіти (European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)). За участь у конференції кожен учасник отримав по 18 балів (18 Credit Points). Ці бали зараховуються до загальної кількості балів Системи безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я.

Основні наукові напрямки конференції:

- Від організації психіатричної допомоги до організації охорони психічного здоров'я.
- Охорона психічного здоров'я людей літнього та похилого віку.
- Діагностика та терапія гіперкінетичних розладів у дітей та підлітків.
- Діти та молоді дорослі з розладами аутистичного спектра та шизофренією: актуальні питання медико-соціальної експертизи.

- Неепілептичні судоми: погляд на проблему через призму дитячої неврології та психіатрії.
- Діагностика та терапія розладів харчової поведінки. Підготовка фахівців: реалії та потреби.
- Обмін технологіями у сфері залежностей (ATTC Project Symposium).
- Війни та конфлікти: охорона психічного здоров'я в контексті війни та на окупованих територіях.
- Психосоціальна реабілітація осіб із психічними розладами.

У роботі конференції брали участь науковці, молоді вчені, докторанти, аспіранти, лікарі – психіатри, сімейні лікарі, організатори охорони здоров'я, соціальні працівники, медсестри, психологи.

Усього в конференції взяли участь 436 осіб, у тому числі 258 осіб з регіонів України та 178 осіб із м. Київ. У роботі конференції взяли участь фахівці зі Сполучених Штатів Америки (7 осіб), Німеччини (4 особи), Великої Британії (3 особи), Литви (2 особи), Ірану (2 особи), Нідерландів (2 особи), Франції (1 особа) та Норвегії (1 особа).

За підсумками конференції було видано 363 сертифікати про участь.

За матеріалами конференції у науково-практичному журналі «Архів психіатрії» (Т. 24, № 1 (92), 2018 р.), який входить до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук, опубліковано тези доповідей учасників.

# REPORT ON THE MEETINGS, WORKSHOP & TRAINING COURSE ADDICTION TECHNOLOGY TRANSFER CENTER NETWORK APRIL 27-28, 2018, KYIV, UKRAINE

*A meeting of the working group on the development of standards of rehabilitation in Ukraine was held. The organization AIDS Foundation East-West – AFEW, upon request from the Ministry of Social Policy, is developing a draft of standards in accordance to model approved by the Ministry of Social Policy in a short time. For the development of the document, the representatives of the ministries, stakeholders and representatives of the consumers organizations are involved. After drafting a document, it is expected that it will be field tested in several rehabilitation centers with subsequent analysis and revision.*

## Workgroup Meeting «Standards of treatment and rehabilitation» April 27th



### Workgroup key topics:

- Process of development and adoption standards in Ukraine
- Standards of addiction rehabilitation
- Licensing of rehabilitation centers
- Certification and education of specialists

### Chairs:

- Igor Koutsenok (USA). MD, Professor of Psychiatry University of California San Diego, Director of I-ATTC in Ukraine
- Iryna Pinchuk (Ukraine). MD, PhD, Director of Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine

**Participants:** 15 representatives of Ministry of Social Policy, Ministry of Health, NGOs, stakeholders.



## Workgroup Meeting «Masters program in addictions» April 27th

During the working meeting, the possibility of creating a master's program for medical and non-medical specialists on the basis of Ukrainian research Institute of Social and Forensic Psychiatry and drug Abuse was discussed. The main focus of this program is on non-medical personnel working in rehabilitation centers and providing assistance on the basis of standards of addiction treatment. The need for a state mechanism, which would indicate the availability of addiction certified specialists as one of the requirements for the establishment of the rehabilitation center, was discussed. A masters program could be considered in this way.

In the absence of a system of licensing non-state rehabilitation centers, difficulties may arise at the stage of wide introduction of these standards into practice. In this regard, the Ministry of Social Policy proposes the creation of a single register of rehabilitation centers. The second difficulty can directly concern practitioners, who will implement standards into their work. Different levels of education, absence of a profession addiction counselor and lack of certification of specialists who provide addiction rehabilitation - can not guarantee quality of implementation of standards in practice.

The ATTC is ready to provide expert opinion on the draft copy of the rehabilitation standards, as well as to introduce programs for the training of non-medical specialists.



To create a master's program, it is needed to carefully study the issue of creating master's programs in Ukraine and their certification.

The ATTC is ready to help with the introduction of UTC and UPC in the curriculum of the master's program.

## **Workgroup key topics:**

- Education of non-medical specialists in Ukraine
- Process of development and adoption masters program in Ukraine
- Masters program in Addictions: target audience, certification, duration, curriculum

## **Chairs:**

- Igor Koutsenok (USA). MD, Professor of Psychiatry University of California San Diego, Director of I-ATTC in Ukraine
- Iryna Pinchuk (Ukraine). MD, PhD, Director of Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine

**Participants:** 10 – representatives from Ukrainian Research Institute, UPA, international universities (Norway, USA).

## **Meeting «Risk and resiliency factors in initiation of substance use in children and adolescents» April 27th**

During the meeting, the current state of assistance to children and adolescents who use psychoactive substances, in the world and in Ukraine, as well as issues of prevention were discussed. The lack of children's psychiatrists and the lack of competence of non-medical specialists in this matter do not contribute to an early resolution of this problem.



The possibility of organizing educational programs on addictions by ATTC for specialists who work with children was discussed.

## **Meeting key topics:**

- Use of psychoactive substances by children, adolescents and youth
- Evidence based practices of prevention and interventions
- Collaborative work of specialists in addressing substance use problem in children&youth
- How ATTC can help

## **Chairs:**

- Igor Koutsenok (USA). MD, Professor of Psychiatry University of California San Diego, Director of I-ATTC in Ukraine
- Iryna Pinchuk (Ukraine). MD, PhD, Director of Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine

**Participants:** 29 - participants with medical (psychiatrists and children psychiatrists) and non-medical background (specialists from rehabilitation programs and centers).

## **Workshop motivational interviewing, April 27th**

On 27 of April The International Addiction Technology Center in Ukraine (I-ATTC) held a workshop «Pragmatic of the motivation management in patients with addictions». The event took place in the Ultramarine conference center as part of the Annual International Conference «Ukrainian Psychiatry in the Fast-Changing World», Kyiv, Ukraine. Lecturers were Sherry Larkins, MD, Co-Director of I-ATTC Ukraine and Anna Blyum, PhD Student, I-ATTC Coordinator. The aim of the workshop was to demonstrate the methodology of motivational interview to Ukrainian psychology & psychiatry specialists.

Workshop consisted of two parts - interactive lectures, accompanied by Power Point presentations and participants work in the groups. The first lecture «Motivational Interviewing» was presented by Anna Blyum, who showed that MI is as a powerful and flexible tool for specialists who work with addictions. The second lecture was «How Drugs Affect Brain and Behavior & Motivational Approaches to Engage Patients and Support Change» by Sherry Larkins. Afterwards all participants were divided into groups of three people to work on the case on alcohol dependence. In each group there were two therapists and one client with alcohol dependence. Therapists needed to conduct a motivational intervention to practice newly obtained knowledge and skills.

In the end, all participants had opportunity to express their impressions and ask questions about workshop they completed. Obtained feedback about course quality was between positive and very positive.

## **Workshop key topics:**

- Motivational interviewing
- Drugs effect on brain and behavior
- Addiction development mechanism
- Use of Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)

**Chairs:**

- Sherry Larkins (USA). MD, professor at UCLA, Co-director of I-ATTC Ukraine.
- Anna Blyum (USA). PhD student at UCSD/SDSU Joint Doctoral Program, I-ATTC Coordinator.
- Yulia Yachnik (Ukraine). MD, I-ATTC Project Coordinator, Research Associate of the Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of MoH Ministry of Health of Ukraine

**Participants:** 44 – medical practitioners and specialists in psychosocial sphere

**Training course, April 28th**

On 28 of April The International Addiction Technology Center in Ukraine (I-ATTC) provided a training course «The current science on the nature of substance use disorders and treatment – knowledge dissemination strategies». The event happened in the Premier Hotel Lybid, Kyiv, Ukraine. Training was provided by Igor Koutsenok, MD, Director of I-ATTC in Ukraine, Sherry Larkins, MD, Co-Director of I-ATTC Ukraine, Iryna Pinchuk, MD, Director of I-ATTC in Ukraine, Anna Blyum, PhD Student, I-ATTC Coordinator. The meeting was cross-sectional as there were representatives of public organizations, psychologists, psychiatrists and faculty members.

The training course included both lectures, interactive exercises and group work. The aim was to provide deep science-based understanding of addiction development risk factors and up-to-date treating methods.

The meeting began with a prelude, in which organizers presented themselves, an aim of I-ATTC in Ukraine and highlighted work plan for the day. Afterwards, participants were divided in groups and were asked to get acquainted with each other, then - to make a list of

topics of interest for the current meeting. Further, lectures «Biological risk and vulnerability factors», «Environmental risk and vulnerability factors», «Individuals risk and vulnerability factors», «Understanding of treatment as a continuum» by Prof. Igor Koutsenok followed. In the last part of the training participants in groups completed the exercises to consolidate received knowledge – they were asked to develop a presentation about addiction risk factors.

In the end, all participants had opportunity to share their impressions and ask questions about training course they have completed. Received feedback grade was between positive and very positive.

**Training course key topics:**

- Biological risk and vulnerability factors
- Environmental risk and vulnerability factors
- Individuals risk and vulnerability factors
- Up-to-date treatment methods

**Chairs:**

- Igor Koutsenok (USA). MD, Professor of Psychiatry University of California San Diego, Director of I-ATTC in Ukraine
- Sherry Larkins (USA). MD, professor at UCLA, Co-director of I-ATTC Ukraine.
- Iryna Pinchuk (Ukraine). MD, PhD, Director of Ukrainian Scientific Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine
- Anna Blyum (USA). PhD student at UCSD/SDSU Joint Doctoral Program, I-ATTC Coordinator.

**Participants:** 42 – representatives from institutes of higher education who provide education on mental health and addictions and practitioners who provide actual addiction treatment and rehabilitation.