

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

Науково-практичний журнал  
Том 24, № 3 (94) '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: jar.ukraine@gmail.com, web-site: www.undisspn.org.ua

**Видавець**

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

**Адреса видавця**

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

Дизайн і верстка: ТОВ «Медікс груп»

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 7 від 05.09.2018 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. №440.  
Підписано до друку: 28.09.2018 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. 3 (94) '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 № 7 dated 05.09.2018).

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

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

Order No. 440. Signed for print: 28.09.2018

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.

## ЗМІСТ

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

|                                                                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>В. Я. Пішель, О. О. Древицька, М. Ю. Поливіяна</i><br>ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ У СТРУКТУРІ<br>РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У КОМБАТАНТІВ<br>(ЗА ДАНИМИ ОФІЦІЙНОЇ СТАТИСТИКИ 2015–2017 РР.) . . . . .              | 132 |
| <i>В. Л. Наумов</i><br>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ<br>ПРОЯВІВ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ,<br>ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ<br>ТА ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ<br>В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ. . . . . | 136 |

### КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

|                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Н. В. Костюченко, О. О. Фільц</i><br>РІВЕНЬ ТА ЯКІСНИЙ СКЛАД ПОЗИТИВНОЇ<br>СИМПТОМАТИКИ ЗА ШКАЛОЮ PANSS<br>У ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ<br>ТА ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ ЗАЛЕЖНО<br>ВІД ПСИХОАКУСТИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ. . . . . | 142 |
| <i>С. Д. Савка</i><br>СТРУКТУРА КОМОРИДНИХ НЕПСИХОТИЧНИХ<br>ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ<br>НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ. . . . .                                                                                                           | 146 |
| <i>О. С. Юрценюк</i><br>КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ<br>НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ<br>У СТУДЕНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ. . . . .                                                                                   | 149 |
| <i>В. І. Коростій, І. Ю. Блажніна, Н. М. Іванова</i><br>НЕДЕМЕНТНІ КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ:<br>ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ. . . . .                                                                                                   | 153 |

### ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

|                                                                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>К. В. Дубовик, І. А. Марценковський, І. Ф. Здорик, М. О. Матусова</i><br>КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ: КОМОРИДНІСТЬ<br>ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З РОЗЛАДАМИ<br>АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА . . . . . | 158 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

|                                                                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>О. П. Олійник</i><br>СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ<br>ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ,<br>ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ . . . . . | 163 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## CONTENTS

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

|                                                                                                                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>V. Ya. Pishel, O. O. Drevitska, M. Yu. Polyviana</i><br>PSYCHOTIC DISORDERS IN THE STRUCTURE OF MENTAL<br>AND BEHAVIOURAL DISORDERS IN COMBATANTS<br>ACCORDING TO OFFICIAL STATISTICS FOR 2015-2017). . . . .                               | 132 |
| <i>V. L. Naumov</i><br>PECULIARITIES OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL<br>PECULIARITIES PERSON WITH ADAPTATION<br>DISORDERS, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER<br>AND POST-STRESS PERSONAL DISORDERS<br>FOR PARTICIPANTS OF MILITARY ACTION. . . . . | 136 |

### CLINICAL PSYCHIATRY

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>N. V. Kostyuchenko, O. O. Filts</i><br>LEVEL AND QUALITATIVE COMPOSITION OF POSITIVE<br>SYMPTOMS ACCORDING TO THE SCALE OF PANSS<br>IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA AND<br>SCHIZOAFFECTIVE DISORDER DEPENDING<br>ON PSYCHOACOUSTICS ABILITIES . . . . . | 142 |
| <i>S. D. Savka</i><br>STRUCTURE OF COMORBID NON-PSYCHOTIC<br>MENTAL DISORDERS IN PATIENTS<br>WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. . . . .                                                                                                                                    | 146 |
| <i>O. S. Yurtsenyuk</i><br>CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES<br>OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS<br>IN STUDENTS AT DIFFERENT STAGES OF STUDYING . . . . .                                                                                                 | 149 |
| <i>V. I. Korostiy, I. Yu. Blazhina, N. M. Ivanova</i><br>COGNITIVE IMPAIRMENT IN ADULTS WITH EPILEPSY:<br>HISTORICAL ASPECTS . . . . .                                                                                                                             | 153 |

### CHILD'S PSYCHIATRY

|                                                                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>K. V. Dubovyk, I. A. Martsenkovsky, I. F. Zdoryk, M. O. Matusova</i><br>CLINICAL POLYMORPHISM: COMORBIDITY<br>OF MENTAL DISORDERS IN INDIVIDUALS<br>WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS . . . . . | 158 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### FORENSIC PSYCHIATRY

|                                                                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>O. P. Oliinyk</i><br>EXPERT EVALUATION OF THE COMBINED PSYCHIATRIC<br>PATHOLOGY IN PERSONS WHO ARE ADDICTED<br>TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES . . . . . | 163 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ  
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-036.22:314.44

В. Я. Пішель\*, О. О. Древицька, М. Ю. Полив'яна  
ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ У СТРУКТУРІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ  
ТА ПОВЕДІНКИ У КОМБАТАНТІВ  
(за даними офіційної статистики 2015–2017 рр.)

ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії», м. Київ, Україна

**Актуальність.** До сьогодні остаточно не визначено особливості формування та перебігу, методи раннього виявлення та прогноз психотичних розладів в учасників бойових дій. Також є мало досліджень щодо результативності терапії, етапності надання допомоги та реабілітації хворих зазначеної категорії.

**Мета дослідження** – визначити структуру захворюваності на психотичні розлади в учасників бойових дій на Сході країни у 2015–2017 рр.

**Матеріали та методи.** Здійснено аналіз структури захворюваності на психотичні розлади комбатантів, які перебували на стаціонарному лікуванні у закладах охорони здоров'я психіатричного профілю, за даними офіційної статистики за 2015–2017 рр.

**Результати.** Аналіз даних офіційної статистики МОЗ України за 2015–2017 рр. показав, що у переважній більшості військових (понад 90 %), які перебували на стаціонарному лікуванні в закладах охорони здоров'я психіатричного профілю, було діагностовано психічні розлади неспотвореного рівня. Психотичні розлади у цієї категорії пацієнтів у 2017 р. склали 6,6 % (255 випадків), однак є підстави припустити, що реальна кількість хворих з розладами психотичного рівня може бути значно вищою. За результатами дослідження визначено структуру психотичних розладів у комбатантів, серед яких в 2017 р. переважали розлади рубрики F20-25 «Шизофренія, шизотиповий та маячні розлади» – 58,8 % (150 осіб). Також встановлено зростання кількості хворих з розладами цієї рубрики в 2017 р., порівняно з 2015 р. (150 проти 113), за рахунок пацієнтів з діагнозом F20 «Шизофренія» (68 проти 29), F25 «Шизоафективний розлад» (9 та 2) та F22, F28-29 «Хронічні маячні та інші психотичні розлади (11 та 2 відповідно).

**Висновки.** Аналіз даних щодо захворюваності військових на розлади психіки та поведінки в 2015–2017 рр. дозволив визначити питому вагу та структуру психотичних розладів у хворих цієї категорії. Подальші дослідження проблеми психотичних розладів у комбатантів, у тому числі поглиблене вивчення та аналіз медичної документації, дозволять удосконалити надання своєчасної лікувально-діагностичної та ефективної медико-соціальної допомоги хворим даної категорії.

**Ключові слова:** структура психотичних розладів, учасники бойових дій, захворюваність, офіційна статистика.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ У КОМБАТАНТОВ  
(по данным официальной статистики за 2015–2017 гг.)

В. Я. Пишель\*, О. О. Древицкая, М. Ю. Поливьяная

ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

**Актуальность.** К настоящему времени окончательно не определены особенности формирования и течения, методы раннего выявления и прогноз психотических расстройств у участников боевых действий. Также существует слишком мало исследований по результативности терапии, этапности оказания помощи и реабилитации указанной категории больных.

**Цель исследования** – определить структуру заболеваемости психотическими расстройствами у участников боевых действий на Востоке страны в 2015–2017 гг.

**Материалы и методы.** Осуществлен анализ структуры заболеваемости психотическими расстройствами у комбатантов, которые находились на стационарном лечении в учреждениях здравоохранения психиатрического профиля, по данным официальной статистики за 2015–2017 гг.

**Результаты.** Анализ данных официальной статистики МЗ Украины за 2015–2017 гг. показал, что у подавляющего большинства военных (более 90 %), которые находились на стационарном лечении в учреждениях здравоохранения психиатрического профиля, были диагностированы психические расстройства неспотвореного уровня. Психотические расстройства у данной категории пациентов составили в 2017 г. 6,6 % (255 случаев), однако есть основания предположить, что реальное количество больных с расстройствами психотического уровня может быть значительно выше. По результатам исследования определена структура психотических расстройств у комбатантов, среди которых в 2017 г. преобладали расстройства рубрики F20-25 «Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства» – 58,8 % (150 человек). Также установлен рост количества больных с расстройствами данной рубрики в 2017 г., по сравнению с 2015 г. (150 против 113) за счет пациентов с диагнозом F20 «Шизофрения» (68 против 29), F25 «шизоаффективное расстройство» (9 и 2) и F22, F28-29 «Хронические бредовые и психотические расстройства (11 и 2 соответственно).

**Выводы.** Анализ данных по заболеваемости военных расстройствами психики и поведения в 2015–2017 гг. позволил определить удельный вес и структуру психотических расстройств у данной категории больных. Дальнейшие исследования проблемы психотических расстройств у комбатантов, в том числе углубленное изучение и анализ медицинской документации, позволят усовершенствовать предоставление своевременной лечебно-диагностической и эффективной медико-социальной помощи больным данной категории.

**Ключевые слова:** структура психотических расстройств, участники боевых действий, заболеваемость, официальная статистика.

PSYCHOTIC DISORDERS IN THE STRUCTURE OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS IN COMBATANTS  
(according to official statistics for 2015–2017)

V. Ya. Pishel\*, O. O. Drevitska, M. Yu. Polyviana

State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Background.** To date, the specific features of formation and course, methods of early detection and prognosis of psychotic disorders among combatants have not been finally determined. Also, there are too few studies on the effectiveness of therapy, the stages of care and rehabilitation of this category of patients.

**Objective** – to determine the structure of the morbidity of psychotic disorders among combatants in the east of the country in 2015–2017.

**Materials and methods.** The analysis of the structure of morbidity of psychotic disorders in combatants who were on inpatient treatment in psychiatric health facilities according to official statistics for 2015–2017 was carried out.

**Results.** Analysis of the official statistics of the Ministry of Health of Ukraine for 2015–2017. He showed that the overwhelming majority of military (more than 90 %) who were on inpatient treatment in psychiatric health facilities were diagnosed with mental disorders of the nonpsychotic level. Psychotic disorders in this category of patients in 2017 amounted to 255 cases (6.6 %), but there is reason to assume that the actual number of patients with psychotic disorders can be significantly higher. Based on the results of the study, the structure of psychotic disorders in combatants was determined, among them in 2017. Fragments of F20–25 «Schizophrenia schizotypic and delusional disorders» predominated – 150 people (58.8 %). In addition, an increase in the number of patients with disorders of this rubric was established in 2017. Compared to 2015 (150 vs. 113), due to patients diagnosed with F20 «Schizophrenia» (68 versus 29), F25 «schizoaffective disorder» (9 and 2) and F22, F28 – 29 «Chronic delusional and psychotic disorders (11 and 2, respectively).

**Conclusions.** Analysis of data on the incidence of military disorders of the psyche and behavior in 2015–2017. Have allowed to define specific gravity and structure of psychotic disorders in the given category of patients. Further studies of the problem of psychotic disorders in combatants, including in-depth study and analysis of medical records, will improve the provision of timely medical-diagnostic and effective medical and social care for patients in this category.

**Keywords:** structure of psychotic disorders, combatants, morbidity, official statistics.

**For citation:** Pishel V. Ya., Drevitska O. O., Polyviana M. Yu. Psychotic disorders in the structure of mental and behavioural disorders in combatants (according to official statistics for 2015–2017). *Arkhiv Psykhatrii*, 2018, 24(3): 132–135. (In Ukr.)

\*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): v\_pishel@yahoo.com

Received / Поступила: 20.05.2018

Accepted / Прийнята до друку: 03.08.2018

**Актуальність.** Протягом останніх чотирьох років значно зростає кількість осіб із посттравматичними психічними розладами, що пов'язано з продовженням активних бойових дій на Сході України. Особливо уразливі безпосередні учасники бойових дій. Бойова психічна травма (БПТ) у комбатантів наразі значно поширена і є актуальною та соціально значимою проблемою сучасної вітчизняної психіатрії.

Проте, не зважаючи на існуючі теоретичні та практичні дослідження БПТ, багато її аспектів залишаються несистематизованими та нерозкритими повною мірою. Такі дослідження досі стосуються переважно питань діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розладів адаптації. Проте дана категорія психічних розладів, зокрема психотичних, потребує уточнення клінічних проявів, систематизації, розробки діагностичних та прогностичних критеріїв й не має єдиної термінологічної бази. До сьогодні остаточно не визначено особливості формування та перебігу, методи раннього виявлення та прогноз психотичних розладів у учасників бойових дій. Також є занадто мало досліджень щодо результативності терапії, етапності надання допомоги та реабілітації зазначеної категорії хворих.

Дані літератури вказують на дуже високий рівень коморбідності БПТ з іншими психічними захворюваннями – до 75 %. Так, психотичну симптоматику виявляють у 24 % учасників бойових операцій, а депресивний епізод з психотичними симптомами – у 15 %. Також встановлено, що при бойовому ПТСР продуктивна психотична симптоматика може спостерігатись у 52 % військовослужбовців, що значно вище, ніж у пацієнтів в мирний час – 17 % [1–5].

На сьогодні питання діагностики психотичних розладів у комбатантів залишаються актуальними. Дуже часто психотичні розлади при БПТ не відповідають в повній мірі жодній з рубрик МКХ-10. Так, у пацієнтів, у яких на перший план виступає симптоматика ПТСР або розладів адаптації, не діагностують психотичні розлади, а у комбатантів з психотичною симптоматикою не діагностують ПТСР. Варто підкреслити, що реальна клінічна картина БПТ, порівняно з критеріями МКХ-10, більш поліморфна, складна та має ряд особливостей, зокрема, якщо включає в себе психотичні прояви.

Дослідження структури захворюваності та поширеності розладів психотичного рівня у комбатантів дозволить удосконалити діагностичні критерії їх вчасного виявлення та оптимізувати лікувально-реабілітаційну допомогу даній категорії хворих.

**Мета дослідження** – визначити структуру захворюваності на психотичні розлади в учасників бойових дій на Сході країни у 2015–2017 рр.

## Матеріали та методи дослідження

Здійснено аналіз структури захворюваності на психотичні розлади у комбатантів, які перебували на стаціонарному лікуванні у закладах охорони здоров'я психіатричного профілю, за даними офіційної статистики за 2015–2017 рр.

Використано інформаційно-аналітичний і статистичний методи дослідження.

## Результати та їх обговорення

При оцінці статистичних даних щодо розладів психіки та поведінки у комбатантів особливу увагу було приділено аналізу структури захворюваності на психотичні розлади у даній категорії хворих.

У міжнародній класифікації психічних і поведінкових розладів МКХ-10 психотичні порушення віднесено до рубрик з таких розділів:

1. F0 Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади:

1) F05 Делірій, не обумовлений алкоголем або іншими психоактивними речовинами;

2) F06 Інші психічні розлади внаслідок ураження або дисфункції головного мозку, чи внаслідок фізичної хвороби (F06.0 Органічний галюциноз; F06.1 Органічний кататонічний розлад; F06.2 Органічний маячний шизофреноподібний розлад).

2. F1 Психічні і поведінкові розлади унаслідок вживання психоактивних речовин:

1) F1x.4 Стан відміни з делірієм;

2) F1x.5 Психотичний розлад;

3) F1x.75 Пізнє виникнення психотичного розладу з пізнім дебютом.

3. F2 Шизофренія, шизотипові і маячні розлади:

1) F20 Шизофренія;

- 2) F21 Шизотиповий розлад;
- 3) F23 Гострі і транзиторні психотичні розлади;
- 4) F25 Шизоафективний розлад;
- 5) F28 Інші неорганічні психотичні розлади.
4. F3 Афективні розлади настрою:

- 1) F30.2 Манія з психотичними симптомами;
- 2) F31.2 Біполярний афективний розлад, поточний маніакальний епізод з психотичними симптомами;
- 3) F31.5 Біполярний афективний розлад, поточний епізод тяжкої депресії з психотичними симптомами;
- 4) F32.3 Тяжкий депресивний епізод з психотичними симптомами;
- 5) F33.3 Рекурентний депресивний епізод, поточний епізод тяжкий, з психотичними симптомами.

Діагнози глави F за МКХ-10 «Розлади психіки та поведінки» (наркологія і психіатрія, усі групи нагляду) у 2015 році було встановлено 3 796, у 2016 р. – 3 363, у 2017 р. – 3 886 військовим.

Серед них із діагнозами рубрики F00-F09 «Органічні, включно з симптоматичними, психічні розлади» у 2015 році перебувало на стаціонарному лікуванні 244 особи (6,4 % від усіх військових, які були виписані з психіатричного стаціонару), у 2016 році – 347 осіб (10,3 %), а в 2017 – 548 осіб (14,1%). Отже, спостерігається тенденція до збільшення пацієнтів з діагнозами даної діагностичної належності, що може бути пов'язано з наслідками черепно-мозкових травм та контузій. Відносно невеликий їх відсоток може свідчити про переважне лікування таких хворих у неврологічних клініках, де, як правило, пацієнтам не встановлюють психіатричних діагнозів.

Серед пацієнтів з діагнозами цієї рубрики психози мали місце у 15 осіб (6,1 %) в 2015 році та у 42 (7,7 %) у 2017 році. Тобто цей показник залишався досить стабільним, незважаючи на значне зростання загальної кількості хворих з діагнозами рубрики F00-F09 за цей період часу (в 2,2 раза).

Серед військових, виписаних із психіатричних та наркологічних стаціонарів, найбільше пацієнтів було з діагнозами рубрики F10-F19 «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин»: у 2015 році – 1 877 хворих (49,5 % від загальної кількості), у 2016 – 1 885 хворих (56,5 %), в 2017 – 1 956 хворих (50,3 %), з них переважна більшість – через вживання алкоголю (в 2017 році – 1 656 (84,7 %)). Серед останніх психотичні розлади (стан відміни алкоголю з делірієм F10.4) було діагностовано у 42 пацієнтів (0,025 %). Загалом відсоток пацієнтів з психозами серед хворих з алкогольною залежністю коливається від 2,8 до 15 (у середньому – 10 %, за даними ВООЗ). Отже, можна припустити, що реальна кількість хворих з психотичними розладами внаслідок вживання алкоголю значно перевищує кількість таких осіб із зареєстрованими діагнозами. В абсолютних та відносних цифрах (до всіх виписаних пацієнтів) у 2017 році спостерігалось незначне зменшення кількості військових, що були виписані зі стаціонару з діагнозами рубрики F10-F19.

Психотичні розлади діагностичної рубрики F20-F29 «Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади» серед військових, які були виписані із психіатричних стаціонарів, були представлені наступним чином: у 2015 році – 113 хворих, у 2016 – 89 хворих. Певне зниження кількості таких хворих в 2016 році можна пояснити неба-

жанням стигматизації військових, однак це припущення потребує додаткового аналізу медичної документації.

У 2017 році з діагнозами рубрики F20-29 виписано 150 хворих, з них шизофренію (F20) було діагностовано у 68 осіб (у 2015 році – лише у 29 військових), шизотиповий розлад (F21) – у 8 осіб (у 2015 році – у 4), гострі та транзиторні психотичні розлади (F23) – у 54 осіб (в 2015 році – у 76, ймовірно, для подальших спостережень і зменшення стигматизації), шизоафективний розлад (F25) – у 9 хворих (в 2015 році – у 2), хронічні маячні та інші психотичні розлади (F22, F28-29) – у 11 пацієнтів (у 2015 році тільки у 2).

Структуру психотичних розладів діагностичної рубрики F20-29 у військових у 2017 р. у порівнянні з 2015 р. наведено на рисунку 1.

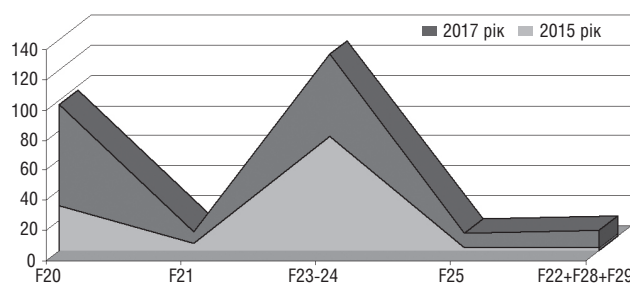


Рис. 1. Динаміка розподілу розладів рубрики F20-29 у військових, які були виписані зі стаціонару в 2015 і 2017 роках (абсолютні числа)

Невротичний рівень розладів (рубрика «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» F40-F49) серед психіатричних діагнозів зустрічався доволі часто, що є закономірним явищем для ситуації, за якої діють надзвичайно інтенсивні психогенні фактори. У 2015 році виписано зі стаціонару 1 424 військових з діагнозами вищезазначеної рубрики (37,6 % від усіх хворих з діагнозами глави F МКХ-10), в 2016 році – 864 (25,7 %), у 2017 – 1 058 (27,2 %).

Коливання показника захворюваності на психічні розлади невротичного рівня потребує подальших поглиблених досліджень медичної документації, оскільки може свідчити про гіпердіагностику в 2015 році щодо цих розладів, які в подальшому лікарі стали оцінювати інакше (ймовірно, в рубриці F10-F19 «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин», оскільки в 2015 році прагнули уникнути стигматизації військових відносно їх залежності від ПАР).

Можна спостерігати однакову кількість хворих з діагнозами рубрики F30-F39 «Афективні розлади настрою»: 35 у 2015 і 2016 роках, що склало 0,9 % і 1,0 % відповідно від загальної захворюваності на психічні розлади і зростання їх кількості до 47 у 2017 році, з них 20 – психотичного рівня (0,5 %).

Пом'якшена стигматизація рубрики F50-F59 може бути причиною зростання числа діагнозів «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами»: в 2015 році – лише 2 випадки проти 25 та 16 у 2016 і 2017 роках відповідно).

Не виключено, що за три роки можна спостерігати більш реалістичну картину відносно діагнозів рубрики F60-F69 «Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади»: у 2015 році виписано 20 таких пацієнтів, у 2016 році – 30, у 2017 році – 72 хворих. Ці дані можуть свідчити про об'єктивну картину наявності серед військових осіб з особистісними розладами та розладами поведінки. З іншого боку, припус-



каємо, що дослідження медичної документації цієї групи пацієнтів допомогли б виявити дебют ендегенних захворювань у частини військовослужбовців з такими діагнозами.

Розлади рубрики F70-F79 «Розумова відсталість» в 2015 році були діагновані у 8 військових, в 2016 році – у 7, у 2017 році – у 5 осіб. Детальний аналіз історій хвороб цих пацієнтів також може підтвердити наявність ендегенного захворювання у окремих військових, оскільки розумову відсталість діагностують ще у молодшому віці, на етапі медичного огляду призовників. Такі особи не повинні залучатися до військової служби, тим паче в місцях активних бойових дій. Отже, у частини таких хворих не виключається прогресування апато-абулічних проявів, особистісного зниження і порушення мислення, які призвели до клінічної картини, маскою яких стало начебто інтелектуальне зниження.

У 2015 році з діагнозом «здоровий» виписано 68 осіб, у 2016 році – 76 осіб, у 2017 році – 70 осіб, що суттєво не відрізняється і може свідчити про наявність близько 2 % пацієнтів, психічний розлад яких тривав короткий час і був наслідком бойової психічної травми.

Структуру розладів психотичного рівня у військових, які перебували на стаціонарному лікуванні у 2017 році, наведено на рисунку 2.

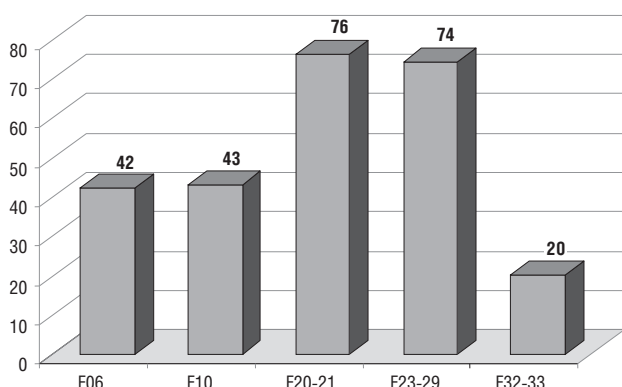


Рис. 2. Розподіл розладів психотичного рівня за діагностичними рубриками МКХ-10 у військових, виписаних з психіатричного стаціонару у 2017 році (абсолютні числа)

Як видно з рисунка 2, у структурі психотичних розладів у військових в 2017 р. переважали розлади діагностичної рубрики F20-29 «Шизофренія, шизотиповий та маячні розлади» – 150 хворих (58,8 %). Водночас ще у 105 пацієнтів було діагновано психотичні розлади, що належали до інших рубрик МКХ-10 (F06, F10, F32-33). Загалом пацієнти з розладами психотичного рівня склали 6,6 % від усіх пацієнтів психіатричного профілю, що були виписані зі стаціонару.

#### Відомості про авторів:

**ПІШЕЛЬ Віталій Ярославович** – д-р. мед. н., проф., завідувач відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: v\_pishel@yahoo.com

**ДРЕВИЦЬКА Оксана Остапівна** – д-р. мед. н., доцент, завідувач відділу психосоматичної медицини та психотерапії, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: drevitska@ukr.net

**ПОЛІВ'ЯНА Марина Юріївна** – канд. психол. н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: m\_polyvyana@yahoo.com

#### Сведения об авторах:

**ПІШЕЛЬ Віталій Ярославович** – д-р. мед. н., проф., зав. отделом медико-социальных проблем терапии психических расстройств, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: v\_pishel@yahoo.com

**ДРЕВИЦКАЯ Оксана Остаповна** – д-р. мед. н., доцент, зав. отделом психосоматической медицины и психотерапии, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: drevitska@ukr.net

**ПОЛЫВЯНАЯ Марина Юрьевна** – канд. психол. н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела медико-социальных проблем терапии психических расстройств, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: m\_polyvyana@yahoo.com

## Висновки

Аналіз даних офіційної статистики МОЗ України за 2015–2017 рр. показав, що у переважній більшості військових (понад 90 %), які перебували на стаціонарному лікуванні в закладах охорони здоров'я психіатричного профілю, було діагновано психічні розлади не психотичного рівня. Психотичні розлади у цієї категорії пацієнтів в 2017 р. склали 6,6 % (255 випадків), однак є підстави припустити, що реальна кількість хворих з розладами психотичного рівня може бути значно вищою. За результатами дослідження визначено структуру психотичних розладів у комбатантів, серед яких в 2017 р. переважали розлади рубрики F20-25 «Шизофренія шизотиповий та маячні розлади» – 58,8 % (150 осіб). Також встановлено зростання кількості хворих з розладами цієї рубрики в 2017 р., порівняно з 2015 р. (150 проти 113) за рахунок пацієнтів з діагнозом F20 «Шизофренія» (68 проти 29), F25 «Шизоафективний розлад» (9 та 2) та F22, F28-29 «Хронічні маячні та інші психотичні розлади» (11 та 2 відповідно).

Подальші дослідження проблеми психотичних розладів у комбатантів, в тому числі поглиблене вивчення та аналіз медичної документації, дозволять удосконалити надання своєчасної лікувально-діагностичної та ефективної медико-соціальної допомоги хворим вказаної категорії.

## Список використаної літератури

1. Breslau N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiat.* 2001. Vol. 62, suppl. 17. P. 55–59.
2. Hamner M. B., Frueh B. C., Ulmer H. G. et al. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000. Vol. 188, issue 4. P. 217–221.
3. Lindley S. E., Carlson E., Sheikh J. Psychotic symptoms in Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrum*. 2000. Vol. 5, issue 9. P. 52–57.
4. Muenzenmaier K., Castille D. M., Shelley A. et al. Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Schizophrenia. *Psychiat. Ann.* 2005. Vol. 35, issue 1. P. 51–56.
5. Sautter F. J., Brailey K., Uddo M. M. et al. PTSD and comorbid psychotic disorders: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J. Trauma Stress*. 1999. Vol. 12, issue 1. P. 73–88. DOI: 10.1023/A:1024794232175.

## References

1. Breslau, N. (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiat.*, vol. 62, suppl. 17, pp. 55–59.
2. Hamner, M. B., Frueh, B. C., Ulmer, H. G., Huber, M. G., Twomey, T. J., Tyson, C., & Arana, G.W. (2000). Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity. *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 188, issue 4, pp. 217–221.
3. Lindley, S.E., Carlson, E., & Sheikh, J. (2000). Psychotic symptoms in Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrum*, vol. 5, issue 9, pp. 52–57.
4. Muenzenmaier, K., Castille, D. M., Shelley, A.-M., Jamison, A., Battaglia, J., Opler, L. A., & Alexander, M. J. (2005). Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Schizophrenia. *Psychiatric Annals*, vol. 35, issue 1, pp. 51–56.
5. Sautter, F. J., Brailey, K., Uddo, M. M., Hamilton, M. F., Beard, M. G., & Borges, A. H. (1999). PTSD and comorbid psychotic disorders: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder. *J. Trauma Stress*, vol. 12, issue 1, pp. 73–88. DOI: 10.1023/A:1024794232175.

#### About the Authors:

**PISHEL Vitalii Yaroslavovych** – MD, PhD, Professor, Head of department of medico-social problems of therapy of mental disease, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: v\_pishel@yahoo.com

**DREVITSKA Oksana Ostapivna** – MD, PhD, docent, Head of department of psychosomatic medicine and psychotherapy, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: drevitska@ukr.net

**POLYVIANA Maryna Yuriivna** – PsyD, PhD, Leading research officer of department of medico-social problems of therapy of mental disease, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: m\_polyvyana@yahoo.com

В. Л. Наумов

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ,  
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА ПОСТСТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ  
ОСОБИСТОСТІ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії, наркології НАМН України», м. Харків, Україна

**Актуальність.** У зв'язку із нестабільною ситуацією на Сході України на сьогодні все більшої актуальності набувають наукові дослідження в галузі медицини, психології й психіатрії, які спрямовані на пошук методів всебічної діагностики та розробки алгоритмів медико-психологічної допомоги, супроводу та реабілітації осіб, які були учасниками бойових дій (УБД) у зоні антитерористичної операції (АТО).

**Мета** – визначити особливості клініко-психопатологічних проявів розладів адаптації (РА), посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та постстресових розладів особистості (ПРО) в учасників бойових дій (УБД) у зоні антитерористичної операції (АТО).

**Матеріали та методи.** Контент-аналіз теоретичних та емпіричних досліджень сучасності за даною тематикою та відповідний психодіагностичний інструментарій. Вибірку дослідження склали військовослужбовці у кількості 201 особа чоловічої статі віком від 21 до 56 років.

**Результати.** У роботі описано клініко-психопатологічні особливості військовослужбовців з розладами адаптації (РА), посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та постстресовим розладом особистості (ПРО) у учасників АТО. За результатами дослідження встановлено, що майже 60 % опитаних у кожній із груп мають підвищений та дуже високий рівень соціальної фрустрації. Виявлено, що гострий стресовий розлад найвираженіше проявляється у осіб з РА та ПРО, а для осіб з ПТСР характерні яскраві прояви цього патологічного стану. Для осіб з ПРО більше, ніж для інших опитаних, характерна наявність депресивних станів.

**Висновки.** Оскільки в жодній із досліджуваних груп активне вирішення проблем не займає перше місце, а також наявний високий рівень соціальної фрустрації та гострих стресових розладів й ПТСР, що в сукупності вказує на уразливість, слабкість військовослужбовців, їх нездатність витримувати тяжкі життєві ситуації, то і проблема профілактики й запобігання негативним наслідкам стресу для них набуває все більшої актуальності. Все це вказує на необхідність створення умов для посилення позитивних змін в їх поведінці, на розвиток потенціалу та допомоги в знаходженні ресурсу для відновлення й соціалізації. Отже, гостро постає питання виявлення маркерів надання медико-психологічної допомоги та розробки алгоритмів супроводу й лікування цих осіб.

**Ключові слова:** військовослужбовець, бойові дії, розлади адаптації, посттравматичний стресовий розлад та постстресовий розлад особистості, учасники АТО.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО  
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ПОСТСТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

В. Л. Наумов

ГУ «Институт неврологии, психиатрии, наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина

**Актуальность.** В связи с нестабильной ситуацией на Востоке Украины на сегодня все большую актуальность приобретают научные исследования в области медицины, психологии и психиатрии, направленные на поиск методов всесторонней диагностики и разработки алгоритмов медико-психологической помощи, сопровождения и реабилитации лиц, которые были участниками боевых действий (УБД) в зоне антитеррористической операции (АТО).

**Цель** – определить особенности клинико-психопатологических проявлений расстройств адаптации (РА), посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и постстресовых расстройств личности (ПРО) у участников боевых действий (УБД) в зоне антитеррористической операции (АТО).

**Материалы и методы.** Контент-анализ теоретических и эмпирических исследований современности по данной тематике и соответствующий психодиагностический инструментарий. Выборку исследования составили военнослужащие в количестве 201 лица мужского пола в возрасте от 21 до 56 лет.

**Результаты.** В работе описаны клинико-психопатологические особенности военнослужащих с расстройствами адаптации (РА), посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и постстрессовым расстройством личности (ПРО) у участников АТО. По результатам исследования установлено, что почти 60 % опрошенных в каждой из групп имеют повышенный и очень высокий уровень социальной фрустрации. Выведено, что острое стрессовое расстройство наиболее выражено проявляется у лиц с РА и ПРО, а для лиц с ПТСР характерны яркие проявления этого патологического состояния. Для лиц с ПРО больше, чем для других опрошенных, характерно наличие депрессивных состояний.

**Выводы.** Поскольку ни в одной из исследованных групп активное решение проблем не занимает первое место, а также имеется высокий уровень социальной фрустрации и острых стрессовых расстройств и ПТСР, что в совокупности указывает на уязвимость, слабость военнослужащих, их неспособность выдерживать тяжелые жизненные ситуации, то и проблема профилактики и предотвращения негативных последствий стресса для них приобретает все большую актуальность. Все это указывает на необходимость создания условий для усиления позитивных изменений в их поведении, на развитие потенциала и помощи в нахождении ресурса для восстановления и социализации. Итак, остро встает вопрос выявления маркеров оказания медико-психологической помощи и разработки алгоритмов сопровождения и лечения этих лиц.

**Ключевые слова:** военнослужащий, боевые действия, расстройства адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство и постстрессовое расстройство личности, участники АТО.

**PECULIARITIES OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES PERSON WITH ADAPTATION DISORDERS, POST-TRAUMATIC STRESS  
DISORDER AND POST-STRESS PERSONAL DISORDERS FOR PARTICIPANTS OF MILITARY ACTION**

V. L. Naumov

State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

**Background.** In connection with the unstable situation in the east of Ukraine in this period, the necessity to conduct scientific research in the field of medicine, psychology and psychiatry aimed at finding methods for comprehensive diagnosis and development of algorithms for medical and psychological assistance, support and rehabilitation of persons who were participants in hostilities (PPH) in the zone of the antiterrorist operation (ATO).



**Objective.** Identify the features of clinical-psychopathological manifestations of adaptation disorders (AD), post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-stressed personality disorders (PSPD) in combatants in the antiterrorist operation (ATO) zone.

**Materials and methods:** the content analysis of theoretical and empirical research of the present in this field and the corresponding psychodiagnostic tools.

The material of the study was as follows: military men in quantity of 201 males aged 21 to 56 years.

**Results.** The clinical-psychopathological peculiarities of servicemen with adaptation disorders (AD), posttraumatic stress disorder (PTSD) and post-stress personality disorder (PSPD) among participants of the ATO are described. According to the results of the study, it is established that almost 60% of the respondents in each of the groups demonstrate an elevated and very high level of social frustration. It was revealed that acute stress disorder is most pronounced in persons with RA and PSPD, and for persons with PTSD, vivid manifestations of the same pathological condition are characteristic. For people with PSPD more than for other respondents, characterized by the presence of depressive conditions.

**Conclusions.** Due to the fact that in none of the investigated groups the active solution of problems takes first place, and also found a high level of social frustration and the presence of acute stress disorders and PTSD, which together indicates the vulnerability and weakness of servicemen, their inability to withstand difficult life situation, the problem of preventing and warning the negative consequences of stress is becoming increasingly important for them. All this points to the need to create conditions for strengthening positive changes in their behavior, to develop the potential and help in finding a resource for reconstruction and socialization. Therefore, the issue of identifying markers for providing medical and psychological assistance and developing algorithms for accompanying and treating these individuals is acute.

**Keywords:** serviceman, combat operations, adaptation disorders, post-traumatic stress disorder and post-stressed personality disorder, ATO participants.

**For citation:** Naumov V. L. Peculiarities of clinical-psychopathological peculiarities person with adaptation disorders, post-traumatic stress disorder and post-stress personal disorders for participants of military action. *Arkhiv Psykhatrii*. 2018, 24(3): 136–141. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): dgyliya.as@gmail.com

Received / Поступила: 14.06.2018

Accepted / Прийнята до друку: 27.08.2018

**Актуальність.** Усе більшого розвитку в умовах сучасного становлення та економічно-політичної ситуації в Україні набуває розвиток не тільки медицини, психології, психіатрії, а й військової психології. Одним із провідних напрямків експериментальних, психодіагностичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та статистичних досліджень у вказаних галузях науки стає пошук методів всебічної діагностики та розробки алгоритмів медико-психологічної допомоги, супроводу та реабілітації осіб, які були учасниками бойових дій (УБД) в зоні антитерористичної операції (АТО) на Сході України. Сучасні дослідження здебільшого орієнтовані на виявлення клініко-психопатологічних наслідків бойового стресу (БС), який виникає безпосередньо на полі бою, після його закінчення, а також після деякого періоду (місяць, рік і більш тривалий час) [1–3, 5].

У класифікації МКХ-10 [4] у рубриці F40-F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» та в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121, виокремлені наступні види розладів: гостра реакція на стрес (F43.0); післятравматичний стресовий розлад (F43.1); порушення адаптації (F43.2); інші реакції на тяжкий стрес (F43.80); реакція на тяжкий стрес, неуточнена (F43.90). У свою чергу, розлади адаптації (РА) включають: короточасну депресивну реакцію (F43.20); пролонговану депресивну реакцію (F43.21); змішану тривожну і депресивну реакцію (F43.22); з переважанням емоційних порушень (F43.23); з переважанням порушень поведінки (F43.24); змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25) [4, 7]. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F43.1) визначається як відтермінована або затяжна реакція на стресогенні події чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

Ознаки постстресових розладів особистості (ПРО), схожі із зазначеними в МКХ-10 у розділі F62.0 «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи», яскраво виявляються у УБД, мобілізованих із зони АТО. Зміни особистості в даній групі мають постійний ха-

рактер, порушують нормальний стереотип життя, етіологічно можна простежити глибокі і екзистенційні екстремальні переживання, отримані під час перебування в концентраційних таборах, після пережитих тортур чи насильства, стихійних лих чи інших тривалих небезпечних для життя обставин, що призводять у подальшому до порушення адаптації в міжперсональній, соціальній і професійній сферах життєдіяльності особистості. Характерна наявність таких, що не спостерігалися раніше, ознак, як вороже або недовірливе ставлення до світу, соціальна відгородженість, відчуття спустошеності і безнадії, хронічне відчуття постійної загрози, відчуженість [4, 7].

Прояви у службовців збройних сил України (ЗСУ) негативних психічних станів, бойової психічної травми в формі розладів адаптації (РА), посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та постстресових розладів особистості (ПРО) та інших соціальних і психопатологічних змін особистості, які негативно впливають на їх соціалізацію та адаптацію після прибуття із зони бойових дій, вимагають невідкладної розробки та введення й активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів [1, 3].

З метою виявлення маркерів надання медико-психологічної допомоги та розробки алгоритмів супроводу і лікування цих осіб у майбутньому в роботі підкреслено клініко-психопатологічні особливості представників кожної із вказаних груп (РА, ПТСР та ПРО) дослідження.

**Мета** – визначити особливості клініко-психопатологічних проявів розладів адаптації (РА), посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та постстресових розладів особистості (ПРО) в учасників бойових дій (УБД) у зоні антитерористичної операції (АТО).

## Матеріали та методи дослідження

Проведено контент-аналіз сучасних теоретичних та емпіричних досліджень щодо розладів адаптації, психічних розладів, посттравматичних стресових розладів, бойового стресу, постстресових розладів особистості та інших психопатологічних порушень у військовослужбовців. Використовували психодіагностичні методи: «Опитувальник для скринінгу посттравматичного стре-

сового розладу», Методику діагностики рівня соціальної фрустрації Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойка, Опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R, Опитувальник травматичного стресу ОТС (Котенев, 1996) для оцінки вираження симптомів постстресових порушень. Методика оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Норманн С., Ендлер Д. Ф., Джеймс Д. А., Паркер М. І.; адаптований варіант Крюкової Т. А., 2002) спрямована на визначення домінуючих копінг-стресових поведінкових стратегій, Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) була застосована для скринінгового виявлення тривоги і депресії [2, 6, 7].

**Контингент дослідження** склали військовослужбовці зі встановленим діагнозом розладу адаптації (РА), посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та постстресового розладу особистості (ПРО). Всього було обстежено 219 осіб чоловічої статі віком від 21 до 56 років, з них 18 осіб не було враховано у дослідженні згідно з критеріями включення / виключення.

## Результати та їх обговорення

На першому етапі дослідження з метою діагностики наявності наслідків бойової психічної травми (БПТ) проведено первісне експрес-тестування з дотриманням рекомендацій, наданих в Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації», затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121 [7]. Було опитано 219 осіб, з них, за результатами експрес-діагностики з використанням «Опитувальника для скринінгу посттравматичного стресового розладу», було сформовано групу для подальшого дослідження у кількості 201 особа, які склали 100 % вибірки. Усі обстежені (201 особа) були поділені на три групи залежно від встановленого діагнозу: 78 осіб із РА склали першу групу досліджених – ОГ1; 64 особи, в яких виявлено ПТСР, склали другу групу досліджених – ОГ2; 59 осіб, які мали ПРО, склали третю групу досліджених – ОГ3.

На другому етапі досліджували можливі клініко-психопатологічні прояви особливостей перебігу РА, ПТСР та ПРО у військовослужбовців.

Для дослідження особливостей рівня фрустрації було обрано методику діагностики рівня соціальної фрустрації Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойка (Малкін-Пих І. Г., 2005) (табл. 1)

У результаті проведеного психодіагностичного дослідження за даною методикою встановлено, що в осіб усіх досліджуваних груп здебільшого наявний підвищений та дуже високий рівень фрустрації (ОГ1 – 35,90 %, ОГ2 – 21,88 %, ОГ3 – 25,42 % – дуже високий рівень соціальної фрустрації; ОГ1 – 26,92 %, ОГ2 – 35,94 %, ОГ3 – 37,29 % – підвищений рівень соціальної фрустрації відповідно) тобто майже 60 % опитаних у кожній із досліджуваних груп гостро відчують психічну напругу, обумовлену незадоволенням своїми досягненнями і своїм місцем у соціально заданих ієрархіях.

При визначенні психопатологічної симптоматики у представників досліджуваних груп було використано

опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Derogatis), який дав змогу виокремити певні характеристики військовослужбовців з досліджуваними розладами (табл. 2).

У результаті дослідження встановлено, що особам з РА притаманні тривожність (ОГ1 – 25,64 % опитаних), фобічна тривожність (ОГ1 – 20,51 % опитаних), ворожість (ОГ1 – 8,97 % опитаних), а деякі демонструють депресивність (ОГ1 – 8,97 % опитаних). Група осіб з ПТСР характеризується ворожістю (ОГ2 – 23,44 % опитаних), депресивністю (ОГ2 – 17,19 % опитаних), міжособистісною сенситивністю (ОГ2 – 15,63 % опитаних), обсессивно-компульсивним розладом (ОГ2 – 9,38 % опитаних). Особи з групи з діагнозом ПРО мають наступні індивідуально-психологічні особливості: паранояльні тенденції (ОГ3 – 27,12 % опитаних), тривожність (ОГ3 – 15,25 % опитаних), ворожість (ОГ3 – 13,56 % опитаних) та психотизм (ОГ3 – 10,17 % опитаних), інколи й міжособистісну сенситивність (ОГ3 – 8,47 % опитаних).

Далі було проведено оцінку вираження симптомів постстресових порушень за допомогою Опитувальника

Таблиця 1. Результати дослідження рівня соціальної фрустрації (n, %)

| Рівень соціальної фрустрації               | ОГ1 (n=78) |       | ОГ2 (n=64) |       | ОГ3 (n=59) |       |
|--------------------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                                            | n          | %     | n          | %     | n          | %     |
| Дуже високий рівень фрустрації             | 28         | 35,9  | 14         | 21,88 | 15         | 25,42 |
| Підвищений рівень фрустрації               | 21         | 26,92 | 23         | 35,94 | 22         | 37,29 |
| Помірний рівень фрустрації                 | 17         | 21,79 | 12         | 18,75 | 11         | 18,64 |
| Невизначений рівень фрустрації             | 9          | 11,54 | 10         | 15,63 | 8          | 13,56 |
| Знижений рівень фрустрації                 | 3          | 3,85  | 4          | 6,25  | 2          | 3,39  |
| Дуже низький рівень фрустрації             | 0          | 0     | 1          | 1,56  | 1          | 1,69  |
| Відсутність (майже відсутність) фрустрації | 0          | 0     | 0          | 0     | 0          | 0     |

Таблиця 2. Результати дослідження основних симптоматичних розладів у військовослужбовців (n, %)

| Шкали                                          | ОГ1 (n=78) |       | ОГ2 (n=64) |       | ОГ3 (n=59) |       |
|------------------------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                                                | n          | %     | n          | %     | n          | %     |
| Соматизація                                    | 6          | 7,69  | 4          | 6,25  | 4          | 6,78  |
| Обсесивність – при ПТСР більше компульсивність | 5          | 6,41  | 6          | 9,38  | 3          | 5,08  |
| Міжособистісна сенситивність                   | 6          | 7,69  | 10         | 15,63 | 5          | 8,47  |
| Депресія                                       | 7          | 8,97  | 11         | 17,19 | 4          | 6,78  |
| Тривожність                                    | 20         | 25,64 | 7          | 10,94 | 9          | 15,25 |
| Ворожість                                      | 7          | 8,97  | 15         | 23,44 | 8          | 13,56 |
| Фобічна тривожність                            | 16         | 20,51 | 4          | 6,25  | 4          | 6,78  |
| Паранояльні тенденції                          | 6          | 7,69  | 4          | 6,25  | 16         | 27,12 |
| Психотизм                                      | 5          | 6,41  | 3          | 4,69  | 6          | 10,17 |

травматичного стресу ОТС (Котенев, 1996), який дозволив детальніше розглянути основні групи дослідження за трьома основними показниками – ПТСР, гострий стресовий розлад (ГСР) та депресія (depression) (табл. 3).

Проаналізувавши отримані дані можна зробити висновки, що ГСР найбільш виражено проявляється в ОГ1 – 93,59 % опитаних, для осіб з ОГ2 характерні яскраві прояви ПТСР – 95,31 % опитаних, а для осіб з ОГ3 найхарактернішим є ГСР – 77,97 % опитаних. У кожній із досліджуваних груп виявлено певний відсоток осіб, які мають депресивні стани, зокрема в ОГ3 найбільший відсоток таких осіб – 22,03 % опитаних, в ОГ1 – 6,41 % опитаних, а в ОГ2 – 4,69 % опитаних.

З метою виявлення домінуючих копінг-стратегій ми використали Методику оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях (Норманн С., Ендлер Д. Ф., Джеймс Д. А., Паркер М. І.; адаптований варіант Крюкової Т. А., 2002) (табл. 4, 5), яка дозволила виявити можливі реакції на стресові ситуації і визначити домінуючі копінг-стресові поведінкові стратегії, розкривши реакції досліджуваних на стресові ситуації. Ця методика дозволила нам діагностувати наступні копінги: активні, спрямовані на зміну ситуації стратегії (планомірне вирішення проблеми; протистояння); захисні способи, уникнення (фантазування, відволікання, дистанціювання); звернення за допомогою і підтримкою до соціального оточення; позитивну переоцінку; самоконтроль; самозвинування (табл. 4).

Встановлено, що особи досліджуваної групи ОГ1 більш схильні до копіngu, орієнтованого на уникнення – 75,64 % опитаних, значно менше осіб даної групи демонструє емоційно-орієнтований копінг – 14,10 % опитаних, та найменша кількість досліджуваних демонструє проблемно-орієнтований копінг – 10,26 % опитаних. Для осіб групи ОГ2 більш характерний емоційно-орієнтований копінг – 48,44 % опитаних, орієнтованих на

Таблиця 3. Результати дослідження основних постстресових порушень за ОТС у військовослужбовців (n, %)

| Показник                                 | ОГ1 (n=78) |       | ОГ2 (n=64) |       | ОГ3 (n=59) |       |
|------------------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                                          | n          | %     | n          | %     | n          | %     |
| Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) | 0          | 0     | 61         | 95,31 | 0          | 0     |
| Гострий стресовий розлад (ГСР)           | 73         | 93,59 | 0          | 0     | 46         | 77,97 |
| Депресія (depression)                    | 5          | 6,41  | 3          | 4,69  | 13         | 22,03 |

Таблиця 4. Визначення домінуючих копінг-стресових поведінкових стратегій серед досліджених (n, %)

| Стиль / субстиль                        | ОГ1 (n=78) |       | ОГ2 (n=64) |       | ОГ3 (n=59) |       |
|-----------------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                                         | n          | %     | n          | %     | n          | %     |
| Проблемно-орієнтований копінг (ПОК)     | 8          | 10,26 | 8          | 12,5  | 6          | 10,17 |
| Емоційно-орієнтований копінг (ЕОК)      | 11         | 14,1  | 31         | 48,44 | 16         | 27,12 |
| Копінг, орієнтований на уникнення (ЯКІ) | 59         | 75,64 | 25         | 39,06 | 37         | 62,71 |

уникнення було 39,06 %, найменша кількість опитаних мала проблемно-орієнтований копінг – 12,50 % опитаних. Особи групи ОГ3 здебільшого орієнтовані на уникнення – 62,71 % опитаних, емоційно-орієнтований копінг демонстрували 27,12 % опитаних, найменша кількість досліджених була орієнтована на вирішення проблем (проблемно-орієнтований копінг) – 10,17 % опитаних.

Для більш детального дослідження особливостей копіngu, орієнтованого на уникнення, ми проаналізували додаткові субшкали «Методики оцінки копінг-поведінки в стресових ситуаціях» (табл. 5): «відволікання» та «соціальне відволікання».

За результатами дослідження встановлено, що для осіб групи ОГ1 більш характерне «відволікання» – 64,41 % опитаних, для ОГ2 – «соціальне відволікання» – 64,00 %, для ОГ3 – «відволікання» – 78,38 %. Таким чином можна зазначити, що досліджувані не спрямовані на вирішення своїх проблем, для них характерне уникнення вирішення проблеми в надії, що вона вирішиться сама собою, чи відволікання на міжособистісні стосунки, зустрічі з друзями, значимими особами, щоб відволіктись на їх проблеми, не вирішуючи при цьому свої.

Далі ми вивчали рівень тривоги та депресії в групах за допомогою психодіагностичної методики «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (табл. 6)

У результаті дослідження встановлено, що достовірно більша кількість осіб ОГ1 та ОГ2 мали клінічно виражену тривожність, відповідно 53,85 % та 46,88 %, а в ОГ3 виявлено субклінічно виражену тривожність – 52,54 %. Група ОГ1 відрізняється значним показником клінічно вираженої тривоги – 53,85 %, що достовірно більше, ніж у групах ОГ2 – 46,88 % та ОГ3 – 38,98 % ( $p \leq 0,05$ ).

Таблиця 5. Розподіл обстежених за домінуючими копінг-стратегіями, орієнтованими на уникнення, за додатковими субшкалами у опитувальнику (n, %)

| Субшкали                          | ОГ1 (n=78) |       | ОГ2 (n=64) |    | ОГ3 (n=59) |       |
|-----------------------------------|------------|-------|------------|----|------------|-------|
|                                   | n          | %     | n          | %  | n          | %     |
| Субшкала «Відволікання»           | 38         | 64,41 | 9          | 36 | 29         | 78,38 |
| Субшкала «Соціальне відволікання» | 21         | 35,59 | 16         | 64 | 8          | 21,62 |

Таблиця 6. Розподіл обстежених за рівнями тривоги та депресії (n, %)

| Рівень виразності показника  | ОГ1 (n=78) |       | ОГ2 (n=64) |       | ОГ3 (n=59) |       |
|------------------------------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                              | n          | %     | n          | %     | n          | %     |
| Рівень тривоги (шкала HADS)  |            |       |            |       |            |       |
| Норма                        | 10         | 12,82 | 13         | 20,31 | 5          | 8,47  |
| Субклінічно виражена         | 26         | 33,33 | 21         | 32,81 | 31         | 52,54 |
| Клінічно виражена            | 42         | 53,85 | 30         | 46,88 | 23         | 38,98 |
| Рівень депресії (шкала HADS) |            |       |            |       |            |       |
| Норма                        | 36         | 46,15 | 11         | 17,19 | 12         | 20,34 |
| Субклінічно виражена         | 18         | 23,08 | 27         | 42,19 | 16         | 27,12 |
| Клінічно виражена            | 24         | 30,77 | 26         | 40,63 | 31         | 52,54 |

Примітка. \* – різниця між групами достовірна,  $p \leq 0,05$ .

За шкалою депресії норма виявлена в групі ОГ1 – 46,15 %, що достовірно відрізнялося від показників норми в ОГ2 – 17,19 % та ОГ3 – 20,34 % ( $p \leq 0,05$ ). Субклінічно виражена депресія була достовірно вищою в групі ОГ2 – 42,19 %, що підтверджено відповідними результатами за даною шкалою у групах ОГ1 – 23,08 % та ОГ3 – 27,12 % ( $p \leq 0,05$ ). Клінічно виражена депресія була достовірно вища в ОГ3 – 52,54 %, ніж в ОГ1 – 30,07 % та ОГ2 – 40,63 % ( $p \leq 0,05$ ).

### Висновки та перспективи подальших досліджень

Проаналізувавши отримані результати психодіагностичного дослідження можна виокремити наступні клініко-психопатологічні особливості військовослужбовців з РА, ПТСР та ПРО. Майже 60 % опитаних в кожній із досліджуваних груп гостро відчувають психічну напругу, обумовлену незадоволенням своїми досягненнями і своїм становищем у соціально заданих ієрархіях, демонструючи підвищений та дуже високий рівень соціальної фрустрації.

Основними симптоматичними розладами у групі обстежених з РА є нервозність, напруга й тремтіння, напади паніки і відчуття насильства, нав'язливість почуття небезпеки, побоювання і страху, а також деякі соматичні кореляти тривожності. Наявна стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна відносно стимулу, що призводить до поведінки уникнення, аж до ступеня фобічності (агорафобії). Для даної групи осіб характерні також агресія, дратівливість, гнів і обурення.

Основними симптоматичними розладами в групі досліджуваних з проявами ПТСР є насамперед агресія, дратівливість, гнівливість і обурення, вони також мають ознаки клінічної депресивності з симптомами дисфорії й афекту, такими як відсутність інтересу до життя, недостатня мотивація і втрата життєвої енергії. Крім того, наявні яскраві прояви почуття безнадії, думки про суїцид й інші когнітивні і соматичні кореляти депресії. Здатність до самокритики посилює почуття особистісної неадекватності і неповноцінності, самоосуду, що призводить до виникнення почуття неспокою і спричиняє помітний дискомфорт у процесі міжособистісної взаємодії.

Крім того, високі показники за шкалою «Міжособистісна сенситивність» вказують на загострене почуття усвідомлення власного «Я» і негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії у будь-яких комунікаціях з іншими людьми. У них все частіше з'являються думки про травмуючі події, а дії стають більш імпульсивними та переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі «Я».

Для осіб з ПРО більш характерна паранояльна поведінка як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозріливості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії є основними ознаками паранояльного розладу, аж до негативного афективного стану злості на фоні нападу агресії, дратівливості, гніву й неймовірного обурення. До складу пунктів входять усі три озна-

ки, що відображають всі ці переживання, сприяють формуванню нервозності, викликаючи напругу і тремтіння, аж до нападів паніки. Інколи з'являються відчуття насильства, нав'язливості почуття небезпеки, побоювання і страху, аж до негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії у будь-яких комунікаціях з іншими людьми.

За результатами дослідження основних постстресових порушень у військовослужбовців встановлено, що ГСР найвиразніше проявляється у осіб з РА та ПРО, а для осіб з ПТСР характерні яскраві прояви даного патологічного стану. Також для осіб з ПРО, більше, ніж для осіб інших досліджуваних груп, характерна і наявність депресивних станів.

Встановлено, що в жодній із досліджуваних груп активне вирішення проблем не займає перше місце. Це вказує на уразливість, слабкість військовослужбовців, їх нездатність витримувати складні життєві ситуації, що зумовлює необхідність вирішення проблеми профілактики, запобігання негативним наслідкам стресу, і на необхідність створення умов для посилення позитивних змін в їх поведінці, на розвиток потенціалу та допомоги в знаходженні ресурсу для відновлення та соціалізації.

Клінічно виражений рівень тривоги у осіб з РА та ПТСР і субклінічно виражена тривожність у осіб з ПРО вказують на емоційну нестійкість, негативну забарвленість переживання внутрішнього неспокою і заклопотаності, незадоволеність, напруженість, відчуття необхідності якихось пошуків. Прослідковується виражена схильність до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих для своєї самооцінки, престижу, самоповаги або життєдіяльності. При цьому проявляється схильність реагувати на такі ситуації станом тривоги. Відчувається підвищена чутливість стосовно негативних подій або невдач, які лише імовірно можуть трапитися або статися.

Прояви депресивності (середній рівень) найбільш характерні для осіб з ПТСР, у них переважає знижений фон настрою, у соціальному житті це проявляється як загальна безрадісність, схильність все бачити крізь «темні окуляри», сприймати все болісно і загострено.

Обстежені з ПРО мають найвищий рівень депресії, у них переважають пригнічений настрій, відсутність апетиту, постійні порушення сну, спостерігались і ангедонія, психомоторне збудження або загальмованість, стомлюваність, порушення концентрації уваги, нерішучість.

Досліджені клініко-психопатологічні особливості осіб з встановленим діагнозом РА, ПТСР та ПРО є лише частиною необхідних та актуальних досліджень сучасності. Надалі ми плануємо детальніше дослідити індивідуально-психологічні особливості досліджуваного контингенту та виявити схильність до адитивної поведінки, розглянути можливі коморбідні сплетення залежностей серед військовослужбовців ЗСУ, які були учасниками бойових дій у зоні АТО, з метою розробки й доповнення комплексних програм їх медико-психологічного супроводу та реабілітації, а також для розробки прогностичних заходів та профілактики наслідків БПТ.

## Список використаної літератури

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / П. В. Волошин та ін. ; Харків : ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
2. Донцов Д. А., Донцова М. В., Поляков Е. А. Комплексное учебно-методическое пособие по дисциплинам «Психодиагностика» и «Практикум по психодиагностике». Воронеж : Научная книга, 2013. 164 с.
3. Сучасні механізми неврозогенезу та їх психотерапевтична корекція / Н. А. Марута, Т. В. Панько, І. О. Явдак [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20. Вип. 3(72). С. 200–201.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Глава 5 (Психиатрия). Киев : Сфера, 2005. 307 с.
5. Пінчук І. Я. Поширеність психічних розладів в Україні. Профілактична медицина. 2010. № 1. С. 168–176.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : «Бахрах-М», 2002. 672 с.
7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121. Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_121\\_PTSR/2016\\_121\\_YKPMO\\_PTSR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMO_PTSR.pdf) (дата звернення 05.06.2018).

## References

1. Voloshyn, P. V., Maruta, N. O., Shestopalova, L. F., Linskyi, I. V., Pidkorytov, V. S., Lipatov, I. I., ... Zavorotnyi, V. I. (2014). *Diahnostyka, terapiia ta profilaktyka medyko-psykholohichnykh naslidkiv boiovykh dii v suchasnykh umovakh: metodychni rekomendatsii* [Diagnostics, therapy and prevention of medical

- and psychological consequences of combat operations in modern conditions: methodical recommendations]. Kharkiv: State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», 80 p. (In Ukrainian).
2. Dontsov, D. A., Dontsova, M. V., & Poliakov, E. A. (2013). *Kompleksnoe uchebno-metodicheskoe posobie po distsiplinam «Psikhodiagnostika» i «Praktikum po psikhodiagnostike»* [Comprehensive educational and methodical manual on the disciplines «Psychodiagnostics» and «Practical work on psychodiagnostics»]. Voronezh: Nauchnaia kniga, 164 p. (In Russian).
  3. Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semikina, O. Ye., Fedchenko, V. Yu., & Kalenska, H. Yu (2012). Suchasni mekhanizmy nevrozohenezu ta yikh psykhoterapevtychna korektsiia [Modern mechanisms of neurozogenesis and their psychotherapeutic correction]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 20, issue 3 (72), pp. 200–201. (In Ukrainian).
  4. *Mezhdunarodnaia klassifikatsiia boleznei (10-i peresmotr) Glava 5 Psikhiiatriia* [International Classification of Diseases (10th revision) Chapter 5 (Psychiatry)]. (2005). Kiev: Sfera, 307 p. (In Russian).
  5. Pinchuk, I. Ya. (2010). Poshyrenist psykhychnykh rozladiv v Ukraini [The prevalence of mental disorders in Ukraine]. *Profilaktychna medytsyna – Preventive medicine*, vol. 1, pp. 168–176. (In Ukrainian).
  6. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). *Prakticheskaja psikhodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bahrah–M, 672 p. (In Russian).
  7. Ministry of Health of Ukraine (23.02.2016). *Unifikovanyi klinichniy protokol pervynnoi, vtryynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy. Reaktsiia na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad* [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical aid. Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder]. (Order of the Ministry of Health of Ukraine No 121). Kyiv. Available at: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_121\\_PTSR/2016\\_121\\_YKPMO\\_PTSR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMO_PTSR.pdf) (accessed date 05.06.2018). (In Ukrainian).

### Відомості про автора:

**НАУМОВ Валерій Леонідович** – науковий співробітник відділу неврозів та пограничних станів, ДУ «Інститут неврології, психіатрії, наркології НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: [dgylia.as@gmail.com](mailto:dgylia.as@gmail.com)

### Сведения об авторе:

**НАУМОВ Валерий Леонидович** – научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний, ГУ «Институт неврологии, психиатрии, наркологии НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: [dgylia.as@gmail.com](mailto:dgylia.as@gmail.com)

### About the Author:

**NAUMOV Valerii Leonidovych** – Researcher, Department of Neurosis and Border States, State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine; e-mail: [dgylia.as@gmail.com](mailto:dgylia.as@gmail.com)

## КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 612.858.74:616.895.87]-079.4-036.7

Н. В. Костюченко\*, О. О. Фільц

РІВЕНЬ ТА ЯКІСНИЙ СКЛАД ПОЗИТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ЗА ШКАЛОЮ PANSS  
У ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ  
ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОАКУСТИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

**Актуальність.** Проблеми своєчасного діагностування та прогнозу при параноїдній шизофренії та шизоафективному розладі, в тому числі формування і вираження їх позитивної симптоматики й досі залишаються важливими для клінічного вивчення цих захворювань.

**Мета** дослідження – вивчити вплив фактора наявності музичного слуху на якісний склад позитивної симптоматики при параноїдній шизофренії та шизоафективному розладі.

**Матеріали та методи.** У роботі проведено аналіз рівня позитивних симптомів за шкалою PANSS залежно від психоакустичних здібностей у 80 осіб віком від 18 до 35 років, які проходили лікування у третьому клінічному відділенні КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» за період 2015–2017 років. Обстежувані особи були поділені на групи залежно від наявності/відсутності музичного слуху (А/Б) та хвороби: групи ІА та ІБ – 40 пацієнтів із параноїдною шизофренією (F20), групи ІІА та ІІБ – 40 пацієнтів із шизоафективним розладом (F25).

**Результати.** Встановлено, що рівень симптоматики позитивних симптомів за підшкалою PANSS-PS у пацієнтів із параноїдною шизофренією в середньому у 1,13 раза вищий ( $p < 0,01$ ), ніж у пацієнтів із шизоафективним розладом, що не є значною різницею в кількісному сенсі, але її якісний склад значно різниться. Зокрема, афективні позитивні симптоми Р4 «Збудження» та Р5 «Ідеї величч» мали вищі рівні у пацієнтів із шизоафективним розладом, порівняно з пацієнтами з ПШ ( $p < 0,01$ ). Порівняння психоакустичних властивостей поміж групами із досліджуваними нозологіями показало в цілому вищий рівень позитивних симптомів в обох групах у пацієнтів без музичного слуху, ніж у пацієнтів із розвиненим музичним слухом ( $p < 0,01$ ) із найбільш вираженою різницею при позитивних симптомах Р1 «Маячення» та Р2 «Розлади мислення».

**Висновки.** У дослідженні доведено вплив психоакустичних здібностей на форми (якісний склад) позитивної симптоматики при параноїдній шизофренії та шизоафективному розладі, зокрема відсутність музичного слуху корелює з вищим рівнем позитивної симптоматики досліджуваних психічних захворювань.

**Ключові слова:** музичний слух, позитивна симптоматика шкали PANSS, параноїдна шизофренія, шизоафективний розлад.

УРОВЕНЬ ПОЗИТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ ПО ШКАЛЕ PANSS У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ  
И ШИЗОАФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКУСТИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ

Н. В. Костюченко\*, О. О. Фильц

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

**Актуальность.** Проблемы своевременного диагностирования и прогноза при параноидной шизофрении и шизоаффективном расстройстве, в том числе формирование и выраженность их позитивной симптоматики, до сих пор остаются важными для клинического изучения этих заболеваний.

**Цель исследования** – изучить влияние фактора наличия музыкального слуха на качественный состав позитивной симптоматики при параноидной шизофрении и шизоаффективном расстройстве.

**Материалы и методы.** В работе проведен анализ уровня позитивных симптомов по шкале PANSS в зависимости от психоакустических способностей у 80 человек в возрасте от 18 до 35 лет, проходивших лечение в третьем клиническом отделении КУ «Львовская областная клиническая психиатрическая больница» за период 2015–2017 годов. Исследуемые лица были поделены на группы в зависимости от наличия / отсутствия музыкального слуха (А / Б) и болезни: группы ІА и ІБ – 40 пациентов с параноидной шизофренией (F20), группы ІІА и ІІБ – 40 пациентов с шизоаффективным расстройством (F25).

**Результаты.** Установлено, что уровень симптоматики позитивных симптомов по подшкалам PANSS-PS у пациентов с параноидной шизофренией в среднем в 1,13 раза выше ( $p < 0,01$ ), чем у пациентов с шизоаффективным расстройством, что не является значительной разницей в количественном смысле, но ее качественный состав значительно отличается. В частности, аффективные позитивные симптомы Р4 «Возбуждение» и Р5 «Идеи величия» имели более высокие уровни у пациентов с шизоаффективным расстройством, по сравнению с пациентами с параноидной шизофренией ( $p < 0,01$ ). Сравнение психоакустических свойств между группами с исследуемыми нозологиями показало в целом более высокий уровень позитивных симптомов в обеих группах у пациентов без музыкального слуха, чем у пациентов с развитым музыкальным слухом ( $p < 0,01$ ), с наиболее выраженной разницей при позитивных симптомах Р1 «Бред» и Р2 «Расстройства мышления».

**Выводы.** В данном исследовании доказано влияние психоакустических способностей на формы (качественный состав) позитивной симптоматики при параноидной шизофрении и шизоаффективном расстройстве, в частности отсутствие музыкального слуха коррелирует с высшим уровнем позитивной симптоматики исследуемых психических заболеваний.

**Ключевые слова:** музыкальный слух, позитивная симптоматика шкалы PANSS, параноидная шизофрения, шизоаффективное расстройство.

LEVEL AND QUALITATIVE COMPOSITION OF POSITIVE SYMPTOMS ACCORDING TO THE SCALE OF PANSS IN PATIENTS WITH PARANOID  
SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOAFFECTIVE DISORDER DEPENDING ON PSYCHOACOUSTICS ABILITIES

N. V. Kostyuchenko\*, O. O. Filts

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Background.** Problems of timely diagnosis and prognosis for paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder, including the formation and displaying of their positive symptoms still remain important for the clinical study of these diseases.

**Objective** – to investigate the influence of the factor of presence of an ear for music on the qualitative composition of positive symptoms in paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder.



**Materials and methods.** The analysis of the level of positive symptoms according to the scale of PANSS was carried out in the work depending on the psychoacoustic abilities of 80 people aged 18 to 35 years who were treated at the third clinical department of the CI of the «Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital» for the period 2015-2017. The investigated persons were divided into groups depending on the presence/absence of the ear for music (A/B) and disease: IA and IB groups - 40 patients with paranoid schizophrenia (F20), IIA and IB groups - 40 patients with schizoaffective disorder (F25).

**Results.** It was established that the level of symptoms of positive symptoms according to the subscale of the PANSS-PS in patients with paranoid schizophrenia, on average, was 1.13 higher ( $p < 0.01$ ) than in patients with schizoaffective disorder, which was not a significant difference in the quantitative sense, but its qualitative composition varied considerably. In particular, the affective positive symptoms of P4 «Excitation» and P5 «Ideas of greatness» had higher levels in patients with schizoaffective disorder compared with patients with paranoid schizophrenia ( $p < 0.01$ ). Comparison of psychoacoustic properties among the groups with the studied nosologies showed a generally higher level of positive symptoms in both groups in patients with no ear for music than in patients with advanced ear for music ( $p < 0.01$ ) with the most pronounced difference in positive symptoms P1 «Delirium» and P2 «Disorders of thinking».

**Conclusions.** This study proved the influence of psychoacoustic abilities on the forms (qualitative composition) of positive symptoms in paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder, in particular, the absence of ear for music correlated with a higher level of positive symptoms of the studied mental illnesses.

**Keywords:** ear for music, positive symptoms of the scale of the PANSS, paranoid schizophrenia, schizoaffective disorder.

**For citation:** Kostyuchenko N. V., Filts O. O. Level and qualitative composition of positive symptoms according to the scale of PANSS in patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder depending on psychoacoustics abilities. *Arkhiv Psikhatrii*. 2018, 24(3): 142–145. (In Ukr.)

\*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): n.kostyuchenko@gmail.com

Received / Поступила: 22.06.2018

Accepted / Прийнята до друку: 10.08.2018

**Актуальність.** Вагомість вивчення шизофренії обумовлена цілим рядом аспектів, серед яких важливими є значна поширеність цієї патології, серйозні економічні та соціальні наслідки, що проявляються різким зниженням якості життя пацієнтів та їхніх родичів [1, 2]. Параноїдна шизофренія (ПШ) є тяжким психічним захворюванням, яке деструктивно впливає на всі сфери соціального функціонування людини. Шизоафективний розлад (ШАР) – це психоз з епізодичним перебігом, який включає в себе критерії біполярного афективного розладу та симптоми шизофренії, проте не відповідає всім критеріям та не вкладається повністю в діагноз шизофренії [3, 4].

Значний внесок у запобігання діагностичним та експертним помилкам при оцінці позитивної симптоматики цих патологічних станів роблять специфічні методи дослідження, такі як кваліфікаційні шкали. У нашій роботі ми вважали за потрібне використати одну з найпоширеніших шкал – PANSS, яка, будучи напівструктурованим інтерв'ю клінічної оцінки, забезпечує збалансоване представлення позитивних, негативних і загальних психопатологічних симптомів [5, 6].

Проблеми своєчасного діагностування та прогнозу при цих психопатологічних станах, в тому числі формування і вираження їх позитивної симптоматики, й досі залишаються ключовими для клінічного вивчення цих захворювань. Саме тому один із варіантів прогностичного критерію, який ми пропонуємо у нашій роботі, може з достатньою доказовістю вже на початку захворювання передбачити форму та виразність позитивної симптоматики при шизофренії чи шизоафективному розладі [7, 8].

**Мета** – дослідити вплив фактора наявності музичного слуху на якісний склад позитивної симптоматики при параноїдній шизофренії та шизоафективному розладі.

## Матеріали та методи дослідження

У роботі проведено аналіз рівня позитивних симптомів за шкалою PANSS залежно від наявності чи відсутності музичного слуху в 80 осіб віком від 18 до 35 років, з яких 40 пацієнтів (група I) мали параноїдну шизофренію (F20), 40 пацієнтів (група II) – шизоафективний розлад (F25), які отримували лікування у третьому клінічному відділенні КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» за період 2015–2017 років. Досліджувані групи були поділені на підгрупи залежно від наявності (група

IA та група IIA) та відсутності (група IB та група IIB) музичного слуху. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, патофизиологічний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод дослідження оцінки позитивної симптоматики полягав у проведенні структурованого інтерв'ю, в процесі якого виявляли ознаки психічних порушень. Патофизиологічне дослідження оцінки позитивної симптоматики проводили з використанням «Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» (PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale), а саме її підшкали PANSS-PS. Статистичний метод дослідження полягав в обробці отриманих результатів, а саме: порівняння вірогідності різниці між середніми показниками з їх стандартними похибками ( $M \pm m$ , бали) балів позитивної симптоматики непов'язаних груп проводили за методом Манна-Уїтні, порівняння відносних показників із їх стандартними похибками ( $P \pm m_p$ , %) структури розподілу – за критерієм ксі-квадрат. Кореляційні зв'язки між порівнюваними величинами обраховували за методом лінійної кореляції Пірсона [9].

## Результати та їх обговорення

Аналіз результатів дослідження показав, що в пацієнтів із параноїдною шизофренією (група I) рівень симптоматики позитивних симптомів за підшкалою PANSS-PS був у середньому у 1,13 раза вищим ( $p < 0,01$ ), ніж у пацієнтів із шизоафективним розладом (група II) ( $3,89 \pm 0,08$  балів проти  $3,45 \pm 0,06$  балів відповідно) (рис. 1). Найбільшою різниця в групах була при позитивних симптомах P1 «Маячення» та P2 «Розлади мислення» – у 1,81–1,88 раза, із більшими значеннями у групі I хворих на ПШ ( $p < 0,01$ ). Зокрема, у пацієнтів із параноїдною шизофренією переважала симптоматика сильно виражених симптомів «Маячення»: наявність численних, чітко оформлених і стійких маячних ідей, які періодично відображались на мисленні, соціальних взаєминах і поведінці хворого, та помірно виражених симптомів «Розладів мислення»: при простому спілкуванні здатність до зосередження зберігалася, проте при складніших ситуаціях мислення ставало більш аморфним і позбавленим цілеспрямованості, тоді як у пацієнтів із шизоафективним розладом ці симптоми були слабо виражені і проявлялись наявністю однієї або двох нечітких мало оформлених і нестійких маячних ідей

без порушення мислення та поведінки пацієнтів й деяким утрудненням при спробі зосередитися на одній думці.

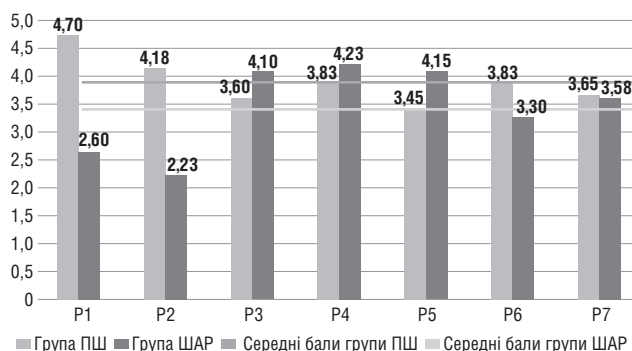


Рис. 1. Порівняння рівня позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

Проте афективні позитивні симптоми P4 «Збудження» та P5 «Ідеї величі» мали достовірно вищі рівні у пацієнтів із ШАР порівняно з пацієнтами з ПШ ( $p<0,01$ ), що проявлялося помірним та сильним вираженням у осіб із шизоафективним розладом симптому «Збудження»: явна схвильованість, підвищена дратівливість, прискорення мови і рухової активності, істотна гіперактивність або часті спалахи рухового збудження; та симптому «Ідеї величі»: відзначення переваги над іншими, чітко оформлені ідеї видатних здібностей, влади або надзвичайного стану. У пацієнтів із ПШ ці симптоми були слабо або помірно вираженими: схвильованість пацієнта, незначно підвищена дратівливість та рухова активність, деяка експансивність і хвалькуватість.

Порівнюючи ступінь проявів позитивних симптомів у пацієнтів із різними психоакустичними здібностями ми встановили, що в обох групах рівень цих симптомів був вищим у пацієнтів без музичного слуху, ніж у пацієнтів із розвиненим музичним слухом ( $p<0,01$ ) (табл. 1).

Різниця між цими показниками була найвагомішою у пацієнтів при позитивних симптомах P2 (у 2,22 раза

Таблиця 1. Порівняльне оцінювання позитивних симптомів за шкалою PANSS у хворих на параноїдну шизофренію та шизоафективний розлад залежно від наявності музичного слуху ( $M\pm m$ , бали)

| № позит. симп. | Позитивна симптоматика              | ПШ із муз. сл. | ПШ без муз. сл. | ШАР з муз. сл. | ШАР без муз. сл. |
|----------------|-------------------------------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|
| P1             | Маячення                            | 2,67±0,33      | 5,57±0,22*      | 2,34±0,12      | 3,63±0,50*#      |
| P2             | Розлади мислення                    | 2,25±0,37      | 5,00±0,24*      | 1,88±0,12      | 3,63±0,63*#      |
| P3             | Галюцинації                         | 3,92±0,23      | 3,46±0,15       | 3,97±0,13      | 4,63±0,42#       |
| P4             | Збудження                           | 4,58±0,34      | 3,50±0,13*      | 4,38±0,24      | 3,63±0,53        |
| P5             | Ідеї величі                         | 4,58±0,42      | 2,96±0,17*      | 4,38±0,28      | 3,25±0,53        |
| P6             | Настороженість, ідеї переслідування | 3,33±0,41      | 4,04±0,20       | 3,28±0,25      | 3,38±0,38        |
| P7             | Ворожість                           | 3,17±0,44      | 3,86±0,20       | 3,41±0,29      | 4,25±0,59        |
| у середньому   |                                     | 3,50±0,12      | 4,06±0,08*      | 3,38±0,07      | 3,77±0,15*       |

Примітки: 1. \* – наявність достовірної ( $p<0,01$ ) різниці між показниками підгруп ПШ з музичним слухом та ПШ без музичного слуху, ШАР з музичним слухом та ШАР без музичного слуху. 2. # – наявність достовірної ( $p<0,01$ ) різниці між показниками підгруп ПШ з музичним слухом та ШАР з музичним слухом, ПШ без музичного слуху та ШАР без музичного слуху.

Таблиця 2. Кореляційні зв'язки ( $r$ ) між наявністю музичного слуху та позитивною симптоматикою шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп

| Ознака    | Групи | P1     | P2     | P3     | P4    | P5    | P6    | P7    | У сер. |
|-----------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Муз. слух | ПШ    | -0,76* | -0,72* | 0,26   | 0,51* | 0,58* | -0,27 | -0,26 | -0,53* |
|           | ШАР   | -0,53* | -0,60* | -0,31* | 0,32* | 0,39* | -0,03 | -0,20 | -0,39* |

Примітка \* – зв'язок між показниками доведений ( $p<0,05$ ).

у групі I, у 1,93 раза у групі II,  $p<0,01$ ) та P1 (у 2,09 раза у групі I та у 1,55 раза у групі II,  $p<0,01$ ), що дозволяє стверджувати, що симптоми «Маячення» та «Розлади мислення» мають більше вираження у пацієнтів без музичного слуху у обох групах, порівняно з пацієнтами з музичним слухом, проте все ж із переважанням у пацієнтів із параноїдною шизофренією.

Водночас позитивні афективні симптоми P4 «Збудження» та P5 «Ідеї величі» у 1,21–1,55 рази ( $p<0,01$ ) мали вищий рівень у осіб із музичним слухом у обох групах пацієнтів, порівняно з пацієнтами без музичного слуху.

Розподіл за статтю пацієнтів із психопатологією показав незначно вищий рівень позитивних симптомів у жінок, ніж у чоловіків – в цілому  $4,0\pm0,12$  балів проти  $3,87\pm0,09$  балів у групі I та  $3,47\pm0,09$  балів проти  $3,43\pm0,09$  балів у групі II відповідно ( $p>0,01$ ) (рис. 2). Виражена різниця рівнів позитивних симптомів на користь жіночої статі із параноїдною шизофренією була при симптомах P1 та P2 (у 1,23–1,34 раза,  $p<0,01$ ), на користь чоловічої статі – при P5 (у 1,25 раза,  $p<0,01$ ).

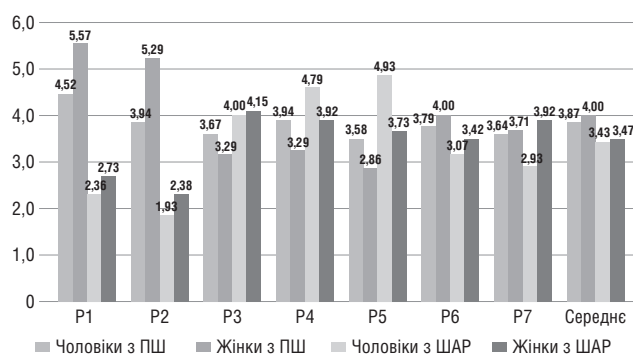


Рис. 2. Розподіл за статтю середніх рівнів позитивних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

У пацієнтів із шизоафективним розладом вищий рівень проявів позитивної симптоматики у жінок був при P7 «Ворожість» (у 1,34 раза,  $p<0,01$ ), у чоловіків – при P4 та P5 (у 1,22–1,32 раза,  $p<0,01$ ).

Зіставлення рівня розвитку позитивної симптоматики за шкалою PANSS залежно від гендерних ознак та психоакустичних здібностей виявило вищий рівень цих симптомів у чоловіків та жінок, які не мають музичного слуху, у обох групах пацієнтів ( $p<0,01$ ), окрім групи жінок із ПШ, які мали незначно вищий рівень позитивних балів при наявності музичного слуху ( $p>0,01$ ). Не було доведено достовірної різниці між розвитком позитивної симптоматики у чоловіків та жінок (різниця була у межах від 1,01 до 1,20 раза,  $p>0,01$ ).

Результати аналізу кореляційної взаємозалежності між наявністю психоакустичних здібностей та інтенсивністю позитивної симптоматики у досліджуваних групах підтвердила наявність середньої сили зворотного кореляційного зв'язку між цими ознаками ( $r_{\text{PШ}}=-0,53$ ,  $r_{\text{ШАР}}=-0,39$ ,  $p<0,05$ )

(табл. 2). А саме: відсутність музичного слуху корелює з вищим рівнем позитивної симптоматики досліджуваних психічних захворювань, причому у пацієнтів з ПШ при симптомах Р1 «Маячення» та Р2 «Розлади мислення» кореляційний зв'язок був найбільш вираженим – сильний зворотний зв'язок ( $r=-0,76$ ,  $r=-0,72$ ,  $p<0,05$ ). У пацієнтів із ШАР кореляційний зв'язок залежності симптомів Р4 та Р5 від музичного слуху був прямим ( $p<0,05$ ), що підтверджує попередні твердження про більш виражену позитивну симптоматику «Збудження» та «Ідеї величі» при наявних музичних здібностях у пацієнтів із ШАР.

## Висновки

1. Доведено наявність значно вищих середніх балів позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія, порівняно з пацієнтами із шизоафективним розладом ( $p<0,01$ ).

2. Афективні позитивні симптоми за шкалою PANSS Р4 «Збудження» та Р5 «Ідеї величі» мали вищі рівні у пацієнтів із ШАР, порівняно з пацієнтами з ПШ ( $p<0,01$ ). Ці ж симптоми мали вищий у 1,21–1,55 раза рівень у осіб із розвиненим музичним слухом у обох групах (ПШ та ШАР).

3. Встановлено вищий рівень позитивних симптомів в обох групах у пацієнтів без музичного слуху, порівняно з пацієнтами із розвиненим музичним слухом ( $p<0,01$ ) із найвищою різницею балів симптомів Р1 «Маячення» та Р2 «Розлади мислення».

## Список використаної літератури

1. Ayano G. Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures. *J. Of Schizophrenia Research*. 2016. Vol. 3, issue 2. P. 2–7.
2. Юрченко О. М. Клініко-психопатологічні та психодіагностичні характеристики хворих з параноїдною шизофренією та її діагностичне значення. *Світ медицини та біології*. 2016. № 4 (58). С. 87–92.
3. Серікова О. С. Клінічна диференціація психопатологічної симптоматики депресивного, маніакального та змішаного типів шизоафективного розладу у динаміці. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*. 2018. № 4 (24). С. 43–48. DOI: 10.15587/2519-4798.2018.132560.
4. Reise S. P. The rediscovery of bifactor measurement models. *Multivariate Behav. Res.* 2012. Vol. 47. P. 667–696. DOI: 10.1080/00273171.2012.715555.
5. Зайцева Ю. С., Саркисян Г. Р., Саркисян В. В., Сторожакова Я. А. Сравнительное исследование нейрокognитивного профиля больных параноидной шизо-

френией и шизоафективным расстройством. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011. Т. 21, № 2. С. 5–11.

6. A new integrated negative symptom structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia using item response analysis / A. Khan et al.; *Schizophr. Res.* 2013. Vol. 150, issue 1. P. 185–196. DOI: 10.1016/j.schres.2013.07.007.
7. Nielzen S., Kallstrand J., Larsson L., Olsson O. Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia. *Läkartidningen*. 2004. Vol. 101, issue 15–16. P. 1376–1379.
8. Nielzen S. Psychoacoustics & Schizophrenia. *J. Der Nervenarzt*. 2008. Vol. 79. P. 193.
9. Любінець О. В., Гутор Т. Г., Ходор О. Є. Ефективність впровадження інформаційних систем в заклади охорони здоров'я на думку лікарів-організаторів. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2016. № 1. С. 93–94.

## References

1. Ayano, G. (2016). Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures. *J. of Schizophrenia Research*, vol. 3, issue 2, pp. 2–7.
2. Yurchenko, O. M. (2016). Kliniko-psychopatologichni ta psichodiagnostichni kharakterystyky khvorykh z paranoyiznoyu shyzofreniyeu ta yiyi diahnostychnye znachennya [Clinico-psychopathological and psychodiagnostic characteristics of patients with paranoid schizophrenia and its diagnostic value]. *Svit medytyny ta biolohiyi – World of Medicine and Biology*, no. 4 (58), pp. 87–92. (In Ukrainian).
3. Serikova, O. S. (2018). Klinichna dyferentsiatsiya psichopatologichnoyi symptomatyky depresyvnoho, maniakal'noho ta zmishanoho typiv shyzoafektyvnoho rozladu u dynamitsi [Clinical differentiation of psychopathological symptoms of depressive, manic and mixed types of schizoaffective disorder in dynamics]. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*, no 4 (24), pp. 43–48. DOI: 10.15587/2519-4798.2018.132560 (In Ukrainian).
4. Reise, S. P. (2012). The rediscovery of bifactor measurement models. *Multivariate Behav. Res.*, no. 47, pp. 667–696. DOI: 10.1080/00273171.2012.715555.
5. Zaitseva, Y. S., Sarkisyan, G. R., Sarkisyan, V. V., & Storozhakova, Y. A. (2011). Sravnitel'noye issledovanie neirocognitivnogo profilya bolnix paranoidnoi shyzofreniei i shyzoafektivnim raistroistvom [Comparative study of the neurocognitive profile of patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder]. *Sotsialnaia i klinicheskaia psikiatriia – Social and Clinical Psychiatry*, no. 21 (2), pp. 5–11. (In Russian).
6. Khan, A., Lindenmayer, J. P., Opler, M., Yavorsky, C., Rothman, B., & Lucic, L. (2013). A new integrated negative symptom structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia using item response analysis. *Schizophr. Res.*, vol. 150, issue 1, pp. 185–196. DOI: 10.1016/j.schres.2013.07.007.
7. Nielzen, S., Kallstrand, J., Larsson, L., & Olsson, O. (2004). Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia. *Läkartidningen*, vol. 101, issue 15–16, pp. 1376–1379.
8. Nielzen, S. (2008). Psychoacoustics & Schizophrenia. *J. Der Nervenarzt*, vol. 79, pp. 193.
9. Lubinets, O. V., Gutor, T. G., & Khodor, O. E. (2016). Efektyvnist vprovadzhenia informatsiynykh system v zaklady okhorony zdorov'ia na dumku likariv-orhanizatoriv [Efficiency of implementation of information systems in health care institutions according to the opinion of the organizers] *Skhidnoevropeiskiy zhurnal hromadskoho zdorov'ia – Eastern European Journal of Public Health*, no. 1, pp. 93–94. (In Ukrainian).

### Відомості про авторів:

**КОСТЮЧЕНКО Наталія Вікторівна**, асистент кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: n.kostyuchenko@gmail.com  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5076-7600>  
**ФІЛЬЦ Олександр Орестович**, д-р. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького, м. Львів, Україна; e-mail: filz\_uuap@mail.lviv.ua  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5350-8305>

### Сведения об авторах:

**КОСТЮЧЕНКО Наталья Викторовна**, ассистент кафедры психиатрии и психотерапии ФПДО ЛНМУ имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: n.kostyuchenko@gmail.com  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5076-7600>  
**ФИЛЬЦ Александр Орестович**, д-р. мед. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психотерапии ФПДО ЛНМУ имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина; e-mail: filz\_uuap@mail.lviv.ua  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5350-8305>

### About the Authors:

**KOSTYUCHENKO Natalya Viktorivna**, assistant professor of Psychiatry and Psychotherapy Department, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: n.kostyuchenko@gmail.com  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5076-7600>  
**FILTS Olexander Orestovych**, MD, DSc, professor, Head of Psychiatry and Psychotherapy Department, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine; e-mail: filz\_uuap@mail.lviv.ua  
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5350-8305>

С. Д. Савка

СТРУКТУРА КОМОРБІДНИХ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ  
У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** При ревматоїдному артриті (РА) часто діагностують непсихотичні психічні розлади (НПР), які включають тривожно-депресивний, астено-депресивний, депресивно-іпохондричний та тривожно-фобічний синдроми. Коморбідні психічні розлади у хворих на РА можуть розвиватися на різних етапах перебігу захворювання і характеризуються різноманітними непсихотичними синдромами, які потребують своєчасної діагностики і відповідної корекції.

**Мета** – провести синдромальний аналіз психічних розладів, що трапляються у хворих на РА в динамічно-хронологічному аспекті.

**Матеріали та методи.** Обстежено 120 осіб віком від 20 до 60 років, у яких діагностовано РА та НПР. Застосовано клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи обстеження (шкали Гамільтона для оцінки депресії і тривоги, методика А. Р. Лурия «Заучування 10 слів»). Першу основну групу (ОГ I) склали 55 пацієнтів із тривалістю захворювання на РА до 5 років, другу основну групу (ОГ II) склали 65 пацієнтів з тривалістю захворювання на РА від 5 до 10 років. Результати обстеження порівнювали з даними 40 здорових осіб контрольної групи.

**Результати.** У структурі НПР спостерігали основні провідні синдроми: тривожно-депресивний – у 36,7 % (44 особи), астено-депресивний – у 33,3 % (40 осіб), депресивно-іпохондричний – у 18,3 % (22 особи) та тривожно-фобічний – у 10,8 % (14 осіб). У основній групі I, порівняно з основною групою II, переважав астено-депресивний синдром на 25,8 % ( $p < 0,002$ ) і тривожно-фобічний синдром на 15,4 % ( $p < 0,006$ ), а у основній групі II, порівняно з основною групою I, домінували тривожно-депресивний синдром на 24,1 % ( $p < 0,003$ ) та депресивно-іпохондричний синдром на 17,1 % ( $p < 0,009$ ).

**Висновки.** По мірі розвитку ревматоїдного артриту зростають загальні показники рівня депресії – від 9,16 бала до 10,84 бала, і загальні показники рівня тривоги – від 11,10 бала до 13,12 бала, а також погіршується запам'ятовування – від 3,6 бала до 3,2 бала ( $p < 0,05$ ).

**Ключові слова:** непсихотичні психічні розлади, ревматоїдний артрит, депресія, тривога.

## СТРУКТУРА КОМОРБІДНИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

С. Д. Савка

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

**Актуальность.** При ревматоидном артрите (РА) часто диагностируют непсихотические психические расстройства (НПР), включающие тревожно-депрессивный, астено-депрессивный, депрессивно-ипохондрический и тревожно-фобические синдромы. Коморбидные психические расстройства у больных РА могут развиваться на разных этапах течения заболевания и характеризуются различными непсихотическими синдромами, которые нуждаются в своевременной диагностике и соответствующей коррекции.

**Цель** – провести синдромальный анализ психических расстройств, встречающихся у больных РА в динамично-хронологическом аспекте.

**Материалы и методы.** Обследовано 120 человек в возрасте от 20 до 60 лет, у которых диагностированы РА и НПР. Применены клинико-психопатологический, психодиагностические методы обследования (шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, методика А. Р. Лурия «Заучивание 10 слов»). Первую основную группу (ОГ I) составили 55 пациентов с длительностью заболевания РА до 5 лет, вторую основную группу (ОГ II) составили 65 пациентов с длительностью заболевания РА от 5 до 10 лет. Результаты обследования сравнивали с данными 40 здоровых лиц контрольной группы.

**Результаты.** В структуре НПР были диагностированы основные синдромы: тревожно-депрессивный – у 36,7 % (44 обследованных), астено-депрессивный – у 33,3 % (40 обследованных), депрессивно-ипохондрический – у 18,3 % (22 обследованных) и тревожно-фобический – у 10,8 % (14 обследованных). В основной группе I, по сравнению с основной группой II, преобладал астено-депрессивный синдром на 25,8 % ( $p < 0,002$ ) и тревожно фобический синдром на 15,4 % ( $p < 0,006$ ), а в основной группе II, по сравнению с основной группой I, доминировали тревожно-депрессивный синдром на 24,1 % ( $p < 0,003$ ) и депрессивно-ипохондрический синдром на 17,1 % ( $p < 0,009$ ).

**Выводы.** По мере развития ревматоидного артрита растут общие показатели уровня депрессии от 9,16 баллов до 10,84 балла и уровня тревоги от 11,10 баллов до 13,12 балла, а также ухудшается запоминание от 3,6 балла до 3,2 балла ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, ревматоидный артрит, депрессия, тревога.

## STRUCTURE OF COMORBID NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

S. D. Savka

Higher state educational establishment of Ukraine «Bukovina State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

**Background.** Rheumatoid arthritis (RA) is significantly associated with non-psychotic mental disorders (NMD) and especially depression and anxiety. Comorbid psychiatric disorders of the patients with rheumatoid arthritis can develop at different stages of the disease and are characterized by a variety of non-psychotic syndromes that require timely diagnosis of appropriate correction.

**Objective** – to conduct a syndromic analysis of mental disorders of the patients with rheumatoid arthritis in the dynamically chronological aspect.

**Materials and methods.** We formed clinical group of observation of the 120 patients with rheumatoid arthritis and non-psychotic mental disorders, aged 20 to 60 years old. For assessment we used clinical-psychopathological, psychodiagnostic methods of examination (the Hamilton Rating Scale for Depression and Anxiety, A.R. Luria's method «Learning 10 words»). The first main group (MG I) was 55 patients with a disease duration for 1-5 years, the second main group (MG II) was 65 patients with a duration of the disease in RA for 5-10 years. The results of the survey were compared with the data of 40 healthy persons in the control group.

**Results.** In the NMD structure, the main leading syndromes were observed: anxiety-depressive syndrome – 36.7 % (44 persons), asthenia-depressive syndrome – 33.3 % (40 people), depressive-hypochondria syndrome – 18.3 % (22 people) and anxiety-phobic syndrome – 10.8 % (14 people). In the main group I, in comparison with the main group II, asthenia-depressive syndrome was dominated by 25.8 % ( $p < 0,002$ ) and anxiety-phobic syndrome by 15.4 % ( $p < 0,006$ ), and in the main group II compared with the main group I dominated anxiety-depressive syndrome by 24.1 % ( $p < 0,003$ ) and depressive-hypochondria syndrome by 17.1 % ( $p < 0,009$ ).

**Conclusions.** As rheumatoid arthritis develops, general indicators of the level of depression increase from 9.16 to 10.84 points and the general indicators of anxiety level increase from 11.10 to 13.12 points, as well as deterioration of memory from 3.6 points to 3.2 points ( $p < 0,05$ ).

**Keywords:** non-psychotic mental disorders, rheumatoid arthritis, depression, anxiety.

**For citation:** Savka S. D. Structure of comorbid non-psychotic mental disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(3): 146–148. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): savka.svitlana@bsmu.edu.ua

Received / Поступила: 26.06.2018

Accepted / Прийнята до друку: 01.09.2018

**Актуальність.** Особи, які страждають на ревматоїдний артрит, часто мають певні психологічні проблеми і коморбідні непсихотичні психічні розлади. Поширеність депресії у пацієнтів з РА у різних країнах коливається від 33,8 до 58,2 % [1–5], поширеність симптомів тривоги коливається від 13,4 до 47,5 % в усьому світі на основі різних шкал оцінки [6–8]. Психічні розлади у пацієнтів з ревматоїдним артритом можуть призвести до збільшення смертності та інвалідності, зниження якості лікування, труднощів при встановленні комплаєнсу між лікарем і пацієнтом [9–11]. Рання діагностика і адекватне лікування НПР може зменшити негативний вплив даних розладів на якість життя пацієнтів з РА.

**Мета** – провести синдромальний аналіз непсихотичних психічних розладів, що трапляються у хворих на РА в динамічно-хронологічному аспекті.

## Матеріали та методи дослідження

Обстежено 120 осіб віком від 20 до 60 років, у яких діагностовано РА та НПР. Застосовано клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи обстеження (шкали Гамільтона для оцінки депресії і тривоги, методика А. Р. Лурія «Заучування 10 слів»). Першу основну групу (ОГ I) склали 55 пацієнтів із тривалістю захворювання на РА до 5 років, другу основну групу (ОГ II) склали 65 пацієнтів з тривалістю захворювання на РА від 5 до 10 років. Результати обстеження порівнювали з даними 40 здорових осіб контрольної групи.

## Результати та їх обговорення

У хворих на ревматоїдний артрит діагностовано психічні розлади, які включають змішані тривожно-депресивні, тривожно-фобічні, соматоформні розлади та розлади адаптації. У основній групі I змішаний тривожно-депресивний розлад було діагностовано у 16 осіб (29,1 %), розлади адаптації – у 15 осіб (27,3 %), соматоформні розлади – у 13 осіб (23,6 %), тривожно-фобічні розлади – у 11 осіб (20,0 %), у основній групі II змішаний тривожно-депресивний розлад було діагностовано у 44 осіб (67,7 %), розлади адаптації – у 10 осіб (15,4 %), соматоформні розлади – у 8 осіб (12,3 %), тривожно-фобічні розлади – у 3 осіб (4,6 %).

Крім визначення нозологічної належності НПР, виявлених у хворих з РА, ми провели психопатологічний аналіз і за синдромальною належністю. У структурі визначених форм психічної патології спостерігали основні провідні синдроми: тривожно-депресивний – у 36,7 %, астено-депресивний – у 33,3 %, депресивно-іпохондричний – у 18,3 % та тривожно-фобічний – у 10,8 % (табл. 1).

Найчастіше спостерігали тривожно-депресивний синдром, який виявлено у 44 пацієнтів (36,7 %). Знижений настрій супроводжувався тривогою і думками про невиліковність такого стану. Цей синдром траплявся у 23,6 % пацієнтів (13 осіб) ОГ I і у 47,7 % пацієнтів (31 особа) ОГ II (на 24,1 % більше ( $p < 0,003$ ) у пацієнтів ОГ II ніж у обстежуваних ОГ I).

Астено-депресивний синдром виявлено у 40 осіб (33,3 %), він проявлявся постійним відчуттям втоми, роздратування, нестійким настроєм, які поєднувалися із вегетативними симптомами. На фоні астенії у пацієнтів спостерігали знижений настрій із порушеннями сну

та зниженням апетиту, млявістю. Астено-депресивний синдром було виявлено у 47,3 % пацієнтів (26 осіб) ОГ I і у 21,5 % пацієнтів (14 осіб) ОГ II, що зумовлено прогресуванням РА, збільшенням числа ускладнень, зниженням функціональної активності пацієнта (на 25,8 % ( $p < 0,002$ ) частіше у пацієнтів ОГ I, ніж у обстежуваних ОГ II).

Депресивно-іпохондричний синдром спостерігали у 22 осіб (18,3 %). Цим хворим були притаманні знижений настрій, перебільшене занепокоєння своїм здоров'ям, постійні сумніви у можливості видужання, патологічна фіксація на лікувальному процесі та хворобливих переживаннях. Даний синдром діагностовано у 9,1% пацієнтів (5 осіб) ОГ I і у 26,2% пацієнтів (17 осіб) ОГ II (в ОГ II на 17,1% ( $p < 0,009$ ) частіше ніж у обстежуваних ОГ I), що пов'язано з більшою фіксацією пацієнтів з тривалим перебігом РА на соматичних відчуттях.

Лише у 14 осіб діагностовано тривожно-фобічний синдром (11,6 %), а саме в 11 осіб в ОГ I (20,0 %), і у 3 осіб в ОГ II (4,6 %), в яких на фоні симптомів тривоги та вегетативних порушень епізодично виникало відчуття страху прогресування хвороби і смерті. Тривожно-фобічний синдром на 15,4 % ( $p < 0,006$ ) частіше діагностували у пацієнтів ОГ I, порівняно з ОГ II.

Для виявлення афективних порушень використовували шкалу депресії Гамільтона (HDRS) для визначення депресії [12]. За шкалою HDRS у двох основних групах пацієнтів, які страждають на ревматоїдний артрит, всі показники були вищими, ніж у контрольній групі. Загальний показник рівня депресії у пацієнтів ОГ I становив 9,16 бала, а у пацієнтів ОГ II – 10,84 бала, що відповідає легкому ступеню депресії.

Для визначення вираження тривоги у обстежуваних ми використовували шкалу Гамільтона. Загальний показник рівня тривоги у пацієнтів ОГ I становив 11,10 бала, а у пацієнтів ОГ II – 13,12 бала.

Провівши аналіз результатів психодіагностичного дослідження за методикою А. Р. Лурія «Заучування 10 слів» ми виявили, що у обстежуваних обох основних груп крива запам'ятовування вказувала на ослаблення активної уваги і на виражену стомлюваність при проведенні обстежень. В обох основних групах, порівняно з контрольною групою, ми спостерігали зниження довготривалої пам'яті у наступному відношенні: контрольна група – 9,2, перша основна група – 8,4, друга основна група – 7,4 (табл. 2).

У ОГ I рівень запам'ятовування знаходився між високим і середнім рівнем у межах 3,5–3,7 бала, у ОГ II рівень запам'ятовування відповідав найменшій кількості балів, а саме 3–3,3 бала, а в контрольній групі діагностовано ви-

**Таблиця 1.** Наявність непсихотичних психічних розладів (за синдромальною ознакою) у обстежених хворих

| Синдроми                 | Група (n=120) |      |              |      |
|--------------------------|---------------|------|--------------|------|
|                          | ОГ I (n=55)   |      | ОГ II (n=65) |      |
|                          | осіб          | %    | осіб         | %    |
| Тривожно-депресивний     | 13            | 23,6 | 31           | 47,7 |
| Астено-депресивний       | 26            | 47,3 | 14           | 21,5 |
| Депресивно-іпохондричний | 5             | 9,1  | 17           | 26,2 |
| Тривожно-фобічний        | 11            | 20,0 | 3            | 4,6  |

Таблиця 2. Показники запам'ятовування у пацієнтів (за даними тесту А. Р. Лурія)

| Кількість повторень | Група (n=160) / Кількість слів |      |              |      |           |      |
|---------------------|--------------------------------|------|--------------|------|-----------|------|
|                     | ОГ I (n=55)                    |      | ОГ II (n=65) |      | КГ (n=40) |      |
|                     | М                              | m    | М            | m    | М         | m    |
| Перше               | 3,5*                           | 0,06 | 3,1*, **     | 0,07 | 3,9       | 0,04 |
| Друге               | 4,3*                           | 0,10 | 3,7*, **     | 0,08 | 4,8       | 0,13 |
| Третє               | 5,5*                           | 0,12 | 4,9*, **     | 0,11 | 6,1       | 0,11 |
| Четверте            | 6,4*                           | 0,13 | 5,6*, **     | 0,13 | 7,1       | 0,14 |
| П'яте               | 7,2*                           | 0,13 | 6,4*, **     | 0,13 | 7,9       | 0,15 |
| Через 1 годину      | 8,4*                           | 0,12 | 7,4*, **     | 0,17 | 9,2       | 0,09 |

Примітки: 1. \* – вірогідність різниці порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ); 2. \*\* – вірогідність різниці між першою та другою групами.

сокий рівень запам'ятовування, що знаходився в межах 3,9–4,0 балів. Найнижчі показники запам'ятовування у обстежуваних осіб ОГ II обумовлені тим, що в даній групі астено-депресивний синдром діагностовано частіше, порівняно з обстежуваними ОГ I.

## Висновки

У структурі неспсихотичних психічних розладів спостерігали основні провідні синдроми: тривожно-депресивний – у 36,7 %, астено-депресивний – у 33,3 %, депресивно-іпохондричний – у 18,3 % та тривожно-фобічний – у 10,8% обстежених. У основній групі I, порівняно з основною групою II, переважав астено-депресивний синдром на 25,8% ( $p < 0,002$ ) і тривожно-фобічний синдром на 15,4% ( $p < 0,006$ ), а у основній групі II, порівняно з основною групою I, переважали тривожно-депресивний синдром на 24,1 % ( $p < 0,003$ ) та депресивно-іпохондричний синдром на 17,1 % ( $p < 0,009$ ). По мірі розвитку ревматоїдного артрити зростають загальні показники рівня депресії – від 9,16 бала до 10,84 бала і загальні показники рівня тривоги – від 11,10 бала до 13,12 бала, а також погіршується запам'ятовування – від 3,6 бала до 3,2 бала ( $p < 0,05$ ). Своєчасна діагностика НПР у хворих на РА дозволить розробити ефективну програму їх комплексної корекції.

## Список використаної літератури

- Liu L., Xu N., Wang L. Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017. Vol. 13. P. 2141–2150. DOI: 10.2147/NDT.S137233.
- Smolen J. S., Aletaha D., McInnes I. B. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2016. Vol. 388, issue 10055. P. 2023–2038. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8.
- Yang C., Wang J., Sun C., Zhang Q. The prevalence of depression in adult rheumatoid arthritis patients in China: a meta-analysis. *Chin J Rheumatol*. 2015. Vol. 19, issue 10. P. 662–668.
- Anxiety and depression in primary Sjögren's syndrome: a cross-sectional study / Cui Y. et al.; *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, issue 1. P. 131–139. DOI: 10.1186/s12888-018-1715-x.

### Відомості про автора:

САВКА Світлана Дмитрівна, асистент кафедри неврологічних хвороб, психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна;  
e-mail: savka.svitlana@bsmu.edu.ua

### Сведения об авторе:

САВКА Светлана Дмитриевна, ассистент кафедры нервных болезней, психиатрии и медицинской психологии имени С. М. Савенко, Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина;  
e-mail: savka.svitlana@bsmu.edu.ua

### About the Author:

SAVKA Svitlana Dmitriyivna, assistant of the S. M. Savenko department of neurology, psychiatry and medical psychology, Higher state educational establishment of Ukraine «Bukovina State Medical University», Chernivtsi, Ukraine;  
e-mail: savka.svitlana@bsmu.edu.ua

- Matcham F., Rayner L., Steer S., Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013. Vol. 52, issue 12. P. 2136–2148. DOI: 10.1093/rheumatology/ket169.
- The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis / L. Zhang et al.; *Psychol Health Med*. 2017. Vol. 22, issue 1. P. 28–36. DOI: 10.1080/13548506.2016.1198817.
- Guo J., Li L., Yang J. L. Investigation and analysis of anxiety and depression of patients with rheumatoid arthritis. *Rheum Arthritis*. 2012. Vol. 1, issue 3. P. 28–29.
- Association of somatic comorbidities and comorbid depression with mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 14-year prospective cohort study / J. Van den Hoek et al.; *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016. Vol. 68, issue 8. P. 1055–1060. DOI: 10.1002/acr.22812.
- Multidimensional model of disability and role functioning in rheumatoid arthritis / S. R. Ormseth et al.; *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015. Vol. 67, issue 12. P. 1686–1692. DOI: 10.1002/acr.22658.
- Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial / F. Matcham et al.; *Rheumatology (Oxford)*. 2016. Vol. 55, issue 2. P. 268–278. DOI: 10.1093/rheumatology/kev306.
- Treatment adherence to disease-modifying antirheumatic drugs in Chinese patients with rheumatoid arthritis / Y. Xia et al.; *Patient Prefer Adherence*. 2016. Vol. 10. P. 735–742. DOI: 10.2147/PPA.S98034.
- Impact of psychological factors on subjective disease activity assessments in patients with severe rheumatoid arthritis / L. Cordingley et al.; *Arthritis Care Res*. 2014. Vol. 66, issue 6. P. 861–868. DOI: 10.1002/acr.22249.

## References

- Liu, L., Xu, N., & Wang, L. (2017). Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 13, pp. 2141–2150. DOI: 10.2147/NDT.S137233.
- Smolen, J. S., Aletaha, D., & McInnes, I. B. (2016). Rheumatoid arthritis. *Lancet*, vol. 388, issue 10055, pp. 2023–2038. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8.
- Yang, C., Wang, J., Sun, C., & Zhang, Q. (2015). The prevalence of depression in adult rheumatoid arthritis patients in China: a meta-analysis. *Chin J Rheumatol*, vol. 19, issue 10, pp. 662–668.
- Cui, Y., Xia, L., Li, L., Zhao, Q., Chen, S., & Gu, Z. (2018). Anxiety and depression in primary Sjögren's syndrome: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, vol. 18, issue 1, pp. 131–139. DOI: 10.1186/s12888-018-1715-x.
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*, vol. 52, issue 12, pp. 2136–2148. DOI: 10.1093/rheumatology/ket169.
- Zhang, L., Xia, Y., Zhang, Q., Fu, T., Yin, R., Guo, G., ... Gu, Z. (2017). The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Psychol Health Med*, vol. 22, issue 1, pp. 28–36. DOI: 10.1080/13548506.2016.1198817.
- Guo, J., Li, L., & Yang, J. L. (2012). Investigation and analysis of anxiety and depression of patients with rheumatoid arthritis. *Rheum Arthritis*, vol. 1, issue 3, pp. 28–29.
- van den Hoek, J., Boshuizen, H. C., Roorda, L. D., Tjhuis, G. J., Nurmohamed, M. T., Dekker, J., & van den Bos, G. A. (2016). Association of somatic comorbidities and comorbid depression with mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 14-year prospective cohort study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, vol. 68, issue 8, pp. 1055–1060. DOI: 10.1002/acr.22812.
- Ormseth, S. R., Draper, T. L., Irwin, M. R., Weisman, M. H., Aréchiga, A. E., Hartoonian, N., ... Nicassio, P. M. (2015). Multidimensional model of disability and role functioning in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, vol. 67, issue 12, pp. 1686–1692. DOI: 10.1002/acr.22658.
- Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., & Hotopf, M. (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*, vol. 55, issue 2, pp. 268–278. DOI: 10.1093/rheumatology/kev306.
- Xia, Y., Yin, R., Fu, T., Zhang, L., Zhang, Q., Guo, G., ... Gu, Z. (2016). Treatment adherence to disease-modifying antirheumatic drugs in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Patient Prefer Adherence*, vol. 10, pp. 735–742. DOI: 10.2147/PPA.S98034.
- Cordingley, L., Prajapati, R., Plant, D., Maskell, D., Morgan, C., Ali, F. R., ... Barton, A. (2014). Impact of psychological factors on subjective disease activity assessments in patients with severe rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*, vol. 66, issue 6, pp. 861–868. DOI: 10.1002/acr.22249.

О. С. Юрценюк

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** Значна поширеність психічних та поведінкових розладів серед молоді ставить до числа пріоритетних проблему їх ранньої діагностики, профілактики і корекції. В структурі психічної патології у студентів провідне місце займають розлади межового спектра, що призводить до зниження навчальної адаптації та погіршення успішності. Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених вивченню психологічних, педагогічних, медичних аспектів розвитку психічних порушень в осіб, які займаються напруженою розумовою працею, проблеми їх ранньої діагностики, психопрофілактики і корекції з позиції системного підходу залишаються не до кінця розкритими й потребують подальшого вивчення поширеності, структури, особливостей клінічних проявів психічної патології студентської молоді з урахуванням сучасних реалій системи вищої освіти.

**Мета** – вивчення клініко-психопатологічних особливостей неспсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів залежно від курсу навчання.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексне обстеження 1200 студентів (831 студент (69,25 %) Буковинського державного медичного університету та 369 студентів (30,75 %) Чернівецького національного університету) обох статей у віці 17–24 роки. Методи дослідження – клінічний, психодіагностичний, статистичний.

**Результати.** У значної частини студентів виявлені неспсихотичні психічні розлади різного ступеня виразності, що вимагає їхнього своєчасного розпізнання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії. У психопатологічній структурі тривожних і депресивних реакцій виявлений зсув від депресивно-тривожних розладів на початку навчання, до тривожних – на останніх курсах.

**Висновки.** Переважання високого рівня особистісної тривожності в групі ризику, порівняно із частим поєднанням особистісної й реактивної тривожності в субклінічній і клінічній групах, вказує на значну роль психогенного фактора в розвитку афективних симптомокомплексів у двох останніх групах, це слід враховувати при плануванні профілактичних та лікувальних заходів.

**Ключові слова:** депресія, тривога, студенти.

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ОБУЧЕНИЯ

О. С. Юрценюк

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

**Актуальность.** Широкая распространенность психических и поведенческих расстройств среди молодежи ставит в число приоритетных проблему их ранней диагностики, профилактики и коррекции. В структуре психической патологии у студентов расстройства пограничного спектра занимают ведущее место, что приводит к снижению учебной адаптации и ухудшению успеваемости.

Несмотря на большое количество работ, посвященных изучению психологических, педагогических, медицинских аспектов развития психических нарушений у лиц, занимающихся напряженным умственным трудом, проблемы их ранней диагностики, психопрофилактики и коррекции с позиции системного подхода остаются не до конца раскрытыми и требуют дальнейшего изучения распространенности, структуры, особенностей клинических проявлений психической патологии студенческой молодежи с учетом современных реалий системы высшего образования.

**Цель** – изучение клинико-психопатологических особенностей неспсихотических психических расстройств у студентов высших учебных заведений в зависимости от курса обучения.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное обследование 1200 студентов (831 студент (69,25 %) Буковинского государственного медицинского университета и 369 студентов (30,75 %) Черновицкого национального университета) разного пола в возрасте 17–24 лет. Методы исследования – клинический, психодиагностический, статистический.

**Результаты.** У значительной части студентов обнаружены неспсихотические психические расстройства различной степени выраженности, что требует их своевременного распознавания и адекватной психокоррекции, психопрофилактики и терапии. В психопатологической структуре тревожных и депрессивных реакций обнаружен сдвиг от депрессивно-тревожных расстройств в начале обучения, к тревожным – на последних курсах.

**Выводы.** Преобладание высокого уровня личностной тревожности в группе риска, по сравнению с частым сочетанием личностной и реактивной тревожности в субклинической и клинической группах, указывает на значительную роль психогенного фактора в развитии афективных симптомокомплексов в двух последних группах, это следует учитывать при планировании профилактических и лечебных мероприятий.

**Ключевые слова:** депрессия, тревога, студенты.

## CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN STUDENTS AT DIFFERENT STAGES OF STUDYING

O. S. Yurtsenyuk

Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovynian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

**Background.** The widespread prevalence of mental and behavioral disorders among young people makes the problem of their early diagnosis, prevention and correction one of the priority issues. Disorders of the boundary spectrum occupy a leading place in the structure of mental pathology in students, which leads to a reduction in educational adaptation and deterioration of educational progress.

Despite the large number of works dealing with the study of psychological, pedagogical, and medical aspects of the development of mental disorders in persons engaged in intense mental work, the problems of their early diagnosis, psychoprophylaxis and correction from the standpoint of the systemic approach are not fully revealed and require further study of the prevalence, structure, peculiarities of clinical manifestations of mental illness in student youth, taking into account modern realia of the system of higher education.

The **objective** of the work is to explore the clinical and psychopathological peculiarities of non-psychotic mental disorders in students of higher educational institutions, depending on the year of study.

**Materials and methods.** A comprehensive examination of 1200 students (831 students (69.25 %) of Bukovinian State Medical University and 369 students (30.75 %) of Chernivtsi National University) of both sexes aged 17–24 years has been carried out. Methods of the research are as follows: clinical, psychodiagnostic, statistical.

**Results.** Non-psychotic mental disorders of varying stages of severity have been diagnosed in a significant proportion of students, it requires their timely recognition and



adequate psycho-correction, psychoprophylaxis and therapy. In the psychopathological structure of anxiety and depressive reactions, there was revealed a shift from depression and anxiety disorders – at the beginning of study, to anxiety – during the last years of study.

**Conclusions.** The predominance of a high level of personal anxiety in the risk group compared to the frequent combination of personal and reactive anxiety in the subclinical and clinical groups indicates the significant role of the psychogenic factor in the development of affective symptom complexes in the latter two groups, which should be taken into account when planning preventive and therapeutic measures.

**Keywords:** depression, anxiety, students.

For citation: Yurtsenyuk O. S. Clinical-psychopathological peculiarities of non-psychotic mental disorders in students at different stages of studying. *Arkhiv Psykhatrii*. 2018, 24(3): 149–152. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

Received / Поступила: 22.06.2018

Accepted / Прийнята до друку: 30.08.2018

**Актуальність.** Збереження і підвищення рівня психічного здоров'я студентів є однією з основних задач сучасної медицини. Останніми роками значно зросла захворюваність на неспсихотичні психічні розлади (НПР), що неминуче зачіпає і студентство як частину загальної популяції. Висока поширеність НПР поставила в число першочергових завдань психіатричної науки і практики розробку методів ранньої діагностики і терапії даної патології [1].

На думку багатьох авторів, у періоді навчання можна виділити три основних критичних періоди, які припадають на перший, третій і п'ятий курси (у студентів-медиків, відповідно, перший, четвертий і шостий) [2]. На першому курсі відбувається зміна соціальної ролі того, кого навчають, корекція потреб і системи цінностей, виникає необхідність більш гнучко регулювати свою поведінку, пристосовуючись до вимог вищої школи, встановлювати стосунки в новому колективі; іногороднім – облаштовувати побут. На третьому (четвертому) курсі відбувається переоцінка цінностей, переосмислення вибору спеціальності. Студенти-медики, в яких у програмі з'являються клінічні дисципліни, починають відчувати тягар лікарської відповідальності [3]. Особливість кризи п'ятого (шостого) курсу пов'язана з майбутнім працевлаштуванням, перспективами роботи й професійного росту в рамках обраної спеціальності. Відсутність резервів психічного й фізичного здоров'я на кожному з етапів може призвести до розвитку невротичних розладів і розладів адаптації [1, 3].

Згідно з літературними даними, психічна дезадаптація, переважно, супроводжується тривожними й депресивними розладами [4, 5].

Вищевикладене визначає актуальність даної роботи, **метою** якої є вивчення клініко-психопатологічних особливостей неспсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів залежно від курсу навчання.

## Матеріали та методи дослідження

Проведено обстеження 1200 студентів, які відібрані при проведенні суцільного скринінгового дослідження 1679 осіб (479 осіб з різних причин не пройшли повне скринінгове обстеження (I та II поперечні зрізи) та були виключені із вибірки). У дослідженні взяв участь 831 студент (69,25 %) Буковинського державного медичного університету (БДМУ) та 369 студентів (30,75 %) Чернівецького національного університету (ЧНУ).

У роботі використані наступні патофизиологічні методи: шкала реактивної й особистісної тривожності Спілберґера-Ханіна й шкала депресії Зунґе. Зі студентами,

у яких виявили завищені показники за скринінговими шкалами, проводили очну зустріч, клініко-психопатологічну оцінку кожного випадку. Діагнози встановлювали згідно з критеріями діагностики Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду.

## Результати та їх обговорення

Серед усіх обстежених на державній формі навчалися 516 студентів (43,0 %), на контрактній – 684 студенти (57,0 %). На спеціальності лікувальна справа навчалось 564 студенти (47,0 %), педіатрія – 42 (3,5 %), стоматологія – 204 (17,0 %), медична психологія – 21 (1,75 %). Серед обстежених студентів ЧНУ 144 (12,0 %) обрали спеціальність психологія, 31 (2,58 %) – історія, 62 (5,17 %) – математика, 27 (2,25 %) – фізика, 12 (1,0 %) – філософія/теологія, 23 (1,92 %) – економіка, 17 (1,42 %) – інформатика, 19 (1,58 %) – політологія, 14 (1,16 %) – педагогіка (початкова освіта), 20 (1,67 %) – соціологія.

Неспсихотичні психічні розлади було діагностовано у 317 (26,42 %) студентів. Структура НПР: афективні розлади настрою (F30-34) виявлено у 79 (24,92 %) студентів; невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40-48) виявлено у 187 (58,99 %) студентів; поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними чинниками (F50-51.4) – у 20 (6,31 %) студентів; розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60) – у 31 (9,78 %) студента. Структура НПР відображена на рисунку 1.

Аналізуючи рівень емоційної стійкості, депресії, особистісної та ситуативної тривожності у обстежених студентів ми встановили, що тільки 9,09 % обстежених на першому, 13,11 % на четвертому й 15,07 % на шостому (п'ятому для студентів ЧНУ) курсі показали високу емоційну стійкість. Рівень тривожності й депресії не виходив за межі психологічної норми відповідно в 18,18 %, 57,37 % й 53,83 % обстежених. Серед них на першому курсі в 83,33 % випадках, на четвертому – в 91,42 %, на шостому (п'ятому) – в 82,35 % мала місце тільки особистісна тривожність. В інших випадках спостерігалось поєднання особистісної й реактивної тривожності.



Рис. 1. Структура неспсихотичних психічних розладів у обстежених студентів

Студенти, які за скринінговими шкалами показали підвищені результати, були поділені на 3 групи: 1 група – студенти зі станом підвищеного ризику розвитку тривожних і депресивних реакцій – 9,09 % (від загального числа обстежених, 1200 студентів) навчалися на першому курсі, 16,39 % – на четвертому й 19,35 % – на шостому. До цієї групи віднесені особи із підвищеними результатами за шкалами тривоги й (або) депресії, проте при клінічному обстеженні у них не виявили виразної афективної симптоматики. Разом з тим, у них спостерігали виражене внутрішнє напруження, що супроводжувалося потребою в постійній мобілізації й підвищеному самоконтролі.

2 група – особи з афективними розладами субклінічного рівня – відповідно по курсах, 45,46 %, 9,85 % й 6,46 %. У них були окремі прояви тривоги й (або) депресії, які за ступенем виразності не вкладалися в клінічно окреслені психопатологічні синдроми. У студентів, що увійшли до даної групи, працездатність зберігалася, але на зниженому рівні.

3 група – студенти із клінічно оформленими проявами тривоги й депресії, що відповідають стандартам МКХ-10. До неї увійшли 24,72 % (79 осіб), серед них 18,18 % студентів навчалося на першому курсі, 3,28 % – на четвертому й 4,96 % – на шостому (п'ятому для студентів ЧНУ).

Результати, отримані за шкалами депресії та тривоги (особистісної й реактивної) у кожній із груп у різні періоди навчання були наступними: питома вага тривожних і депресивних порушень найвища на першому курсі й поступово знижується, змінюючись за структурою, на наступних. Відповідно, частка клінічно окреслених афективних порушень на першому курсі значно перевищує відповідні показники у студентів старших курсів.

У першій групі, групі ризику, у студентів першого та четвертого курсів особистісна тривога з різною частотою поєднувалася із завищеними результатами за шкалою депресії, чого не спостерігалось у студентів старших курсів. При цьому поєднання високого рівня особистісної тривожності та схильності до розвитку депресії в першокурсників зустрічається у 6 разів частіше, ніж на четвертому курсі.

**Таблиця 1. Структура афективних неспсихотичних психічних розладів у студентів.**

| Шифр МКХ 10                                | Неспсихотичний психічний розлад                     | Кількість осіб, абс | %      |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|--------|
| <b>Розлади настрою (афективні розлади)</b> |                                                     |                     |        |
| F30.0                                      | Гіпоманія                                           | 9                   | 11,39  |
| F30.1                                      | Манія без психотичних симптомів                     | 4                   | 5,07   |
| F32.0                                      | Легкий депресивний епізод                           | 19                  | 24,05  |
| F32.1                                      | Помірний депресивний епізод                         | 7                   | 8,86   |
| F32.2                                      | Тяжкий депресивний епізод                           | 1                   | 1,27   |
| F33.0                                      | Рекурентний депресивний розлад з легким перебігом   | 10                  | 12,65  |
| F33.1                                      | Рекурентний депресивний розлад з помірним перебігом | 6                   | 7,59   |
| F34.0                                      | Циклотимія                                          | 16                  | 20,25  |
| F34.1                                      | Дистимія                                            | 7                   | 8,87   |
|                                            | Разом                                               | 79                  | 100,00 |

У другій групі, субклінічних розладів, у всіх випадках був зафіксований підвищений результат за шкалою особистісної тривожності. Серед першокурсників в 60,01 % випадків особистісна тривожність поєднувалася зі схильністю до розвитку депресії, в 13,33 % було поєднання особистісної й реактивної тривожності, а ще в 13,33 % випадків показники виявилися підвищеними за всіма скринінговими шкалами (депресії, особистісної й реактивної тривожності). На відміну від першокурсників, у більшій частині студентів четвертого курсу (66,67 %) і шестикурсників (50,0 %) спостерігалися тільки підвищені результати за шкалою особистісної тривожності. У психопатологічній структурі субклінічних афективних розладів у студентів першого курсу переважали депресивно-тривожні реакції, на четвертому курсі – тривожно-депресивні, на шостому – чітко переважали тривожні реакції.

У осіб, що склали третю групу, із клінічно вираженими НПР, при обстеженні виявлено клінічний рівень депресії, високий рівень особистісної тривожності та реактивну тривожність різної виразності (серед студентів всіх курсів). У психопатологічній структурі обстежених цієї групи було виявлено тривожно-депресивний, obsесивно-компульсивний, неврастенічний, депресивний, тривожний синдроми. Цим студентам було запропоновано розроблений нами курс комплексного лікування (фармакологічного та психотерапевтичного).

Виявлена закономірність між поширенням невротичних реакцій і реакцій розладів адаптації залежно від тривалості навчання у вузі: на першому курсі виявлено відповідно 58,06 % й 41,94 % випадків, на четвертому – 27,88 % й 72,12 %, на шостому – 8,83 % й 91,17 %. На відміну від дезадаптивних розладів, невротичні розлади супроводжувалися різними вегетативними проявами (тахікардією, гіпергідрозом або почуттям сухості в роті, зміною перистальтики, частим сечовипусканням, ядухою тощо).

## Висновки

У значній частині студентів виявлені неспсихотичні психічні розлади різного ступеня виразності, що зумовлює необхідність їх своєчасного розпізнання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії.

У психопатологічній структурі тривожних і депресивних реакцій виявлений зсув від депресивно-тривожних розладів – на початку навчання, до тривожних – на останніх курсах.

Переважаання високого рівня особистісної тривожності в групі ризику, порівняно із частим поєднанням особистісної й реактивної тривожності в субклінічній і клінічній групах, вказує на значну роль психогенного фактора в розвитку НПР у двох останніх групах.

## Список використаної літератури

1. Киосева Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов. Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, Вип. 1 (86). С. 60–63.
2. Коваленко М. В. Структурний аналіз перфекціонізму у студентів вищих навчальних медичних закладів. Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, Вип. 3 (80). С. 65–68.
3. Корнієнко О. В. Індивідуально-типологічний (інтровертований) та факторний аналізи психосоматичного здоров'я студенток-дівчат Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». 2015. Вип. 35. С. 144–151.

4. Малахов П. С., Асеева Ю. О., Харітонова А. С. Проблемність адаптації студентів-медиків. Медична психологія. 2016. Т. 11, № 2 (42). С. 3–5.
5. Чабан О. С., Хаустова О. О., Трачук Л. Є. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія». Медична психологія. 2016. Т. 24, № 1 (86). С. 3–8.

## References

1. Kioseva, O. V. (2016). Psikhopatologicheskaya kharakteristika emotsionalnoi sfery u studentov mladshikh kursov [Psychopathological characteristics of an emotional sphere of university first year students]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohiï – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 24, issue 1 (86), pp. 60–63. (In Russian).
2. Kovalenko, M. V. (2014). Strukturnyi analiz perfektsionizmu u studentiv vyshchykh navchalnykh medychnykh zakladiv [The structural analysis of students perfectionism]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohiï – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 65–68. (In Ukrainian).

### Відомості про автора:

**ЮРЦЕНЮК Ольга Сидорівна** – доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна;  
e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

### Сведения об авторе:

**ЮРЦЕНЮК Ольга Сидоровна** – доцент кафедры нервных болезней, психиатрии и медицинской психологии имени С. Н. Савенка, Высшее государственное учебное заведение Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина;  
e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

3. Kornienko, O. V. (2015). Indyvidualno-typolohichnyi (introvertovanyi) ta faktornyi analizy psikhosomatychnoho zdorov'ia studentok-divchat Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka [Individually-typological and factor analysis psychosomatic health of students-girls of Taras Shevchenko National University of Kyiv]. *Humanitarnyi visnyk DVNZ «Pereiaslav-Khmelnytskyi derzhavnyi pedahohichnyi universytet imeni Hryhoriia Skovorody» – The Journal of Humanities State Higher Educational Establishment «Pereiaslav-Khmelnytskyi State Pedagogical University named after Hryhoriy Skovoroda»*, issue 35, pp. 144–151. (In Ukrainian).
4. Malakhov, P. S., Asieieva, Yu. O., & Kharitonova, A. S. (2016). Problemnist adaptatsii studentiv-medykiv [Problems of adaptation of medical students]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 11, no. 2 (42), pp. 3–5. (In Ukrainian).
5. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., & Trachuk, L. Ye. (2016). Shliakhy pidvyshchennia efektyvnosti navchannia studentiv za spetsialnistiu «Medychna psykholohiia» [Ways to improve the effectiveness of teaching medical students majoring in medical psychology]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 24, no. 1 (86), pp. 3–8. (In Ukrainian).

### About the Author:

**YURTSENYUK Olha Sydorivna** – MD, docent of the department of neurology, psychiatry and medical psychology named after S. Savenko, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine;  
e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

В. І. Коростій<sup>1</sup>, І. Ю. Блажін<sup>2\*</sup>, Н. М. Іванова<sup>2</sup>

## НЕДЕМЕНТНІ КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ: ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна<sup>2</sup>ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

**Актуальність.** Недостатнє вивчення проблеми порушень когнітивних функцій при епілепсії, факторів, що призводять до когнітивного дефіциту, відсутність системи надання профілактичних та реабілітаційних заходів пацієнтам цієї групи суттєво впливають на якість життя хворих на епілепсію та їх соціальне функціонування.

**Мета** – проаналізувати сучасні наукові дані з питання порушення когнітивних функцій при епілепсії.

**Матеріали та методи.** За допомогою інформаційно-аналітичного методу вивчено 35 наукових джерел, присвячених питанню когнітивної дисфункції у пацієнтів, які страждають на епілепсію.

**Результати.** Когнітивні порушення при епілепсії мають поліфакторну складову, яка полягає у впливі різноманітних чинників, а саме, преморбідних та вікових характеристик особистості, наслідків епілептичного процесу, медикаментозного та хірургічного втручання, коморбідної психічної патології тощо.

**Висновки.** Порушення когнітивних функцій при епілепсії є доволі різноманітними та асоціюються з впливом багатьох факторів. Вивчення їх особливостей потребує подальшого дослідження та розробки психодіагностичних методик і методів психотерапевтичної корекції, впровадження яких у практичну діяльність лікарів – психіатрів, епілептологів, психологів – дозволить покращити медичну допомогу даній категорії пацієнтів.

**Ключові слова:** епілепсія, когнітивна дисфункція, пам'ять, протиепілептичні препарати, коморбідність.

## НЕДЕМЕНТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

В. И. Коростий<sup>1</sup>, И. Ю. Блажина<sup>2</sup>, Н. Н. Иванова<sup>2</sup><sup>1</sup>Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина<sup>2</sup>ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

**Актуальность.** Недостаточное изучение проблемы нарушений когнитивных функций при эпилепсии, факторов, приводящих к когнитивному дефициту, отсутствие системы предоставления профилактических и реабилитационных мероприятий для пациентов этой группы, существенно влияют на качество жизни больных эпилепсией и их социальное функционирование.

**Цель** – проанализировать современные научные данные по вопросу нарушения когнитивных функций при эпилепсии.

**Материалы и методы.** С помощью информационно-аналитического метода изучено 35 научных источников, посвященных вопросу когнитивной дисфункции у пациентов, страдающих эпилепсией.

**Результаты.** Когнитивные нарушения при эпилепсии имеют полифакторную составляющую, которая заключается в воздействии различных факторов, а именно, преморбидных и возрастных характеристик личности, последствий эпилептического процесса, медикаментозного и хирургического вмешательства, коморбидной психической патологии и тому подобное.

**Выводы.** Нарушения когнитивных функций при эпилепсии довольно разнообразны и ассоциируются с влиянием многих факторов. Изучение особенностей когнитивных нарушений при эпилепсии требует дальнейшего исследования и разработки психодиагностических методик и методов психотерапевтической коррекции, внедрение которых в практическую деятельность врачей – психиатров, эпилептологов, психологов – позволит улучшить медицинскую помощь данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** эпилепсия, когнитивная дисфункция, память, противоэпилептические препараты, коморбидность.

## COGNITIVE IMPAIRMENT IN ADULTS WITH EPILEPSY: HISTORICAL ASPECTS

V. I. Korostiy<sup>1</sup>, I. Yu. Blazhina<sup>2</sup>, N. M. Ivanova<sup>2</sup><sup>1</sup>Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine<sup>2</sup>Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

**Background.** Insufficient study of the problem of cognitive impairment in epilepsy, factors leading to cognitive deficiency, the lack of a system for providing preventive and rehabilitation measures for patients of this group significantly affect the quality of life of patients with epilepsy and their social functioning.

**Objective** – to analyze modern scientific data on the issue of cognitive impairment in epilepsy.

**Materials and methods.** We used information and analytical methods for analyze of 35 scientific sources on the issue of cognitive dysfunction in patients with epilepsy.

**Results.** Cognitive impairments in epilepsy have a multi-factorial component, which consists of the influence of various factors, namely, premorbid and age personality characteristics, effects of the epileptic process, medical and surgical interventions, comorbid mental pathology and etc.

**Conclusions.** Impaired cognitive functions in epilepsy are quite diverse and are associated with the influence of many factors. The study of the characteristics of cognitive impairment in epilepsy requires further research and development of psychodiagnostic methods and methods of psychotherapeutic correction. Introduction of these methods into the practical work of psychiatrists, epileptologist and psychologists will help improve medical care of this category of patients.

**Keywords:** epilepsy, cognitive impairment, memory, antiepileptic drugs, comorbidity.

For citation: Korostiy V. I., Blazhina I. Yu., Ivanova N. M. Cognitive impairment in adults with epilepsy: historical aspects. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(3): 153–157. (In Ukr.)

\*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): blazhina9@gmail.com

Received / Поступила: 02.07.2018

Accepted / Прийнята до друку: 04.09.2018

**Актуальність.** Епілепсія – це хронічне поліетіологічне захворювання, яке характеризується стійкою схильністю до виникнення епілептичних нападів, а також нейробіологічними, когнітивними, психологічними та соціальними наслідками. Епілепсія є одним з найпоширеніших нервово-психічних захворювань.

Недостатнє вивчення проблеми порушень когнітивних функцій при епілепсії, досліджень факторів, що призводять до когнітивного дефіциту, відсутність системи надання профілактичних та реабілітаційних заходів пацієнтам цієї групи суттєво впливають на якість життя хворих на епілепсію та їх соціальне функціонування.

**Мета** – проаналізувати сучасні наукові дані з питання порушення когнітивних функцій при епілепсії.

## Матеріали та методи дослідження

З використанням інформаційно-аналітичного методу вивчено 35 наукових джерел, присвячених питанню когнітивної дисфункції у пацієнтів, які страждають на епілепсію.

## Результати та їх обговорення

Для епілепсії характерна гетерогенність клінічних проявів психічних порушень. У всьому розмаїтті психічної патології виділяють власне когнітивні порушення, епілептичні психози, зміни емоційно-афективної сфери, obsesивно-компульсивні розлади, тривожні та панічні стани, епілептичні енцефалопатії. Афективні, тривожні розлади, психози, розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) і розлади аутистичного спектра часто діагностують при епілепсії як коморбідні стани.

Ряд фахівців [7] розглядають розлади психіки та поведінки як ускладнення епілепсії, інші вчені [6] в своїх дослідженнях продемонстрували двосторонню спрямованість причинно-наслідкового зв'язку між ними [13].

Чимало наукових досліджень було проведено з метою виявлення особливостей психічних порушень залежно від топографічної локалізації епілептичного вогнища. Встановлено, що порушення функції префронтальної кори призводять до поведінкових відхилень – так званого «префронтального лобового синдрому» [11]. Описаний науковцями «орбітофронтальний синдром», який виникає внаслідок уражень базальної лобної кори, характеризується більш глибокими змінами особистості та поведінки, виникненням соціальної дезадаптації. Для так званих транзиторних когнітивних порушень, які характеризуються появою мовних розладів, притаманні труднощі у висловлюваннях, розумінні зверненої мови або підборі слів, розлади вербального мислення, а також розлади вербальної пам'яті.

У своїх роботах Н. Landolt описав «скроневи психосиндром». Він стверджує, що пацієнтам, які страждають на скроневу епілепсію, притаманні більш виражені поведінкові та характерологічні розлади за експлозивним типом. За даними А. С. Шмар'ян [11], при ураженні скроневої кори порушення пам'яті є стійкими і характеризуються блокадою всього минулого досвіду та спогадів при збереженні мислення, критики, поведінки і особистості в цілому.

На думку багатьох вчених, переважання вегетативних пароксизмальних форм і афективних розладів є синдромальним проявом медіобазальних лімбічних нападів [11].

Ряд дослідників виявили, що виникнення симптому «вже баченого» асоційовано переважно з правобічною скроневою локалізацією епілептичного вогнища [11]. Локалізація епілептичного вогнища в нижній частині середньої скроневої ділянки призводить до порушення зорово-просторової орієнтації та деперсоналізації; подразнення задньої скроневої ділянки також може викликати нападopodobні порушення схеми тіла [11].

Когнітивна дисфункція при епілепсії є важливою медико-соціальною проблемою, яка ускладнює лікування

та є причиною зниження якості життя пацієнтів. На стан когнітивних функцій у пацієнтів з епілепсією впливають спадковість, органічне ушкодження головного мозку, наявність епілептичного процесу, лікування протиепілептичними засобами та особливості особистості пацієнта.

Водночас питання когнітивної дисфункції при епілепсії залишаються складними для діагностики та лікування. При вивченні біологічної основи когнітивних порушень передусім відмічають роль морфологічних змін мозкової тканини, які проявляються ураженням як сірої (загибель нейронів), так і білої речовини мозку. Визнається також роль аутоімунних процесів і порушення проникності гематоенцефалічного бар'єру. Накопичені численні дані вказують на те, що структурні зміни особливо часто розвиваються в гіпокампі. Інтерес становить той факт, що тип ушкодження близький до гістологічної картини, наявної у пацієнтів з медикаментозно резистентною скроневою епілепсією. У частині випадків зменшення кількості нейронів у гіпокампі супроводжується формуванням нових синаптичних зв'язків. Патолофізіологічною основою порушення виконавчих функцій є метаболічні порушення у фронтостріарних нейрональних мережах з утворенням зони гіпометаболізму в префронтальних відділах. Складність патогенетичних механізмів формування епілептичної системи з наявністю декількох функціонально різних зон і детермінантних вогнищ, утворення вторинних і третинних, у тому числі дзеркальних вогнищ, призводять до вираженої перебудови цитоархітектоники мозку із закріпленням нових патологічних міжнейрональних взаємозв'язків. Описані особливості порушень когнітивних функцій залежно від локалізації ураження гіпокампа. Так, атрофія правого гіпокампа проявляється дефіцитом невербального навчання і пам'яті, тоді як ураження лівого гіпокампа характеризується більш вираженим зниженням рівня вербального навчання.

Варто зазначити, що когнітивна дисфункція при епілепсії є багатофакторною за своєю суттю та включає пов'язані з епілепсією зміни, які викликані застосуванням протисудомних препаратів, частотою нападів, тривалістю захворювання, кількістю перенесених нападів. Водночас не можна виключити вплив генетичних, соціальних та нейрофізіологічних чинників на когнітивне функціонування пацієнтів з епілептичною патологією. Загалом, широко визнається, що ступінь когнітивної дисфункції при епілепсії залежить від локалізації епілептичного вогнища та від факторів, які впливають на загальний стан пацієнта. Якщо з одного боку локалізація вогнища є сталим чинником, то стан пацієнта є потенційно «лабільним» через зміну впливу певних факторів, таких як особливості терапії протиепілептичними препаратами, частота й структура нападів, коморбідна психопатологічна патологія тощо. Виникнення когнітивних порушень прямо корелює з частотою пароксизмальних проявів – у пацієнтів з частими нападами більш виражений когнітивний дефіцит [24]. Цілком очевидно, що всі ці чинники, активно взаємодіючи між собою, призводять до порушення когнітивної діяльності кожного пацієнта та вимагають подальшого вивчення [23, 28].

Когнітивна дисфункція залежить також від форми епілепсії. Так, при ідіопатичній генуїній епілепсії спо-

стерігається менша вираженість когнітивного дефіциту, порівняно з таким у осіб, які страждають на криптогенну фокальну епілепсію [33].

Суб'єктивно когнітивні порушення відзначає понад половина пацієнтів, які страждають на епілепсію, причому рівень поширеності становить від 44 % для труднощів у процесі навчання та психомоторної загальмованості до 59 % для сонливості або втоми [19, 24].

Фактично, характер епілептичних нападів також може визначати транзиторну когнітивну дисфункцію з різною величиною. Генералізовані тоніко-клонічні напади (ГТКН) пов'язані з більшим когнітивним порушенням, ніж інші види епілептичних нападів [3]. Зокрема, за даними А. Р. Aldenkamp, N. Bodde (2005), ГТКН можуть призвести до дефіциту уваги протягом змінного періоду часу до 24 годин [1]. При вогнищевих ураженнях головного мозку (наприклад, черепно-мозковій травмі, гострому порушенні мозкового кровообігу, енцефаліті) когнітивний дефіцит відповідає ділянці ураження і основна етіологічна причина відіграє важливу роль в його формуванні.

Випадки криптогенних вогнищевих епілепсій набагато складніші. Дослідження показали, що пацієнти з епілепсією можуть мати когнітивну дисфункцію ще перед початком лікування протиепілептичними препаратами, незалежно від основної причини, причому пам'ять та психомоторна активність є доменами, які страждають найбільше [29].

Систематичний огляд Е. М. Sherman et al. (2011) дає сукупні оцінки різних нейропсихологічних функцій [27]. Автори провели великий пошук і аналіз літератури, використовуючи PubMed, EMBASE та Кокранівську базу даних, ідентифікували 5061 статтю, присвячену хірургічному лікуванню епілепсії, з яких в 193 увага була зосереджена на нейропсихологічних наслідках (IQ, пам'ять, мова, виконавче функціонування, увага та суб'єктивні когнітивні зміни). Так, втрата словесної пам'яті зустрічається приблизно у 40 % пацієнтів з лівобічною скроневою епілепсією. Втрата зорової пам'яті була виявлена у 20 % пацієнтів і не залежала від локалізації, при епілепсії лобної локалізації найбільш частим когнітивним наслідком хірургічного лікування є зниження зорової пам'яті.

Наявність психіатричної коморбідності є ще одним важливим фактором. По-перше, деякі психічні розлади, як такі, пов'язані з нейропсихологічним дефіцитом [20]. Наприклад, у декількох дослідженнях було виявлено дисфункцію в контурі орбітофронтальної петлі у пацієнтів з розладами настрою, що призводить до специфічної картини порушення уваги [20]. По-друге, в деяких випадках пацієнти з психічними розладами можуть недостатньо оцінювати власні пізнавальні здібності, особливо при афективній патології та тривожних розладах, при яких скарги когнітивного характеру є невід'ємною частиною [10].

Суб'єктивно пацієнти часто вважають, що їх когнітивна дисфункція обумовлена лише зовнішніми факторами, такими як прийом протисудомних препаратів, а не внутрішніми чинниками, такими як судомні напади або стан емоційної сфери. Зокрема 63 % пацієнтів вважають, що протиепілептичні препарати перешкоджають їм досягати певних цілей [19]. Варто зауважити, що переважна більшість пацієнтів суб'єктивно перебільшують вплив протиепілептичних препаратів на когніції.

Попередні дослідження протиепілептичних препаратів першого покоління показали, що барбітурати погіршують широкий спектр когнітивних функцій, таких як увага, пам'ять та швидкість психічних процесів [14, 15, 31, 32], тоді як відмінності між усіма іншими препаратами першого покоління, такими як карбамазепін, вальпроат і фенітоїн, не є настільки вираженими [5, 28]. Серед протиепілептичних препаратів другого покоління, топірамат, ймовірно, є препаратом, який найбільше пов'язаний з істотним негативним впливом на когнітивні функції [16, 17, 26, 22]. Слід зазначити, що побічний вплив препаратів на когнітивні функції в більшості випадків залежить від дози.

На сьогодні мало відомо про те, як розвивається толерантність до побічного впливу протиепілептичних препаратів на когнітивні функції, і чи є це явище важливим для пацієнтів з епілепсією. Нездатність звертати увагу на цей чинник може призвести до переоцінки негативних наслідків дії препаратів на когніції. Існує погляд, що при клінічній оцінці впливу препарату на когніції, зробити висновок, що препарат має «пізнавальні побічні ефекти», можна лише у випадку, якщо ці прояви зберігаються впродовж певного часу [2].

Серед досліджень когнітивних порушень у хворих на епілепсію останніх років переважають роботи, присвячені вивченню когнітивних порушень у хворих дитячого віку, зокрема когнітивній епілептиформній дезінтеграції [21]. Найчутливішим контингентом щодо впливу протиепілептичних препаратів на когнітивні функції є діти та люди похилого віку. Протиепілептичні препарати з седативною дією іноді можуть викликати парадоксальну гіперактивність та збудження [25]. У дітей протиепілептичні препарати можуть мати додаткові шкідливі впливи на пізнавальні процеси через вплив на нейророзвиток [18].

Важливим науковим напрямом, який потребує подальшого вивчення та аналізу, є проблема політерапії. Довгий час вважали, що когнітивні побічні ефекти частіше трапляються при політерапії, ніж при монотерапії [30, 35]. Проте останні дані свідчать, що політерапія не є специфічним фактором ризику виникнення несприятливих когнітивних порушень [4]. Теоретично, два протиепілептичні препарати з подібним спектром несприятливого впливу на пізнавальну функцію, можуть призвести до серйозних когнітивних порушень при одночасному їх використанні [34]. Однак слід визнати, що політерапію застосовують у пацієнтів з резистентними епілептичними синдромами, при яких, ймовірно частіше спостерігаються когнітивні порушення.

На думку С. Helmstaedter, когнітивні проблеми часто існують з початку захворювання. Психічний спад зумовлюється синергічним ефектом між початковими та пізнішими набутими ураженнями та психічним старінням [8]. Відповідно, на початкових етапах діагностики епілепсії необхідне проведення нейропсихологічної оцінки із застосуванням скринінгових тестів та вживання заходів для запобігання прогресуванню когнітивної дисфункції.

Одним із факторів, які затримують різке прогресування зниження когнітивних функцій при епілепсії, як і у випадках атрофічних захворювань головного мозку та деменцій іншого ґенезу, визнана набута вища освіта [9].

На якість життя пацієнта, що страждає на епілепсію, впливають медикаментозна ремісія, його психосоціальна адаптація до захворювання, пов'язані з ним обмеження у повсякденному житті, а також наявність або відсутність когнітивних розладів, коморбідні порушення сну. Виявлено зв'язок між порушенням сну і проявами епілепсії: повільнохвильовий сон може активізувати активність у мозку і провокувати виникнення нападів; водночас напади і застосування протиепілептичних препаратів можуть викликати фрагментацію сну; імітувати епілептичні напади можуть парасомнії, що важливо враховувати при діагностиці і у випадках неефективності терапії [12].

Аналізуючи наукові роботи останнього десятиліття можна зробити висновок, що в лікуванні когнітивних порушень пацієнтів з епілепсією широко застосовується медикаментозна терапія, однак психокорекційному впливу цих порушень приділяється недостатньо уваги. Беззаперечною є необхідність діагностики когнітивних розладів на додементному етапі. На нашу думку, проведення комплексного лікування, яке б включало медикаментозну терапію із застосуванням когнітивних тренінгів, є необхідним та актуальним. Когнітивна реабілітація буде представляти нову галузь дослідження епілепсії [23].

## Висновки

Порушення когнітивних функцій при епілепсії, їх динамічні особливості в умовах моно- та політерапії вивчені недостатньо. На виникнення і вираження когнітивних порушень при епілепсії може впливати велика кількість чинників, зокрема етіологічні фактори, локалізація і характер церебрального ураження, вік і освіта хворих, тип і частота нападів, спадкові й психосоціальні чинники середовища, яке оточує хворого, наслідки хірургічного втручання (якщо таке мало місце), а також несприятливі ефекти протиепілептичних препаратів.

Порушення когнітивної функції при епілепсії були і залишаються важливим аспектом, який необхідно враховувати при лікуванні хворих. З огляду на це психодіагностичні методики та методи психотерапевтичної корекції когнітивної дисфункції потребують подальшого дослідження і розробки.

## Список використаної літератури

1. Aldenkamp A. P., Bodde N. Behaviour, cognition and epilepsy. *Acta Neurol. Scand. Suppl.* 2005. Vol. 182. P. 19–25. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2005.00523.x.
2. Aldenkamp A. P. Effects of antiepileptic drugs on cognition. *Epilepsia*. 2001. Vol. 42, suppl. 1. P. 46–49.
3. Dodrill C. B. Correlates of generalized tonic-clonic seizures. with intellectual, neuropsychological, emotional and social function in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 1986. Vol. 27, issue 4. P. 399–411.
4. Relationship between adverse effects of antiepileptic drugs, number of coprescribed drugs, and drug load in a large cohort of consecutive patients with drug-refractory epilepsy / M. P. Canevini, G. De Sarro, C. A. Galimberti [et al.] // *Epilepsia*. 2010. Vol. 51, issue 5. P. 797–804. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2010.02520.x.
5. Neuropsychological development in children belonging to BECTS spectrum: long-term effect of epileptiform activity / M. Filippini, A. Boni, M. Giannotta, G. Gobbi // *Epilepsy Behav.* 2013. Vol. 28, issue 3. P. 504–511. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.06.016.
6. Gaitatzis A., Trimble M. R., Sander J. W. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand.* 2004. Vol. 110, issue 4. P. 207–220. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2004.00324.x.
7. Глухова Л. Ю. Аутистический эпилептиформный регресс (обзор литературы). *Русский журнал детской неврологии*. 2012. Т. 7, вып. 1, С. 39–46. DOI: 10.17650/2073-8803-2012-7-1-39-46.
8. Helmstaedter C. The impact of epilepsy cognitive function. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 2013. Vol. 84, issue 9. P. e1. DOI: 10.1136/jnnp-2013-306103.14. Retrieved from: <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/84/9/e1.6.full.pdf> (access date: 01.07.2018).

9. Jokeit H., Ebner E. Long term effects of refractory temporal lobe epilepsy on cognitive abilities: a cross sectional study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1999. Vol. 67, issue 1. P. 44–50.
10. A past psychiatric history may be a risk factor for topiramate-related psychiatric and cognitive adverse events / A. M. Kanner, J. Wu, E. Faught [et al.] // *Epilepsy Behav.* 2003. Vol. 4, issue 5. P. 548–552.
11. Киссин М. Ю. Клиническая эпилептология : руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 256 с.
12. Котова О. В., Акарачкова Е. С. Расстройства сна при эпилепсии. *Журнал психиатрии и неврологии им. С. С. Корсакова*. 2014, Т. 114, вып. 5. С. 100–103.
13. Марцинковський І. А., Марцинковська І. І. Епілепсія і коморбідні розлади психіки і поведінки. *Український медичний часопис*. 2015. № 4 (108). С. 43–53.
14. Effects of carbamazepine and phenytoin on EEG and memory in healthy adults / K. J. Meador, D. W. Loring, O. L. Abney [et al.] // *Epilepsia*. 1993. Vol. 34, issue 1. P. 153–157.
15. Comparative cognitive effects of carbamazepine and phenytoin in healthy adults / K. J. Meador, D. W. Loring, M. E. Allen [et al.] // *Neurology*. 1991. Vol. 41, issue 10. P. 1537–1540.
16. Differential cognitive and behavioral effects of topiramate and valproate / K. J. Meador, D. W. Loring, J. F. Hulihan [et al.] // *Neurology*. 2003. Vol. 60, issue 9. P. 1483–1488.
17. Cognitive and behavioral effects of lamotrigine and topiramate in healthy volunteers / K. J. Meador, D. W. Loring, V. J. Vahle [et al.] // *Neurology*. 2005. Vol. 64, issue 12. P. 2108–2114. DOI: 10.1212/01.WNL.0000165994.46777.BE.
18. Meador K. J. Neurodevelopmental effects of antiepileptic drugs. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2002. Vol. 2, issue 4. P. 373–378.
19. Meador K. J. Cognitive and memory effects of the new antiepileptic drugs. *Epilepsy Res.* 2006. Vol. 68, issue 1. P. 63–67. DOI: 10.1016/j.epilepsyres.2005.09.023.
20. Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy / M. J. Millan, Y. Agid, M. Brune [et al.] // *Nat. Rev. Drug Discov.* 2012. Vol. 11, issue 2. P. 141–168. DOI: 10.1038/nrd3628.
21. Мухин К. Ю. Когнитивная эпилептиформная дезинтеграция: дефиниция, диагностика, терапия. *Русский журнал детской неврологии*. 2012. Т. 7, № 1. С. 3–20. DOI: 10.17650/2073-8803-2012-7-1-3-20.
22. Mula M. Topiramate and cognitive impairment: evidence and clinical implications. *Ther. Adv. Drug Saf.* 2012. Vol. 3, issue 6. P. 279–289. DOI: 10.1177/2042098612455357.
23. Mula M. Cognitive Dysfunction in Patients With Epilepsy: Focus on Clinical Variables. *Future Neurol.* 2015, Vol. 10, issue 1. P. 41–48. DOI: 10.2217/fnl.14.65.
24. Mula M., Trimble M. R. Antiepileptic drug-induced cognitive adverse effects: potential mechanisms and contributing factors. *CNS Drugs*. 2009. Vol. 23, issue 2. P. 121–137. DOI: 10.2165/00023210-200923020-00003.
25. Ortinski P., Meador K. J. Cognitive side effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav.* 2004. Vol. 5, suppl. 1. P. S60–S65.
26. Topiramate effects on the EEG and alertness in healthy volunteers: a different profile of antiepileptic drug neurotoxicity / M. Salinsky, D. Storzbach, B. Oken, D. Spencer // *Epilepsy Behav.* 2007. Vol. 10, issue 3. P. 463–469. DOI: 10.1016/j.yebeh.2006.12.011.
27. Neuropsychological outcomes after epilepsy surgery: systematic review and pooled estimates / E. M. Sherman, S. Wiebe, T. B. Fay-McClymont [et al.] // *Epilepsia*. 2011. Vol. 52, issue 5. P. 857–869. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2011.03022.x.
28. Siegel M.S., Smith W.E. Psychiatric features in children with genetic syndromes: toward functional phenotypes. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2010. Vol. 19, issue 2. P. 229–261. DOI: 10.1016/j.chc.2010.02.001.
29. Patients with epilepsy: cognitively compromised before the start of antiepileptic drug treatment? / J. Taylor, R. Kolamunnage-Dona, A. G. Marson [et al.] // *Epilepsia*. 2010. Vol. 51, issue 1. P. 48–56. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2009.02195.x.
30. Thompson P. J., Trimble M. R. Changing to one anticonvulsant. *Lancet*. 1981. Vol. 1, issue 8217. P. 447.
31. Thompson P. J., Trimble M. R. Sodium valproate and cognitive functioning in normal volunteers. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 1981. Vol. 12, issue 6. P. 819–824.
32. Thompson P. J., Trimble M. R. Anticonvulsant drugs and cognitive functions. *Epilepsia*. 1982. Vol. 23, issue 5. P. 531–544.
33. Толстова Н. В., Котов С. В., Котов А. С. Когнитивные функции у пациентов с идиопатической генерализованной и криптогенной фокальной эпилепсией. *Журнал психиатрии и неврологии им. С. С. Корсакова*. 2010. Т. 110, вып. 10. С. 8–13.
34. Trimble M. R. Anticonvulsant drugs and cognitive function: a review of the literature. *Epilepsia*. 1987. Vol. 28, suppl. 3. P. S37–45.
35. Trimble M. R., Thompson, P. J. Memory, anticonvulsant drugs and seizures. *Acta Neurol. Scand. Suppl.* 1981. Vol. 89. P. 31–41.

## References

1. Aldenkamp, A. P., Bodde, N. (2005). Behaviour, cognition and epilepsy. *Acta Neurol. Scand. Suppl.*, vol. 182, pp. 19–25. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2005.00523.x.
2. Aldenkamp, A. P. (2001). Effects of antiepileptic drugs on cognition. *Epilepsia*. Vol. 42, suppl. 1, pp. 46–49.
3. Dodrill, C. B. (1986). Correlates of generalized tonic-clonic seizures. with intellectual, neuropsychological, emotional and social function in patients with epilepsy. *Epilepsia*, vol. 27, issue 4, pp. 399–411.



4. Canevini, M. P., De Sarro, G., Galimberti, C. A., Gatti, G., Licchetta, L., Malerba, A., ... SOPHIE Study Group. (2010). Relationship between adverse effects of antiepileptic drugs, number of coprescribed drugs, and drug load in a large cohort of consecutive patients with drug-refractory epilepsy. *Epilepsia*, vol. 51, issue 5, pp. 797–804. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2010.02520.x.
5. Filippini, M., Boni, A., Giannotta, M., & Gobbi G. (2013). Neuropsychological development in children belonging to BECTS spectrum: long-term effect of epileptiform activity. *Epilepsy Behav.*, vol. 28, issue 3, pp. 504–511. DOI: 10.1016/j.yebeh.2013.06.016.
6. Gaitatzis, A., Trimble, M. R., & Sander, J. W. (2004). The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand.*, vol. 110, issue 4, pp. 207–220. DOI: 10.1111/j.1600-0404.2004.00324.x.
7. Glukhova, L. Y. (2012). Autistic epileptiform regression (a review). *Russian Journal of Child Neurology*, vol. 7, issue 1, pp. 39–46. (In Russian). DOI: 10.17650/2073-8803-2012-7-1-39-46.
8. Helmstaedter, C. (2013). The impact of epilepsy cognitive function. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 84, issue 9, pp. e1. DOI: 10.1136/jnnp-2013-306103.14. Retrieved from: <https://jnnp.bmj.com/content/jnnp/84/9/e1.6.full.pdf> (access date: 01.07.2018).
9. Jokeit, H., & Ebner, E. (1999). Long term effects of refractory temporal lobe epilepsy on cognitive abilities: a cross sectional study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 67, issue 1, pp. 44–50.
10. Kanner, A. M., Wu, J., Faught, E., Tatum, W. O. 4th, Fix, A., French, J. A., & PADS Investigators. (2003). A past psychiatric history may be a risk factor for topiramate-related psychiatric and cognitive adverse events. *Epilepsy Behav.*, vol. 4, issue 5, pp. 548–552.
11. Kissin, M. Yu. (2011). *Klinicheskaya ehpileptologiya: rukovodstvo* [Clinical Epileptology: A Guide]. Moscow: GEOTAR-Media Publ., 256 p. (In Russian).
12. Kotova, O. V., & Akarachkova, E. S. (2014). Rasstrojstva sna pri ehpilepsii. [Sleep disorders in epilepsy]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. Korsakov Journal of Psychiatry and Neurology*, vol. 114, issue 5, pp. 100–103. (In Russian).
13. Martsenkovsky, I. A., & Martsenkovsky, I. I. (2015) Epilepsia i komorbidni rozlady psykhyki i povedinky [Epilepsy and comorbid disorders of the psyche and behavior]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys – Ukrainian medical journal*, issue 4(108), pp. 43–53. (In Ukrainian).
14. Meador, K. J., Loring, D. W., Abney, O. L., Allen, M. E., Moore, E. E., Zamrini, E. Y., & King, D. W. (1993). Effects of carbamazepine and phenytoin on EEG and memory in healthy adults. *Epilepsia*, vol. 34, issue 1, pp. 153–157.
15. Meador, K. J., Loring, D. W., Allen, M. E., Zamrini, E. Y., Moore, E. E., Abney, O. L., & King, D. W. (1991). Comparative cognitive effects of carbamazepine and phenytoin in healthy adults. *Neurology*, vol. 41, issue 10, pp. 1537–1540.
16. Meador, K. J., Loring, D. W., Hulihan, J. F., Kamin, M., & Karim, R. (2003). Differential cognitive and behavioral effects of topiramate and valproate. *Neurology*, vol. 60, issue 9, pp. 1483–1488.
17. Meador, K. J., Loring, D. W., Vahle, V. J., Ray, P. G., Werz, M. A., Fessler, A. J., ... Kustra, R. P. (2005). Cognitive and behavioral effects of lamotrigine and topiramate in healthy volunteers. *Neurology*, vol. 64, issue 12, pp. 2108–2114. DOI: 10.1212/01.WNL.0000165994.46777.BE.
18. Meador, K. J. (2002). Neurodevelopmental effects of antiepileptic drugs. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*, vol. 2, issue 4, pp. 373–378.
19. Meador, K. J. (2006). Cognitive and memory effects of the new antiepileptic drugs. *Epilepsy Res.*, vol. 68, issue 1, pp. 63–67. DOI: 10.1016/j.eplepsyres.2005.09.023.
20. Millan, M. J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E. T., Carter, C. S., Clayton, N. S., ... Young, L. J. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat. Rev. Drug Discov.*, vol. 11, issue 2, pp. 141–168. DOI: 10.1038/nrd3628.
21. Mukhin, K. Y. (2012). Cognitive epileptiform disintegration: definition, diagnosis, therapy. *Russian Journal of Child Neurology*, vol. 7, issue 1, pp. 3–20. (In Russ.) DOI: 10.17650/2073-8803-2012-7-1-3-20.
22. Mula, M. (2012). Topiramate and cognitive impairment: evidence and clinical implications. *Ther. Adv. Drug Saf.*, vol. 3, issue 6, pp. 279–289. DOI: 10.1177/2042098612455357.
23. Mula, M. (2015). Cognitive Dysfunction in Patients With Epilepsy: Focus on Clinical Variables. *Future Neurol.*, vol. 10, issue 1, pp. 41–48. DOI: 10.2217/fnl.14.65.
24. Mula, M., & Trimble, M. R. (2009). Antiepileptic drug-induced cognitive adverse effects: potential mechanisms and contributing factors. *CNS Drugs*, vol. 23, issue 2, pp. 121–137. DOI: 10.2165/00023210-200923020-00003.
25. Ortinski, P., & Meador, K. J. (2004). Cognitive side effects of antiepileptic drugs. *Epilepsy Behav.*, vol. 5, suppl. 1, pp. S60–65.
26. Salinsky, M., Storzbach, D., Oken, B., & Spencer, D. (2007). Topiramate effects on the EEG and alertness in healthy volunteers: a different profile of antiepileptic drug neurotoxicity. *Epilepsy Behav.*, vol. 10, issue 3, pp. 463–469. DOI: 10.1016/j.yebeh.2006.12.011.
27. Sherman, E. M., Wiebe, S., Fay-McClymont, T. B., Tellez-Zenteno, J., Metcalfe, A., Hernandez-Ronquillo, L., ... Jetté, N. (2011). Neuropsychological outcomes after epilepsy surgery: systematic review and pooled estimates. *Epilepsia*, vol. 52, issue 5, pp. 857–869. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2011.03022.x.
28. Siegel, M. S., & Smith W. E. (2010). Psychiatric features in children with genetic syndromes: toward functional phenotypes. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, vol. 19, issue 2, pp. 229–261. DOI: 10.1016/j.jchc.2010.02.001.
29. Taylor, J., Kolamunnage-Dona, R., Marson, A. G., Smith, P. E., Aldenkamp, A. P., & Baker, G. A. (2010). Patients with epilepsy: cognitively compromised before the start of antiepileptic drug treatment? *Epilepsia*, vol. 51, issue 1, pp. 48–56. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2009.02195.x.
30. Thompson, P. J., & Trimble M. R. (1981). Changing to one anticonvulsant. *Lancet*, vol. 1, issue 8217, pp. 447.
31. Thompson, P. J., & Trimble M. R. (1981). Sodium valproate and cognitive functioning in normal volunteers. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, vol. 12, issue 6, pp. 819–824.
32. Thompson, P. J., & Trimble M. R. (1982). Anticonvulsant drugs and cognitive functions. *Epilepsia*, vol. 23, issue 5, pp. 531–544.
33. Tolstova, N. V., Kotov, S. V., & Kotov, A. S. (2010). Cognitive functions in patients with idiopathic generalized and cryptogenic focal epilepsy. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. Korsakov Journal of Psychiatry and Neurology*, vol. 110, issue 10, pp. 8–13. (In Russian).
34. Trimble, M. R. (1987). Anticonvulsant drugs and cognitive function: a review of the literature. *Epilepsia*, vol. 28, suppl. 3, pp. S37–45.
35. Trimble M. R., & Thompson, P. J. (1981). Memory, anticonvulsant drugs and seizures. *Acta Neurol. Scand. Suppl.*, vol. 89, pp. 31–41.

#### Відомості про авторів:

**КОРОСТІЙ Володимир Іванович** – д-р мед. наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, керівник Центру лікування болю ННМК «Університетська клініка» ХНМУ, керівник Центру психосоматики та психологічної реабілітації ННМК «Університетська клініка» ХНМУ, заступник директора з медичної частини ННМК «Університетська клініка» ХНМУ, м. Харків, Україна; e-mail: vikorostiy@ukr.net

**БЛАЖІНА Ірина Юріївна** – асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна; e-mail: blazhina9@gmail.com

**ІВАНОВА Наталя Миколаївна** – асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна; e-mail: lalagen33@gmail.com

#### Сведения об авторах:

**КОРОСТІЙ Владимир Иванович** – д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, руководитель Центра лечения боли ННМК «Университетская клиника» ХНМУ, руководитель Центра психосоматики и психологической реабилитации ННМК «Университетская клиника» ХНМУ, заместитель директора по медицинской части ННМК «Университетская клиника» ХНМУ, г. Харьков, Украина; e-mail: vikorostiy@ukr.net

**БЛАЖИНА Ирина Юрьевна** – ассистент кафедры нервных болезней, психиатрии и медицинской психологии, ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина; e-mail: blazhina9@gmail.com

**ІВАНОВА Наталья Николаевна** – ассистент кафедры нервных болезней, психиатрии и медицинской психологии, ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина; e-mail: lalagen33@gmail.com

#### About the Authors:

**KOROSTIY Volodymyr Ivanovych** – Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Kharkiv National Medical University, Head of the Center of Pain Treatment, ESMC «University Clinic» KNMU, Head of the Center for Psychosomatics and Psychological Rehabilitation, ESMC «University Clinic» KNMU, Deputy Director for Medical Unit, ESMC «University Clinic» KNMU, Kharkiv, Ukraine; e-mail: vikorostiy@ukr.net

**BLAZHINA Iryna Yuriivna** – Assistant at the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine; e-mail: blazhina9@gmail.com

**IVANOVA Nataliia Mykolaivna** – Assistant, Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine; e-mail: lalagen33@gmail.com

## ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616-06/616.89+159.972-053.2

**К. В. Дубовик\*, І. А. Марценковський, І. Ф. Здорик, М. О. Матусова**  
**КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ: КОМОРБІДНІСТЬ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ**  
**У ОСІБ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА****ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»,**  
**м. Київ, Україна**

**Актуальність.** Встановлено, що клінічні прояви, які властиві пацієнтам з розладами аутистичного спектра і пацієнтам з іншими розладами психіки, мають спільні ознаки. Окремі симптоми аутизму трапляються у пацієнтів з іншими розладами, а також у людей, які вважаються психічно здоровими.

**Мета** – типологізація рухових розладів при симптомокомплексах зі спектра порушень нейророзвитку у дітей.

**Матеріали та методи.** У відділі дитячої та підліткової психіатрії ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» (Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України) було проведено лонгitudінальне (протягом 3–5 років) дослідження 1 400 пацієнтів у віці від 2 до 18 років з першазначними порушеннями розвитку. Для оцінки та діагностики ряду психічних порушень використовували скринінговий інструментарій: DAWBA, K-SADS-PL. Для верифікації аутистичної симптоматики проводили ADOS, ADI-R, вибірково застосовували CARS. Для оцінки інтелектуального розвитку використовували PEP-R, тест Векслера. Для оцінки соціально-адаптивної поведінки використовували ASAS, Vineland, SRS. Для оцінки тикозної симптоматики використовували YGTSS.

**Результати.** Як свідчать отримані дані, симптомокомплекси РАС мали високу кореляцію з психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів депресивних, тривожних розладів, порушеннями активності та уваги, психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів обсесивно-компульсивних, посттравматичних стресових, тикозних розладів та порушеннями сну.

**Висновки.** Рухові розлади можна розглядати як ранні предиктори формування у дітей з РАС коморбідних психічних розладів (гіперкінетичного, обсесивно-компульсивного, тикозного). Потрібні подальші дослідження для визначення зв'язків між порушеннями рухових функцій у дітей з РАС, що мають депресивні та тривожні розлади.

**Ключові слова:** розлади аутистичного спектра, коморбідність психічних розладів, діти.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ: КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА****К. В. Дубовик\*, И. А. Марценковский, И. Ф. Здорик, Н. А. Матусова****ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», Киев, Украина**

**Актуальность.** Установлено, что клинические проявления, которые присущи пациентам с расстройствами аутистического спектра и пациентам с другими расстройствами психики, имеют общие признаки. Отдельные симптомы аутизма встречаются у пациентов с другими расстройствами, а также у людей, которые считаются психически здоровыми.

**Цель** – типологизация двигательных расстройств в симптомокомплексах из спектра нарушений нейроразвития у детей.

**Материалы и методы.** В отделе детской и подростковой психиатрии ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МОЗ Украины» (Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины) было проведено лонгitudінальное (в течение 3–5 лет) исследование 1400 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет с первичными нарушениями развития. Для оценки и диагностики ряда психических нарушений использовали скрининговый инструментальный: DAWBA, K-SADS-PL. Для верификации аутистической симптоматики использовали ADOS, ADI-R, избирательно применяли CARS. Для оценки интеллектуального развития использовали PEP-R, тест Векслера. Для оценки социально-адаптивного поведения использовали ASAS, Vineland, SRS. Для оценки тикозной симптоматики – YGTSS.

**Результаты.** Согласно полученным данным, симптомокомплексы при РАС имели высокую корреляцию с психопатологическими симптомокомплексами из спектров депрессивных, тревожных расстройств, нарушений активности и внимания, психопатологическими симптомокомплексами из спектров обсессивно-компульсивных, посттравматических стрессовых, тикозных расстройств и нарушений сна.

**Выводы.** Двигательные расстройства могут рассматриваться как ранние предикторы формирования у детей с РАС коморбидных психических расстройств (гиперкинетического, обсессивно-компульсивного, тикозного). Требуется дальнейшие исследования для определения связей между нарушениями двигательных функций у детей с РАС, имеющих депрессивные и тревожные расстройства.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, коморбидность психических расстройств, дети.

**CLINICAL POLYMORPHISM: COMORBIDITY OF MENTAL DISORDERS IN INDIVIDUALS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS****K. V. Dubovyk\*, I. A. Martsenkovsky, I. F. Zdoryk, M. O. Matusova****State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine**

**Background.** Patients with autistic spectrum disorders and patients with other mental disorders have common features in clinical manifestations. Separate symptoms of autism occur in patients with other disorders, as well as in people who are considered to be mentally healthy.

**Objective.** The purpose of our study is the typology of motor disorders with complexes of symptoms from the range of neurodevelopment disorders in children.

**Materials and methods.** In the Department of Child and Adolescent Psychiatry of the State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine» (Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine) conducted a longitudinal study (3–5 years) of 1400 patients aged from 2 to 18 years with pervasive develop disorders. In our study we used: DAWBA, K-SADS-PL. For the verification of autistic symptoms was used ADI-R, ADOS or selectively CARS. For evaluation of intellectual development were used PEP-R or Wexler test. ASAS, Vineland, and SRS were used to evaluate socially adaptive behavior. YGTSS was used to assess the tics symptoms.

**Results.** According to the obtained data, ASD symptoms showed a high correlation with psychopathological symptoms from the depressive, anxiety disorders, activity disturbances and attention, psychopathological symptom complexes from the obsessive-compulsive, post-traumatic stress, tics disorders, and sleep disturbances.

**Conclusion.** Motor disorders can be considered as early predictors of the formation of comorbid psychiatric disorders in children with ASD (hyperkinetic, obsessive-compulsive, tics). Further research is needed to determine the relationship between motor function disturbances in children with ASD with depressive and anxiety disorders.

**Keywords:** autism spectrum disorders, comorbidity of mental disorders, children.

**For citation:** Dubovyk K. V., Martsenkovsky I. A., Zdoryk I. F., Matusova M. O. Clinical polymorphism: comorbidity of mental disorders in individuals with autism spectrum disorders. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(3): 158–162. (In Ukr.)

\*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): k.v.dubovyk@gmail.com

Received / Поступила: 12.07.2018

Accepted / Прийнята до друку: 30.08.2018

**Актуальність.** Більшість експертів погоджуються з доцільністю використання терміна «розлади аутистичного спектра» (РАС) для позначення групи первазивних порушень розвитку, які характеризуються відхиленнями в розвитку рецептивної мови, значними якісними порушеннями комунікації, очевидними при соціальних інтеракціях з іншими дітьми, обмеженим набором інтересів, незвичайними сенсорними інтересами та повторюваною поведінкою.

Визначення РАС, як «поведінкового синдрому, що має біологічну основу (системне порушення нейророзвитку мозку), зумовлене взаємодією генетичних факторів і факторів середовища» вперше було запропоновано і обґрунтовано Мартою Херберт в опублікованому в 2005 році аналітичному огляді [4].

Встановлено, що спектри клінічних проявів, властиві пацієнтам з РАС і пацієнтам з іншими розладами психіки, частково перекриваються. Окремі симптоми аутизму трпляються у пацієнтів з іншими розладами, а також у людей, які вважаються психічно здоровими. Пацієнти з РАС часто мають симптоми інших психічних розладів. У деяких випадках використання діагностичних критеріїв МКХ-10 (DSM 5) вимагає подвійної діагностики РАС та інших розладів психіки, які прийнято називати коморбідними. Рухові порушення, властиві РАС, також бувають при інших розладах психіки та поведінки у дітей: при гіперкінетичних, тикозних, obsесивно-компульсивних.

Триває дискусія щодо того, де проходить межа між РАС та ендегенно-процесуальними захворюваннями (шизофренією). Крайніми поглядами є декілька концепцій: 1) шизофренія та аутизм є різними за генотипами, нейробіологічними особливостями перебігу, клінічними фенотипами та кінцевими станами захворюваннями; 2) шизофренія за своєю патогенетичною сутністю є первазивним порушенням розвитку, варіантом перебігу РАС; 3) РАС є доманіфестним етапом перебігу шизофренії у дітей, або постнападним (після абортівних та стертих шубів) дефектним станом. У низці досліджень [5, 6] встановлена висока частота кататонічних і інших психотичних симптомів при РАС, а також наявність ознак первазивного порушення розвитку у хворих на шизофренію.

Депресії та тривожні розлади є основною причиною звернення за психіатричною допомогою пацієнтів із РАС у підлітковому та зрілому віці. У кожного четвертого пацієнта виконуються діагностичні критерії obsесивно-компульсивного розладу, у 17 % – соціальної фобії, у третини – порушення активності та уваги (гіперкінетичного розладу). Така множинна коморбідність властива, як «низькофункціональному», так і «високофункціональному» аутизму (зокрема синдрому Каннера та Аспергера) [11–13].

Первазивні порушення розвитку не завжди вдається розмежувати з розладами шизофренічного спектра (шизофренією, шизотиповим, шизоафективним та маячним розладами).

Визнання проблеми складності диференційної діагностики РАС та інших розладів психіки і поведінки в дитячому віці стало підставою для введення в клінічну практику нової діагностичної категорії «порушення нейророзвитку». Розладами цієї діагностичної категорії страждають щонайменше 7–10 % усіх дітей [15]. Раніше ці порушення розглядали як окремі нозології (етіопатогенетично відмінні розлади), кожен з яких мав відмінні діагностичні критерії. Пізніше почали використовувати дефініцію «ранні симптоматичні ознакосклади». Нова дефініція була введена в клінічну практику для того, щоб окреслити симптомокомплекси у дітей дошкільного віку, які не відповідають діагностичним критеріям психічних розладів у дорослих, але є преморбідними для них.

Порушення нейророзвитку можуть обмежуватися транзиторною тикозною симптоматикою, фазними коливаннями настрою, активності та уваги [1, 2] і не мати протягом певного часу достатніх підстав для діагностичної кваліфікації (нестабільні прояви розладів) [3–5]. Окремі ознакосклади зі спектра порушень нейророзвитку розмірно розподіляються серед населення без ознак психічних порушень [6, 7]. Порушення нейророзвитку поділяють на клінічні та поведінкові особливості, а також ті, що впливають на психічний розвиток дитини [15].

РАС, тикозний та obsесивно-компульсивні розлади характеризуються повторюваними рухами та затримкою моторного розвитку, що ускладнює проведення диференційної діагностики, особливо у дітей дошкільного віку. Можемо припустити, що в клінічній практиці у дітей з РАС кількісні моторні порушення (затримки розвитку моторних функцій: дрібної, крупної моторики, позної регуляції, зорово-моторної координації) трапляються частіше, ніж повторювані рухи, зокрема тикозні, obsесивні та компульсивні, проте така оцінка спирається більше на клінічні враження, ніж результати формалізованих оцінювань. Типологізація моторних порушень у дитячій психіатричній практиці проводиться рідко. Значна кількість експертів усі прояви повторюваної поведінки дітей з РАС розцінює як прояви стереотипних рухів та аутостимуляцій.

Випадки регресу моторних та психічних функцій, зокрема їх зв'язок з іншими психопатологічними ознакоскладами у дітей дошкільного віку, рідко досліджується фахівцями. Певні труднощі для диференційної діагностики дитячої шизофренії та РАС можуть виникнути через бідність емоційних проявів і негативістичну поведінку частини дітей з первазивними порушеннями розвитку.

Спроби розглядати псевдогалюцинації і маячні ідеї, специфічні для шизофренії (зокрема синдрому Кандінського–Клерамбо), як коморбідні психотичні симптоми при РАС, виглядають мало доказово. Для РАС більш притаманні маячні уяви Дюпре, при яких ідеї мають казковий характер і асоційовані з особливими інтересами дитини. Також у більшості дітей з ранньою маніфестацією шизофренії відсутня затримка розвитку мови і дефіцит соціальної реципрокності, що є притаманним для дітей з РАС.

**Метою** нашого дослідження є типологізація рухових розладів при симптомокомплексах зі спектра порушень нейророзвитку у дітей.

## Матеріали та методи дослідження

У відділі дитячої та підліткової психіатрії ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» (Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України) було проведено лонгітудинальне (протягом 3–5 років) дослідження 1 400 пацієнтів з первазивними порушеннями розвитку. У дітей віком від 2 років до 18 років досліджували особливості розвитку, зокрема рухових функцій, перебігу коморбідних психопатологічних симптомокомплексів, клінічного поліморфізму РАС, наявності фенотипових кореляцій між різними психопатологічними ознакоскладами.

Оцінювання дітей проводили раз на шість місяців. Для остаточного аналізу в вибірку були включені діти з тривалістю спостереження в клініці інституту від 3 до 5 років. Для оцінки та діагностики ряду психічних порушень використовували скринінговий інструментарій: Оцінка здоров'я та благополуччя (DAWBA) [16], Дитяча шкала оцінки для шизофренії та афективних розладів (сьогодення та протягом життя) (K-SADS-PL) [17]. Для верифікації аутистичної симптоматики проводили напівструктуровану оцінку аутистичної поведінки (ADOS) [18], напівструктуроване інтерв'ю з батьками (ADI-R) [19], вибірково застосовували дитячу шкалу оцінки тяжкості аутизму (CARS) [20]. Для оцінки інтелектуального розвитку використовували психоосвітній профіль (PEP-R) [21], тест Векслера. Для оцінки соціально-адаптивної поведінки використовували австралійську шкалу для синдрому Аспергера (ASAS), шкалу соціально-адаптивної поведінки (Vineland) [22], шкалу соціальної реципрокності (SRS) [23]. Для оцінки тикозної симптоматики використовували Єльську шкалу оцінки тяжкості тиків (YGTSS) [24].

## Результати та їх обговорення

Як свідчать отримані дані, симптомокомплекси РАС мали високу кореляцію (високий рівень коморбідності)

з психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів депресивних, тривожних розладів, порушеннями активності та уваги, психопатологічними симптомокомплексами зі спектрів обсесивно-компульсивних, посттравматичних стресових, тикозних розладів та порушеннями сну.

У таблиці 1 наведено результати кореляційного аналізу симптомокомплексів аутистичного спектра та коморбідних психопатологічних ознакоскладів.

Коморбідні психопатологічні ознакосклади в дошкільному віці у дітей з РАС характеризувалися варіативністю та мінливістю. Їх не можна розглядати як преморбідні ознаки розладів харчової поведінки, тривожних, депресивних, біполярно-афективних, обсесивно-компульсивних розладів у молодшому шкільному та підлітковому віці, оскільки зв'язок за результатами катамнестичних спостережень був суттєвим при низькому рівні значущості коефіцієнтів кореляції ( $0,2 > r > 0,1$ ). Тикозні прояви та симптоми порушень сну мали високу вірогідність ( $p < 0,01$ ) діагностики цих розладів у старшому віці. Вищенаведене свідчить, що преморбідні ознаки різних коморбідних психічних розладів у дітей з РАС у дошкільному віці подібні за своїм клінічним фенотипом, що унеможливує диференційну діагностику. Винятком у рандомізованих дітей з РАС були порушення активності та уваги, наявність яких мала високий рівень кореляції з вірогідністю ( $p < 0,001$ ) діагностики гіперкінетичного розладу в подальшому (табл. 1).

Коморбідні психопатологічні ознакосклади у дітей з РАС у молодшому шкільному віці також варіативні та мінливі, проте можлива типологізація якісних рухових порушень (повторюваної поведінки) з розмежуванням обсесивних рухів, аутоstimуляцій та тикозних рухів. Зв'язок рухових обсесій з імовірністю діагностики ОКР та мимовільних рухів із імовірністю діагностики тикозних розладів був суттєвим при помірному ( $p < 0,01$ ) рівні значущості коефіцієнтів кореляції. Рівень значущості зв'язку порушень формули сну з розладами «сон-бадьорість» у підлітковому віці у дітей з РАС був високим ( $p < 0,001$ ). Така типологізація дозволяє проводити ранню діагностику коморбідних ОКР та тикозних розладів, що дуже важливо для визначення терапевтичної стратегії (табл. 1).

У підлітків із високофункціональним РАС ( $IQ > 70$ ) депресивні та тривожно-депресивні розлади діагностуються частіше, ніж при РАС з інтелектуально-мнестичною недостатністю ( $p < 0,05$ ). У 25 % підлітків із РАС та коморбідними депресіями виконуються діагностичні критерії одного або декількох тривожно-фобічних розладів. Симптоми зі спектра гіперкінетичного розладу у дітей з РАС у підлітковому віці складно відокремити від ознак біполярного розладу (гіпоманії).

Таблиця 1. Коморбідність первазивних порушень розвитку (РАС) та психопатологічних симптомокомплексів зі спектра інших розладів психіки та поведінки (Матриця значущості коефіцієнтів кореляції клінічного фенотипу РАС з іншими психопатологічними фенотипами)

| РАС | ГКР із імпульсивною поведінкою | Розлади харчової поведінки (анорексія, булімія) | Тривожні розлади | Біполярний розлад | Рекурентний депресивний розлад | Обсесивно-компульсивний розлад із руховими обсесіями | Перцепторні порушення з повторюваною поведінкою (аутоstimуляціями) | Шизофренія | Тикозні розлади | Порушення сну |
|-----|--------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|-------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|---------------|
|     | **                             |                                                 | *                |                   |                                | **                                                   | ***                                                                |            | **              | **            |

Значущість коефіцієнтів кореляції: –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

## Висновки

Рухові розлади можна розглядати як ранні предиктори формування у дітей з РАС коморбідних психічних розладів (гіперкінетичного, obsесивно-компульсивного, тикозного).

Повторювана поведінка не є специфічною для РАС. Типологізація повторюваної поведінки з виділенням: аутистичної, пов'язаних із перцепторними порушеннями; компульсивних рухів при порушеннях активності та уваги; obsесивних повторюваних рухів, мимовільних рухів дозволяє виділити дітей із ризиком подвійної діагностики РАС та ГКР, ОКР чи тикозних розладів. Це має враховуватися при визначенні стратегії лікування РАС із коморбідними розладами психіки.

Потрібні подальші дослідження для визначення зв'язків між порушеннями рухових функцій у дітей з РАС, що мають депресивні та тривожні розлади.

## Список використаної літератури

- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.* 1943. Vol. 2. P. 217–250.
- Kanner L., Eisenberg L. Early infantile autism 1943–1955. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1956. Vol. 26, issue 3. P. 556–566.
- Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter [Autistic psychopaths in childhood]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1944. Vol. 117. P. 76–136. (In German).
- Herbert M. R. Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? *Clinical Neuropsychiatry.* 2005. Vol. 2, issue. 6. P. 354–379. DOI: 10.1588/medver.200603.00132.
- Skokauskas N., Gallagher L. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations. *Psychopathology.* 2010. Vol. 43, issue 1. P. 8–16. DOI: 10.1159/000255958.
- Stahlberg O., Soderstrom H., Rastam M., Gillberg C. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset ADHD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission.* 2004. Vol. 111, issue 7. P. 891–902. DOI: 10.1007/s00702-004-0115-1.
- Towbin K. E., Dykens E. M., Pearson G. S. Conceptualizing «borderline syndrome of childhood» and «childhood schizophrenia» as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1993. Vol. 32, issue 4. P. 775–782. DOI: 10.1097/00004583-199307000-00011.
- Симеон Т. П. Начальные симптомы шизофрении раннего детского возраста. *Сов. Психоневрология.* 1935. № 6. С. 132–141.
- Башина В. М. К особенностям взаимоотношения манифестного дизонтогенеза, синдрома раннего детского аутизма Каннера и ранней детской шизофрении (по данным катamnестического обследования). *Журн. невропатол. и психиатр.* 1986. № 3. С. 413–419.
- Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М.: Медицина, 1989. 256 с.
- Mohammad G. Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome. Philadelphia: Jessica Kingsley, 2005. 254 p.
- Weil T. N., Bagramian R. A., Inglehart M. R. Treating patients with Autism Spectrum Disorder – SCDA members' attitudes and behavior. *Special Care in Dentistry.* 2011. Vol. 31, issue 1. P. 8–17. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x.
- Gillberg C., Gillberg I., Anckarsäter H., Rastam M. Overlap between ADHD and autism spectrum disorder in adults. *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* / J. Buitelaar, C. Kan, P. Asherson (Eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2009. P. 157–167. DOI: 10.1017/CBO9780511780752.015.
- Analysis of shared heritability in common disorders of the brain / V. Anttila, B. Bulik-Sullivan, H. K. Finucane [et al.] // *Science.* 2018. Vol. 360, issue 6395. Pii: eaap8757. DOI: 10.1126/science.aap8757.
- Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res Dev Disabil.* 2010. Vol. 31, issue 6. P. 1543–1551. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.06.002.
- Information for researchers and clinicians about the Development and Well-Being Assessment. Youthmind DAWBA, 2014. Available at: www.dawba.info (accessed 6 June 2018).
- Ambrosini P. J. Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2000. Vol. 39, issue 1. P. 49–58. DOI: 10.1097/00004583-200001000-00016.
- Autism Diagnostic Observation Schedule™ / Catherine Lord, Michael Rutter [et al.]. 2000. Available at: https://www.wpspublish.com/store/p/2647/ados-autism-diagnostic-observation-schedule (accessed 6 June 2018).

- Autism Diagnostic Interview™, Revised / Michael Rutter, Ann LeCouteur [et al.]. 2003. Available at: https://www.wpspublish.com/store/p/2645/adi-r-autism-diagnostic-interview-revised (accessed 6 June 2018).
- Schopler E., Van Bourgondien M. E. Childhood Autism Rating Scale™, Second Edition. 2010. Available at: https://www.wpspublish.com/store/p/2696/cars-2-childhood-autism-rating-scale-second-edition (accessed 6 June 2018).
- Schopler E., Lansing M. D., Reichler R. J., Marcus L. M. Psychoeducational Profile, Third Edition. 2005. Available at: https://www.wpspublish.com/store/p/2908/pep-3-psychoeducational-profile-third-edition (accessed 6 June 2018).
- Sparrow S. S., Cicchetti D. V., Balla D. A. Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition. 2005. Available at: https://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000668/vineland-adaptive-behavior-scales-second-edition-vineland-ii-vineland-ii.html (accessed 6 June 2018).
- Constantino J. N. Social Responsiveness Scale™. 2005. Available at: https://www.wpspublish.com/store/p/2993/srs-social-responsiveness-scale (accessed 6 June 2018).
- The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity / J. F. Leckman, M. A. Riddle, M. T. Hardin [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1989. Vol. 28, issue 4, P. 566–573. DOI: 10.1097/00004583-198907000-00015.

## References

- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child.*, vol. 2, pp. 217–250.
- Kanner, L., & Eisenberg, L. (1956). Early infantile autism 1943–1955. *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 26, issue 3, pp. 556–566.
- Asperger, H. (1944). Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter [Autistic psychopaths in childhood]. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol. 117, pp. 76–136. (In German).
- Herbert, M. R. (2005). Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? *Clinical Neuropsychiatry*, vol. 2, issue. 6, pp. 354–379. DOI: 10.1588/medver.200603.00132.
- Skokauskas, N., & Gallagher, L. (2010). Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations. *Psychopathology*, vol. 43, issue 1, pp. 8–16. DOI: 10.1159/000255958.
- Stahlberg, O., Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2004). Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset ADHD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, vol. 111, issue 7, pp. 891–902. DOI: 10.1007/s00702-004-0115-1.
- Towbin, K. E., Dykens, E. M., & Pearson, G. S. (1993). Conceptualizing «borderline syndrome of childhood» and «childhood schizophrenia» as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 32, issue 4, pp. 775–782. DOI: 10.1097/00004583-199307000-00011.
- Simeon, T. P. (1935). Nachal'nye simptomy shizofrenii rannego detskogo vozrasta [Initial symptoms of schizophrenia in early childhood]. *Sovremennaya Psihonevrologiya – Modern Psychoneurology*, issue 6, pp. 132–141. (In Russian).
- Bashina, V. M. (1986). K osobennostyam vzaimosvyazi domanifestnogo dizontogeneza, sindroma rannego detskogo autizma Kanner i rannej detskoj shizofrenii (po dannym katamnesticeskogo obsledovaniya) [To the peculiarities of the relationship of domanifest dysontogenesis, Kanner syndrome of early childhood autism and early childhood schizophrenia (according to the follow-up survey)]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii – Journal of Neuropathology and Psychiatry*, issue 3, pp. 413–419. (In Russian).
- Bashina, V. M. (1989). *Rannaya detskaya shizofreniya (statika i dinamika)* [Early childhood schizophrenia (statics and dynamics)]. Moscow: Medicina, 256 p. (In Russian).
- Mohammad, G. (2005). *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome*. Philadelphia: Jessica Kingsley, 254 p.
- Weil, T. N., Bagramian, R. A., & Inglehart, M. R. (2011). Treating patients with Autism Spectrum Disorder – SCDA members' attitudes and behavior. *Special Care in Dentistry*, vol. 31, issue 1, pp. 8–17. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x.
- Gillberg, C., Gillberg, I., Anckarsäter, H., & Rastam, M. (2011). Overlap between ADHD and autism spectrum disorder in adults. In J. Buitelaar, C. Kan, & P. Asherson (Eds.), *ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment* (pp. 157–167). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9780511780752.015.
- Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., ... Murray, R. (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*, vol. 360, issue 6395, pii: eaap8757. DOI: 10.1126/science.aap8757.
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res Dev Disabil*, vol. 31, issue 6, pp. 1543–1551. DOI: 10.1016/j.ridd.2010.06.002.
- Youthmind DAWBA. (2014). *Information for researchers and clinicians about the Development and Well-Being Assessment*. Available at: www.dawba.info (accessed 6 June 2018).
- Ambrosini, P. J. (2000). Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, issue 1. P. 49–58. DOI: 10.1097/00004583-200001000-00016.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2000). *Autism Diagnostic Observation Schedule™*. Available at: https://www.wpspublish.com/store/p/2647/ados-autism-diagnostic-observation-schedule (accessed 6 June 2018).

19. Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview™, Revised*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2645/adi-r-autism-diagnostic-interview-revised> (accessed 6 June 2018).
20. Schopler, E., & Van Bourgondien, M. E. (2010). *Childhood Autism Rating Scale™, Second Edition*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2696/cars-2-childhood-autism-rating-scale-second-edition> (accessed 6 June 2018).
21. Schopler, E., Lansing, M.D., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2005). *Psychoeducational Profile, Third Edition*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2908/pep-3-psychoeducational-profile-third-edition> (accessed 6 June 2018).
22. Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition*. Available at: <https://www.pearsonclinical.com/psychology/products/100000668/vineland-adaptive-behavior-scales-second-edition-vineland-ii-vineland-ii.html> (accessed 6 June 2018).
23. Constantino, J. N. (2005). *Social Responsiveness Scale™*. Available at: <https://www.wpspublish.com/store/p/2993/srs-social-responsiveness-scale> (accessed 6 June 2018).
24. Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S.I., Swartz, K. L., Stevenson, J., & Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 28, issue 4, pp. 566–573. DOI: 10.1097/00004583-198907000-00015.

## Відомості про авторів:

**ДУБОВИК Костянтин Володимирович** – аспірант ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

**МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович** – канд. мед. наук, с.н.с., завідувач відділом психічних розладів дітей та підлітків, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: martenkovsky\_urisfpda@ukr.net

**ЗДОРІК Ірина Федорівна** – канд. мед. наук, старший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

**МАТУСОВА Мирослава Олександрівна** – аспірант ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: miramatusova@gmail.com

## Сведения об авторах:

**ДУБОВИК Константин Владимирович** – аспірант ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

**МАРЦЕНКОВСКИЙ Игорь Анатольевич** – канд. мед. наук, с.н.с., заведующий отделом психических расстройств детей и подростков ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: martenkovsky\_urisfpda@ukr.net

**ЗДОРІК Ирина Федоровна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

**МАТУСОВА Мирослава Александровна** – аспірант ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: miramatusova@gmail.com

## About the Authors:

**DUBOVYK Kostiantyn Volodymyrovych** – PhD student of State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

**MARTSENKOVSKY Igor Anatoliiovych** – MD, PhD, Head of the Department of Mental disorders of Child and Adolescent Psychiatry, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: martenkovsky\_urisfpda@ukr.net

**ZDORYK Iryna Fedorivna** – MD, PhD, Senior research officer of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

**MATUSOVA Myroslava Oleksandrivna** – PhD student of State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: miramatusova@gmail.com

## СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:355.292.3:340.63

О. П. Олійник

## ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА СТАНІВ ПОЄДНАНОЇ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна

**Актуальність** обумовлена необхідністю розробки науково обґрунтованих підходів до профілактичних, соціально-медичних заходів протидії суспільно небезпечним діям (СНД) осіб із залежністю від психоактивних речовин (ПАР).

**Мета** – проаналізувати вплив поєднаної психічної патології в осіб із станами залежності від ПАР на їх здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними.

**Матеріали та методи.** Були проаналізовані 368 випадків судово-психіатричних експертиз щодо осіб з синдромом залежності від ПАР, які вчинили правопорушення. Методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, статистичний, судово-психіатричного аналізу.

**Результати.** 20,9 % підекспертних з синдромом залежності від ПАР мали психічні розлади ненаркологічного походження, які виносились як основний діагноз. У структурі поєднаної патології домінували органічні психічні розлади.

Не дивлячись на те, що емоційно-вольові та когнітивні порушення були найчастішими проявами як основної, так і супутньої патології, рішення про обмежену здатність підекспертних усвідомлювати свої дії та керувати ними виносились у поодиноких випадках. Медичний критерій «неосудності» (5,7 %) становили психози. Медичним критерієм «обмеженої осудності» (1,1 %) були емоційно-вольові та / або когнітивні розлади, які істотно впливали на вольовий або інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними.

**Висновки.** Практика винесення експертних рішень про обмежену здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними дозволить судам ширше застосовувати медико-правові заходи профілактики повторних СНД. Це сприятиме загальній тенденції гуманізації державної політики щодо осіб зі станами залежності від ПАР.

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

## ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА СОЧЕТАННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

О. П. Олейник

ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

**Актуальность** обусловлена необходимостью разработки научно обоснованных подходов к профилактическим, социально-медицинским мерам противодействия общественно опасным действиям (ООД) лиц с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ).

**Цель** – проанализировать влияние сочетанной психической патологии у лиц с состояниями зависимости от ПАВ на их способность осознавать свои действия и руководить ими.

**Материалы и методы.** Были проанализированы 368 случаев судебно-психиатрических экспертиз в отношении лиц с синдромом зависимости от ПАР, совершивших правонарушения. Методы исследования – клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, статистический, судебно-психиатрического анализа.

**Результаты.** 20,9 % подэкспертных с синдромом зависимости от ПАР имели психические расстройства ненаркологического происхождения, которые выносились как основной диагноз. В структуре сочетанной патологии доминировали органические психические расстройства.

Несмотря на то, что эмоционально-волевые и когнитивные нарушения были наиболее частыми проявлениями как основной, так и сопутствующей патологии, решение об ограниченной способности осознавать свои действия и руководить ими выносились в редких случаях. Медицинский критерий «невменяемости» (5,7 %) составляли психозы. Медицинским критерием «ограниченной вменяемости» (1,1 %) были эмоционально-волевые и / или когнитивные расстройства, которые существенно влияли на волевой или интеллектуальный компонент юридического критерия способности осознавать свои действия и руководить ими.

**Выводы.** Практика вынесения экспертных решений об ограниченной способности осознавать свои действия и руководить ими позволит судам более широко применять медико-правовые меры профилактики повторных ООД. Это будет способствовать общей тенденции гуманизации государственной политики в отношении лиц с состояниями зависимости от ПАВ.

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

## EXPERT EVALUATION OF THE COMBINED PSYCHIATRIC PATHOLOGY IN PERSONS WHO ARE ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

O. P. Oliinyk

State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

**Background.** Urgency is due to the need to develop scientifically based approaches to preventive, socio-medical measures to counteract socially dangerous actions (SDA) of persons with substance dependence on psychoactive substances (PAS).

**Materials and methods.** 368 cases of forensic psychiatric examinations were carried out for persons with a syndrome of dependence on psychoactive substances. The sample was represented by a group with alcohol and drug dependence (218 and 192 cases, respectively). Research methods: clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, statistical, forensic psychiatric analysis.

**Objective** – to analyze the effect of the combined psychiatric pathology in persons with states of dependence on surfactants on their ability to recognize their actions and manage them.

**Results.** 20.9 % of the sub-experts with PAS dependence had psychiatric disorders of non-narcotic origin, which were taken as the main diagnosis. Organic mental disorders dominated the structure of the combined pathology. Despite the fact that emotional-volitional and cognitive impairments were the most frequent manifestations of both primary and accompanying pathology, the decision on the limited ability to be aware of and act on their actions was rarely made. The medical criterion of «insanity» (5.7 %) was psychosis. The medical criterion of «limited sanity» (1.1 %) was emotionally-volitional and / or cognitive disorders that significantly influenced the volitional or intellectual component of the legal criterion of the ability to realize and manage their actions.



**Conclusions.** The practice of making expert decisions on the limited ability to understand and manage their actions will allow courts to more widely apply medical and legal measures to prevent repeat SDA. This will contribute to the overall trend of humanization of public policy towards individuals with conditions of dependence on PAS.

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

**For citation:** Oliinyk O. P. Expert evaluation of the combined psychiatric pathology in persons who are addicted to psychoactive substances. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(3): 163–167. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): sudprof@ukr.net

Received / Поступила: 02.07.2018

Accepted / Прийнята до друку: 04.09.2018

**Актуальність.** Розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2020 року» задекларовано необхідність розробки науково обґрунтованих профілактичних, соціально-медичних, правоохоронних заходів протидії наркозлочинності [1]. Це й обумовлює актуальність даної роботи.

**Мета дослідження** – проаналізувати вплив поєднаної психічної патології в осіб із станами залежності від ПАР на їх здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними.

## Матеріали та методи дослідження

У рамках проекту «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин в кримінальному процесі: методологічні та організаційні засади» була

відібрана і проаналізована вибірка з 368 підекспертних із залежністю від ПАР. Для аналізу і обробки даних застосовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, статистичний методи і метод судово-психіатричного аналізу. До вибірки було включено групи з алкогольною (А3) та наркотичною залежністю (Н3) (відповідно 156 і 212 випадків).

## Результати та їх обговорення

Серед 368 підекспертних з синдромом залежності від ПАР (F1x.2) 77 (20, 9 %) осіб мали психічні розлади ненаркологічного походження, які кодуються в інших рубриках Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) і були винесені в експертні діагнози (табл. 1).

**Таблиця 1. Нозологічна структура поєднаної психічної патології в підекспертних з синдромом залежності від ПАР**

| Діагностичні рубрики МКХ-10                                                                                                                      | Група А3 (n=156) |             | Група Н3 (n=212) |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|------------------|-------------|
|                                                                                                                                                  | абс.             | %           | абс.             | %           |
| <b>Органічні психічні розлади (F00 – F09) +F1x.2</b>                                                                                             | <b>30</b>        | <b>19,2</b> | <b>20</b>        | <b>9,4</b>  |
| Органічний маячний (шизофреноподібний) розлад F06.2 на фоні G40                                                                                  | 1                | 0,6         | -                | -           |
| Органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад F06.6                                                                                          | 1                | 0,6         | 1                | 0,5         |
| Інші уточнені ПР, пов'язані з пошкодженням і дисфункцією мозку та соматичними захворюваннями F06.8                                               | 2                | 1,3         | 2                | 0,9         |
| Органічний розлад особистості F07.0                                                                                                              | -                | -           | 1                | 0,5         |
| Інші уточнені / не уточнені органічні розлади особистості та поведінки, обумовлені захворюванням, пошкодженням і дисфункцією мозку F07.8 – F07.9 | 26               | 16,7        | 16               | 7,5         |
| <b>Шизофренія (F20 – F29) +F1x.2</b>                                                                                                             | <b>2</b>         | <b>1,3</b>  | <b>4</b>         | <b>1,9</b>  |
| Шизофренія параноїдна F20.0                                                                                                                      | -                | -           | 2                | 0,9         |
| Гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії F23.1 на фоні не уточненого органічного психозу F29                               | -                | -           | 1                | 0,5         |
| Гострий шизофреноподібний психотичний розлад F23.2                                                                                               | 2                | 1,3         | -                | -           |
| Інший шизоафективний розлад F25.8                                                                                                                | -                | -           | 1                | 0,5         |
| <b>Афективні розлади (F30 – F39) +F1x.2</b>                                                                                                      | <b>1</b>         | <b>0,6</b>  | <b>1</b>         | <b>0,5</b>  |
| Біполярний афективний розлад, епізод манії з психотичними симптомами F31.2                                                                       | 1                | 0,6         | -                | -           |
| Біполярний афективний розлад, змішаний епізод F31.6                                                                                              | -                | -           | 1                | 0,5         |
| <b>Розлади особистості та поведінки у дорослих (F60 – F69) +F1x.2</b>                                                                            | <b>5</b>         | <b>3,2</b>  | <b>7</b>         | <b>3,3</b>  |
| Дисоціальний розлад особистості F60.2                                                                                                            | 1                | 0,6         | 1                | 0,5         |
| Емоційно нестійкий розлад особистості F60.3                                                                                                      | 1                | 0,6         | 3                | 1,4         |
| Демонстративний розлад особистості F60.4                                                                                                         | -                | -           | 1                | 0,5         |
| Змішаний розлад особистості F61.0                                                                                                                | 2                | 1,3         | 2                | 0,9         |
| Інші розлади статевого потягу F65.8                                                                                                              | 1                | 0,6         | -                | -           |
| <b>Легка розумова відсталість F70.1 +F1x.2</b>                                                                                                   | <b>3</b>         | <b>1,9</b>  |                  |             |
| <b>Соціалізований розлад поведінки F91.2 +F1x.2</b>                                                                                              | <b>-</b>         | <b>-</b>    | <b>1</b>         | <b>0,5</b>  |
| <b>Акцентуація особистісних рис Z73.1 +F1x.2</b>                                                                                                 | <b>-</b>         | <b>-</b>    | <b>1</b>         | <b>0,5</b>  |
| <b>Разом</b>                                                                                                                                     | <b>41</b>        | <b>23,6</b> | <b>36</b>        | <b>17,0</b> |

Експертні діагнози ґрунтувались на результатах безпосереднього психіатричного та психологічного обстежень в умовах СПЕ, а також на медичних даних з матеріалів провадження. Анамнестичні відомості були отримані з наданих медичних карт амбулаторного хворого, історій хвороб, медичних довідок, результатів обстежень і висновків спеціалістів, епікризів, висновків попередніх експертиз та інших документів, що містили достовірні відомості про стан психічного здоров'я підекспертних. Це дозволило дослідити динаміку психічних розладів протягом тривалого часу, визначити їх генез, провести диференційну діагностику, встановити взаємозв'язок зі станом залежності від ПАР.

Особливістю кримінальних справ осіб з поєднаною психічною патологією було те, що вони містили численні медичні матеріали з психіатричними відомостями (нерідко різнорідними, що потребувало ґрунтового аналізу і зіставлення з результатами експертного обстеження). Проте, наявність численної медичної документації слугувала вагомим доказом в обґрунтуванні експертних діагнозів.

Так 2/3 осіб з тих, що мали поєднану психічну патологію, перебували під спостереженням психіатрів з дитинства. В поле зору дитячих психіатрів вони потрапляли, здебільшого, через девіантну поведінку. Спостерігались переважно з такими діагнозами як: «Органічне ураження головного мозку внаслідок перинатальної патології з психічним відставанням», «Олігофренія з психопатизацією та ранньою алкоголізацією». Особам, яких обстежували військово-медичні комісії військоматів, переважно встановлювали діагнози розладів особистості. Згідно з зафіксованими даними, майже 80 % осіб із поєднаною психічною патологією протягом життя отримували ЧМТ, які ускладнювали перебіг як наркологічної, так і ненаркологічної патології.

Органічні психічні розлади домінували в структурі поєднаної патології в обох групах підекспертних. Підставою для винесення органічних розладів в окремий діагноз слугував генез захворювання: як результат раннього перинатального або травматичного (до формування залежності від ПАР) ураження. З огляду на молодий вік підекспертних (середній вік становив близько 40 років), судинний генез органічних психічних розладів мав місце в поодиноких випадках. Інтоксикаційний генез був зазначений у діагнозах виключно як елемент складної природи походження психічних розладів.

Специфіка формулювання експертних діагнозів полягає в необхідності детального висвітлення нозологічної і синдромологічної структури психічних розладів. У співвідношенні з МКХ-10 органічні психічні розлади є найбільш проблемною рубрикою для експертних діагнозів. Прикладом є найбільш вживані шифри F07.8 – F07.9, яким зазвичай відповідають діагнози: «Органічні психічні розлади з емоційно-вольовими та когнітивними порушеннями» з обов'язковим зазначенням генезу органічних розладів і ступеня вираження емоційно-вольових і когнітивних розладів, що обґрунтовуватиме експертний висновок щодо здатності усвідомлювати свої дії та / або керувати ними.

Усі психічні розлади, наведені в таблиці 1, виносили як основний діагноз. Стан залежності від ПАР вказува-

ли як супутній діагноз. Поєднання психічної патології обумовлювало тісний взаємозв'язок перебігу психічних розладів, спричиняючи поглиблення психічних порушень, поліморфізм клінічних проявів та несприятливий медико-соціальний прогноз. Такі випадки становили найбільші труднощі для винесення експертних діагнозів.

З 368 осіб зі станами залежності від ПАР 21 (5,7 %) підекспертного було визнано таким, що не здатний усвідомлювати свої дії та керувати ними на час скоєння СНД («неосудним») та 4 (1,1 %) – такими, що не здатні повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними («обмежено осудними»).

Клінічна структура медичного критерію неосудності та обмеженої осудності наведена у таблиці 2.

Згідно з ст. 19 Кримінального кодексу України, медичним критерієм неосудності можуть бути хронічні психічні розлади, тимчасові розлади психічної діяльності, недоумство або інші хворобливі стани психіки [2]. Клінічно медичним критерієм неосудності є психози, розлади свідомості, деменція, глибока розумова відсталість, дефектні стани.

Як впливає з наведених у таблиці 2 даних, медичним критерієм неосудності в осіб зі станами залежності від ПАР в 19 випадках були психози різного походження: 1 органічного (F06.2); 4 шизофренічного (F20.0, F23.1, F23.2); 1 афективного (F31.2); 10 інтоксикаційного (F1x.4, F1x.5). У двох випадках «неосудними» були визнані особи зі станами алкогольної деменції F10.73. Значимі різниці за цими показниками між групами з виключно наркологічною і поєднаною патологією немає. Психози і деменція будь-якого походження і ступеня вираження є беззаперечною підставою для визнання особи нездатною усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Спостерігається тенденція до «пом'якшення» рекомендацій експертами видів ПЗМХ, аж до їх незастосування щодо «неосудних», які скоїли СНД у стані психозу, але вийшли з нього на час експертизи, посилаючись на Постанову Пленуму Верховного Суду України № 7 від 03.06.2005 «Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування» [3]. У таких випадках замість ПЗМХ експерти рекомендують проведення протиалкогольного / протинаркотичного лікування на добровільних засадах. Тим самим рішення про вибір заходів профілактики злочинів перекладається на суд і бажання підекспертного щодо добровільного лікування. Це значно ускладнює винесення обґрунтованих судових рішень, оскільки залежні особи однозначно потребують лікування, але забезпечити його на добровільних підставах буває вкрай проблематично через небажання підекспертного (внаслідок некритичного ставлення до хвороби, відсутності фінансової можливості пройти курс лікування, відсутності спеціалізованих лікувально-реабілітаційних закладів / центрів для роботи з таким контингентом). До осіб, визнаних «неосудними», не може застосовуватись покарання, оскільки відсутня підстава для покарання – провина, а злочин обумовлений психічним розладом. Тобто, покарання застосоване бути не може, ПЗМХ, як вид державного примусу, експертами не рекомендовані, а проходження добровільного курсу лікування лишається під великим питанням. Натомість, клінічний

Таблиця 2. Клінічна структура медичного критерію «неосудності» та «обмеженої осудності» в підекспертних з синдромом залежності від ПАР з поєднаною психічною патологією

| Група АЗ (n=156)                                                                  |      |     |                                          |      |     | Група НЗ (n=212)                              |      |     |                                          |      |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|-----|------------------------------------------|------|-----|-----------------------------------------------|------|-----|------------------------------------------|------|-----|
| Група з поєднаною психічною патологією (n=41)                                     |      |     | Група з наркологічною патологією (n=115) |      |     | Група з поєднаною психічною патологією (n=36) |      |     | Група з наркологічною патологією (n=176) |      |     |
| Експертні діагнози та рекомендації                                                | абс. | %   | Експертні діагнози та рекомендації       | абс. | %   | Експертні діагнози та рекомендації            | абс. | %   | Експертні діагнози та рекомендації       | абс. | %   |
| Не могли усвідомлювати свої дії та керувати ними – «неосудні»                     |      |     |                                          |      |     |                                               |      |     |                                          |      |     |
| F06.2, G 40 + F10.2<br>ПЗМХ з СН                                                  | 1    | 0,6 | F10.2 + F10.4 з них:                     | 7    | 4,5 | F06.6 + F19.53<br>без ПЗМХ                    | 1    | 0,5 | F19.2 + F19.53<br>ПЗМХ з СН              | 2    | 0,9 |
| F07.8 - F07.9 + F10.4<br>з них:                                                   | 3    | 1,9 | ПЗМХ з СН                                | 2    | 1,3 | F23.1 + F29 + F1x.2<br>А ПЗМХ                 | 1    | 0,5 |                                          |      |     |
| ПЗМХ з СН                                                                         | 2    | 1,3 | ПЗМХ з ПН                                | 2    | 1,3 | F20.0 + F1x.2<br>ПЗМХ з ПН                    | 1    | 0,5 |                                          |      |     |
| ПЗМХ з ЗН                                                                         | 1    | 0,6 | без ПЗМХ                                 | 3    | 1,9 |                                               |      |     |                                          |      |     |
| F23.2 + F10.2 з них:                                                              | 2    | 1,3 | F10.2 + F10.73<br>ПЗМХ з ЗН              | 2    | 1,3 |                                               |      |     |                                          |      |     |
| ПЗМХ з ЗН                                                                         | 1    | 0,6 |                                          |      |     |                                               |      |     |                                          |      |     |
| без ПЗМХ                                                                          | 1    | 0,6 |                                          |      |     |                                               |      |     |                                          |      |     |
| F31.2, F07.8 + F10.2<br>ПЗМХ з СН                                                 | 1    | 0,6 |                                          |      |     |                                               |      |     |                                          |      |     |
| Разом                                                                             | 7    | 4,5 | Разом                                    | 9    | 5,8 | Разом                                         | 3    | 1,4 | Разом                                    | 2    | 0,9 |
| Не могли повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними – «обмежено осудні» |      |     |                                          |      |     |                                               |      |     |                                          |      |     |
| F07.8 - F07.9 + F10.2<br>А ПЗМХ                                                   | 1    | 0,6 |                                          |      |     | F07.8 - F07.9 +<br>F1x.2 А ПЗМХ               | 2    | 0,9 |                                          |      |     |
| F61 + F10.2 А ПЗМХ                                                                | 1    | 0,6 |                                          |      |     |                                               |      |     |                                          |      |     |
| Разом                                                                             | 2    | 1,3 |                                          |      |     | Разом                                         | 2    | 0,9 |                                          |      |     |

Примітки: 1. ПЗМХ з СН – примусові заходи медичного характеру з суворим наглядом; 2. ПЗМХ з ПН – примусові заходи медичного характеру з посиленням нагляду; 3. ПЗМХ з ЗН – примусові заходи медичного характеру зі звичайним наглядом; 4. А ПЗМХ – амбулаторні примусові заходи медичного характеру.

досвід свідчить про високу вірогідність повторення психозу без лікування основного захворювання, яке було підставою його виникнення, а відтак й про високу вірогідність скоєння повторних СНД. Для запобігання цьому експертні рішення повинні ґрунтуватись не тільки на констатації психозу під час СНД, а й на комплексній індивідуалізованій оцінці клінічних, особистісних, соціальних детермінант суспільної небезпеки. У більшості європейських країн ризик кримінальної поведінки і суспільної небезпеки оцінюється за спеціальними шкалами (HCR-20 – «Historical Clinical Risk-20», SVR-20 – «Sexual Violence Risk-20», STATIC-99, START – «Short-term Assessment of Risk and Treatability», PCL-R – «Psychopathy Checklist-Revised», GIRAFFE – «Generic Integrated Risk Assessment for Forensic Environments», CRMT – «Clinical Risk Management Tool», PCL: SV – «Psychopathy Checklist: Screening Version», VRAG – «Violence Risk Appraisal Guide» та ін.). Це додає доказовості експертним висновкам. Але в Україні методики оцінки ризику насильства не адаптовані.

Рішення про нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними в осіб зі станами залежності від ПАР виносились в поодиноких випадках тільки при поєднаній патології (див. табл. 2). Синдромально медичним критерієм «обмеженої осудності» виступали емоційно-вольові та / або когнітивні розлади, які істотно впливали на вольовий або інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Емоційно-вольові та когнітивні розлади різного ступеня вираження були основними клінічними проявами як наркологічної, так і ненаркологічної психічної патології. У разі участі цих розладів в генезі правопорушення вони можуть бути клінічними підставами визнання особи «обмежено осудною». Винесення експертного рішення про нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними розширює можливості суду більш диференційовано застосовувати медико-правові заходи профілактики СНД осіб зі станами залежності. У разі визнання особи «обмежено осудною» суд може пом'якшити покарання, застосувати амбулаторні ПЗМХ чи запропонувати лікування на добровільних засадах. Остаточне рішення про визнання особи «обмежено осудною», застосування чи ні ПЗМХ, приймає виключно суд на свій розсуд. Суд може й не врахувати експертні рекомендації щодо «обмеженої осудності» та ПЗМХ, визнавши особу осудною з відповідними правовими наслідками. Однак, не відомо жодного прецеденту визнання судом особи «обмежено осудною» без відповідних висновків експертів.

## Висновки

У структурі експертних висновків щодо осіб зі станами залежності від ПАР з поєднаною психічною патологією ненаркологічні психічні розлади виносились в основний діагноз, залежність від ПАР – у супутній, тим самим вказуючи на поєднаний, а не коморбідний характер співіснування психічних розладів.

Не дивлячись на те, що емоційно-вольові та когнітивні порушення є найчастішими проявами як основної, так і супутньої патології, рішення про обмежену здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними виносяться в поодиноких випадках. Це може бути наслідком недооцінки впливу цих розладів в генезі СНД. Практика винесення експертних рішень про обмежену здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними дозволятиме судам більш широко застосовувати медико-правові заходи профілактики повторних СНД.

Це сприятиме загальній тенденції гуманізації державної політики щодо осіб зі станами залежності від ПАР.

## Список використаної літератури

1. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків до 2020 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28 серпня 2013 р. № 735-р. Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-p> (дата звернення 01.07.2018).

### Відомості про автора:

**ОЛІЙНИК Оксана Петрівна**, канд. мед. н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: sudprof@ukr.net

### Сведения об авторе:

**ОЛЕЙНИК Оксана Петровна**, канд. мед. н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: sudprof@ukr.net

### About the Author:

**OLIINYK Oksana Petrivna**, MD, PhD, Leading researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination, State Institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: sudprof@ukr.net

2. Кримінальний кодекс України: Закон України від 05.04.2001 р. № 2341-III. Відомості Верховної Ради України. 2001. № 25–26. Ст.131. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення 01.07.2018).
3. Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування: Постанова Пленуму Верховного Суду України від 03.06.2005 р. № 7. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0007700-05> (дата звернення 01.07.2018).

## References

1. Cabinet of Ministers of Ukraine (2013). *Rozporiadzhennia «Pro skhvalennia Stratehii derzhavnoi polityky shchodo narkotyktiv do 2020 roku»* (28.08.2013 No. 735-r) [Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine «On Approval of the State Drug Policy Strategy by 2020» ((28.08.2013 No. 735-r)). Available at: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-p> (access date: 01.07.2018). (In Ukrainian).
2. Verkhovna Rada of Ukraine (06.10.2018). *Kryminalnyi kodeks Ukrainy* [Criminal code of Ukraine]. Available at: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (access date: 01.07.2018). (In Ukrainian).
3. Supreme Court of Ukraine (2005). *Postanova Plenumu Verkhovnoho Sudu Ukrainy vid 03.06.2005 No. 7 «Pro praktyku zastosuvannia sudamy prymusovykh zakhodiv medych-noho kharakteru ta prymusovoho likuvannia»* [Resolution of the Plenum of the Supreme Court of Ukraine of 03.06.2005 No. 7 «On the Practice of the Use of Courts of Compulsory Measures of Medical Character and Forced Treatment»]. Available at: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0007700-05> (access date: 01.07.2018). (In Ukrainian).

# ВИМОГИ ДО ОПУБЛІКУВАННЯ СТАТЕЙ

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

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

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, які не публікувалися раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами. Матеріали, подані англійською мовою, розглядаються першочергово та публікуються на спеціальних умовах.

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

**Титульний аркуш має містити таку інформацію:**

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

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

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

- Індекс **УДК** (розширений; УДК виду: 616.89 – не допускаються).
- **Ініціали та прізвища авторів.**
- **Назва статті.**
- **Місце роботи авторів.**
- **e-mail.**

• **Резюме.** Подається трьома мовами (українською, російською та англійською) та має бути структурованим:

- a) актуальність (background);
  - b) мета дослідження (objective);
  - c) матеріали та методи (materials and methods);
  - d) результати (results);
  - e) висновки (conclusions);
- д) ключові слова (keywords) (до 5 слів).

Обсяг резюме має становити не менше **1800 знаків** (назва статті та ключові слова не враховуються). Ключові слова, що сприяють індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах. Назва статті, резюме та ключові слова мають бути викладені трьома мовами (українською, російською, англійською).

- **Актуальність.** Обґрунтувати актуальність дослідження, коротко висвітлити ситуацію щодо проблеми з посиланнями на вітчизняні та іноземні публікації за останні 5–10 років.
- **Мета.**
- **Матеріали та методи дослідження.** Навести кількісні та якісні характеристики досліджених груп осіб, зазначити методи досліджень, застосованих у роботі, включаючи методи статистичного аналізу даних.
- **Результати та їх обговорення.** Результати мають бути викладені у логічній послідовності в тексті, таблицях і на рисунках. Дані з таблиць і рисунків не мають дублюватися у тексті, слід зазначити тільки найважливіші з них. У рисунках не слід повторювати дані, наведені в таблицях. Підписи до рисунків та опис деталей на них подавати під рисунками, з відповідною нумерацією. Одиниці вимірювання мають відповідати Міжнародній системі одиниць (SI).
- **Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямі.** Висновки статті повинні бути її логічним завершенням та містити ключові позиції статті, які читач може взяти за інформативну основу.
- **Таблиці** повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту, бути пронумерованими, заголовки граф мають точно відповідати їхньому змістові, а дані в таблицях – посиланням на них у тексті. Всім рисункам та таблицям у тексті статті повинні передувати відповідні посилання, зазначені в дужках, наприклад: (рис. 1), (табл. 1). Слід зазначити статистичні методи, використані для відображення

варіабельності даних і достовірності відмінностей. Не припускаються скорочення в графах, окрім визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила». Усі роз'яснення, включаючи розшифрування абревіатур, слід подавати у виносках.

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

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

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

Традиційний блок списку літератури оформлюється в один із таких способів: 1) у порядку появи посилань у тексті; 2) в алфавітному порядку прізвищ перших авторів або заголовків; 3) у хронологічному порядку.

Бібліографічний опис джерел слід складати відповідно до чинних стандартів з бібліотечної та видавничої справи, міжнародних і державного стандартів з обов'язковим наведенням назв праць. Зокрема, потрібну інформацію можна одержати із таких міждержавних і державних стандартів:

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

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

## ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПУБЛІКАЦІЙ

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

## НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

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

У випадку невиконання зазначених вище вимог матеріали публікуватися не будуть.

**УВАГА!** Статті та тези приймаються за електронною адресою [jar.ukraine@gmail.com](mailto:jar.ukraine@gmail.com) Після розгляду редакційною колеґією та висноження висновку щодо затвердження матеріалу до публікації автору буде повідомлено про це листом за електронною адресою, яка вказана для комунікації.

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