

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARKHIV PSYKHIATRII

Vol. 24, no. 4 (95)' 2018



WWW.UNDISSPN.ORG.UA

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 24, № 4 (95) '2018

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

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



Редакційна колегія

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

Редакційна рада

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

Засновник

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

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

Журнал представлений у міжнародній базі даних Google Scholar.

Адреса редакції

Україна, 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Тел./факс: (044) 503-87-80
e-mail: jap.ukraine@gmail.com, 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 № 9 від 28.11.2018 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. №618.
Підписано до друку: 27.12.2018 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. 4 (95) '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. Ayumedov (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

e-mail: jap.ukraine@gmail.com

Publisher

Ltd. «Medix Group»

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

Address of publisher

Ukraine, 03035, Kyiv, Mytropolyta Vasylia Lypkivskoho str., 45

tel. (044) 246-09-60

e-mail: info@health-medix.com

Design and layout: Ltd. «Medix Group»

Approved for publication by the Academic Council of Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and drug abuse the Ministry of Healthcare of Ukraine (protocol № 9 dated 28.11.2018).

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

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

Order No. 618. Signed for print: 27.12.2018

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, Т. Ю. Ільницька, М. Ю. Полив'яна</i> КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.	174
<i>Н. В. Рациборинська-Полякова, К. М. Семененко</i> ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ДИСОМНІЙ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.	178
<i>І. О. Черненко</i> ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ В СТРУКТУРІ ДИФЕРЕНЦІЙНИХ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИХ ПРОГРАМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ.	182
<i>Г. С. Росінський</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ І ЇХ ДРУЖИН В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї.	187

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Г. М. Кожина, І. Ф. Терешина, К. О. Зеленьська</i> ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ РІВНЯ ЦИТОКІНІВ З ПРОЗАПАЛЬНОЮ АКТИВНІСТЮ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ.	193
--	-----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>Є. В. Опря, М. М. Пустовойт</i> ОСОБЛИВОСТІ УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ТА СОМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.	197
<i>Д. Р. Тахташова, Г. М. Кожина, Г. Г. Кольцова</i> ФЕНОМЕНОЛОГІЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД.	202
<i>М. Є. Хоміцький</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМІСІЇ ШИЗОАФЕКТИВНОГО ТА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ (ПОРІВНЯЛЬНИЙ КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ)	207
<i>В. М. Сінайко, М. М. Хаустов</i> КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ДИНАМІКИ СТАНІВ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ.	212
<i>О. О. Сидоренко</i> ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ВНУТРІШНЬОЇ МОТИВАЦІЇ У ДЕРЖСЛУЖБОВЦІВ.	216
<i>Т. П. Яворська</i> ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ.	223

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>V. Ya. Pishel, T. Yu. Ilnytska, M. Yu. Polyviana</i> CLINICAL PECULIARITIES OF PSYCHOTIC DISORDERS IN COMBATANTS.	174
<i>N. V. Ratsyborynska-Polyakova, K. M. Semenenko</i> FEATURES OF DYSSOMNIAS IN COMBATANTS.	178
<i>I. O. Chernenko</i> THE PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN THE STRUCTURE OF DIFFERENTIATED INDIVIDUALIZED PROGRAMS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF MALOADAPTIVE STATES IN PARTICIPANTS OF LOCAL COMBAT ACTIONS.	182
<i>G. S. Rosinskyi</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF PERSONOLOGICAL PROPERTIES OF DEMOBILIZED PARTICIPANTS OF MARTIAL ACTIONS AND THEIR WIVES DEPENDING ON THE STATE OF HEALTH OF THE FAMILY.	187

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>H. M. Kozhyna, I. F. Tereshina, K. O. Zelenska</i> CHANGES IN THE LEVEL OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES (IL-1 β , TNF α) AND ANTI-INFLAMMATORY CYTOKINES (IL-4, IL-10) IN DIFFERENT TYPES OF PARANOID SCHIZOPHRENIA.	193
--	-----

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>Ye. V. Oprya, M. M. Pustovoyt</i> PECULIARITIES OF THE CONSCIOUSNESS OF MENTAL AND SOMATIC DISEASES IN PATIENTS WITH DIABETES.	197
<i>D. R. Takhtashova, H. M. Kozhyna, G. G. Kol'tsova</i> PHENOMENOLOGY OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER.	202
<i>M. Ye. Khomitskiy</i> CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF REMISSION OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER AND AFFECTIVE DISORDERS IN THE CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD (COMPARATIVE CLINICAL-ETHOLOGICAL ANALYSIS)	207
<i>V. M. Sinaiko, M. M. Khaustov</i> COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE DYNAMICS OF MENTAL DISADAPTATION OF STUDENTS AT A MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION.	212
<i>O. O. Sydorenko</i> FEATURES OF USE OF COPING STRATEGIES AND INTERNAL MOTIVATION BY CIVIL SERVANTS.	216
<i>T. P. Yavorska</i> QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AT DIFFERENT STAGES OF DISEASES.	223

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>С. І. Табачніков, І. Я. Пінчук, Є. М. Харченко, О. С. Осуховська, О. Ю. Табачніков, В. Б. Мажбіц, А. М. Чепурна, В. І. Салдень, Т. В. Товалович, Н. О. Михальчук</i>	
ПСИХОЛОГІЧНІ, КЛІНІЧНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	229
<i>К. Д. Гапонов</i>	
НАПРУЖЕНІСТЬ АДДИКТИВНОГО СТАТУСУ В ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ТА РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ	235

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. П. Олійник</i>	
КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ	245
<i>В. С. Пахмурна, Н. О. Григор'єва</i>	
ПРОБЛЕМА ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ У МІСЦЯХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ	249

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>S. I. Tabachnikov, I. Ya. Pinchuk, Ye. M. Kharchenko, O. S. Osukhovska, O. Yu. Tabachnikov, V. B. Mazbits, A. M. Cherpurna, V. I. Salden, T. V. Tovalovych, N. O. Mykhalchuk</i>	
PSYCHOLOGICAL, CLINICAL AND INSTRUMENTAL- LABORATORY METHODS FOR THE DIAGNOSIS OF THE USAGE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES BY SOMATIC PATIENTS IN THE PRACTICE OF FAMILY MEDICINE	229
<i>K. D. Gaponov</i>	
TENSION OF ADDICTIVE STATUS OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE AND DIFFERENT LEVELS OF PSYCHOSOCIAL STRESS.	235

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>O. P. Oliinyk</i>	
CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF COMBATANTS WHO COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS.	245
<i>V. S. Pakhmurna, N. O. Grygorieva</i>	
THE PROBLEM OF PERSONALITY DISORDERS IN PRISONS AND PLACES OF DETENTION.	249

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:
 - а) актуальність (background);
 - б) мета дослідження (objective);
 - в) матеріали та методи (materials and methods);
 - г) результати (results);
 - д) висновки (conclusions);
 - е) ключові слова (keywords) (до 5 слів).Обсяг резюме має становити не менше **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 (СІ).
- **Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямі.** Висновки статті повинні бути її логічним завершенням та містити ключові позиції статті, які читач може взяти за інформативну основу.
- **Таблиці** повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту, бути пронумерованими, заголовки граф мають точно відповідати їхньому змістові, а дані в таблицях – посиланням на них у тексті. Всім рисункам та таблицям у тексті статті повинні передувати відповідні посилання, зазначені в дужках, наприклад: (рис. 1), (табл. 1). Слід 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 аббревіатур, слід подавати у виносках.

- **Ілюстрації** (рисунки, діаграми, фотографії) надаються у двох примірниках. Зі зворотного боку рисунків олівцем слід зазначити прізвище першого автора, номер рисунка, позначення верху рисунка. Рисунки не мають бути перевантажені текстовими написами. Якщо ілюстрації подаються в електронному вигляді, вони мають бути збережені в форматі JPG (300–600 dpi). Ілюстрації (графіки, діаграми, формули) мають бути чіткими, фотографії – контрастними. Малюнки й таблиці не повинні дублювати один одного. У графіках і діаграмах має бути зазначено, що дано на осях координат, на наведених кривих тощо.
- **Скорочення.** Не є припустимим скорочення слів, назв (крім загальноприйнятих скорочень мір фізичних, хімічних, а також математичних одиниць і термінів, та скорочень, визначених ДСТУ 3582-97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги і правила» та ГОСТ 7.12-93 «Библиографическая запись. Сокращения слов на русском языке. Общие требования и правила»). Міри подаються за Міжнародною системою одиниць (СІ) в 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 колегії, підлягають рецензуванню.
- Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.
- Редакційна колегія правомірно здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх, за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.
- Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематиці журналу, без додаткових повідомлень або роз'яснень.

НАДАННЯ МАТЕРІАЛІВ

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

У випадку невиконання зазначених вище вимог матеріали публікуватися не будуть.

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

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

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.89-092-057.36:355.4

В. Я. Пішель*, Т. Ю. Ільницька, М. Ю. Полив'яна

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

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

Актуальність. На сьогодні питання діагностики психотичних розладів в учасників бойових дій залишаються актуальними. Це зумовлює необхідність розроблення сучасних діагностичних і терапевтичних підходів до оптимізації лікувально-діагностичної та соціально-реабілітаційної допомоги згаданих категорії осіб.

Мета дослідження – на підставі аналізу даних наукової літератури визначити особливості формування клініко-психопатологічних ознак і перебігу психотичних розладів в учасників бойових дій.

Матеріали та методи. Здійснено аналіз даних літературних джерел щодо клінічних особливостей психотичних розладів в учасників бойових дій.

Результати. У результаті аналізу підтверджено високий рівень коморбідності бойової психічної травми з іншими психічними захворюваннями – до 75 %. Зокрема, психотичну симптоматику виявлено у 24 % учасників бойових військових операцій, а депресивний епізод із психотичними симптомами – у 15 %. Установлено, що при бойовому посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) продуктивна психотична симптоматика може спостерігатись у 52 % військовослужбовців, що значно вище, ніж у пацієнтів за мирного часу – 17 %. Психотичні ознаки найчастіше з'являються в клініці хронічного ПТСР і визначають його більш тяжкий перебіг, який можна зіставити з прогресивними формами шизофренії.

Висновки. Результати аналізу літературних джерел свідчать про значну поширеність психотичної симптоматики в учасників бойових дій у разі отримання бойової психічної травми. Це зумовлює нагальну потребу в подальшому вивченні ознак високого ризику психозів, а також їх раннього виявлення для розроблення нових діагностичних і терапевтичних підходів до оптимізації лікувально-діагностичної та медико-соціальної допомоги вказаній категорії пацієнтів.

Ключові слова: учасники бойових дій, психотичні розлади, клінічні особливості.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

В. Я. Пишель*, Т. Ю. Ильницкая, М. Ю. Поливьяна

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

Актуальность. На сегодня вопросы диагностики психотических расстройств у участников боевых действий остаются актуальными. Это вызывает необходимость разработки современных диагностических и терапевтических подходов к оптимизации лечебно-диагностической и социально-реабилитационной помощи упомянутой категории лиц.

Цель исследования – на основании анализа данных научной литературы определить особенности формирования клинико-психопатологических признаков и течения психотических расстройств у участников боевых действий.

Материалы и методы. Осуществлен анализ данных литературных источников относительно клинических особенностей психотических расстройств у участников боевых действий.

Результаты. В результате анализа подтвержден высокий уровень коморбидности боевой психической травмы с другими психическими заболеваниями – до 75 %. В частности, психотическую симптоматику выявлено у 24 % участников боевых военных операций, а депрессивный эпизод с психотическими симптомами – у 15 %. Установлено, что при боевом посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) продуктивная симптоматика может наблюдаться у 52 % военнослужащих, что значительно выше, чем у пациентов в мирное время – 17 %. Психотические признаки чаще всего появляются в клинике хронического ПТСР и определяют его более тяжелое течение, которое можно сопоставить с прогрессирующими формами шизофрении.

Выводы. Результаты анализа литературных источников свидетельствуют о значительной распространенности психотической симптоматики у участников боевых действий в случае получения боевой психической травмы. Это обуславливает насущную необходимость в дальнейшем изучении признаков высокого риска психозов, а также их раннего выявления для разработки новых диагностических и терапевтических подходов к оптимизации лечебно-диагностической и медико-социальной помощи указанной категории пациентов.

Ключевые слова: участники боевых действий, психотические расстройства, клинические особенности.

CLINICAL PECULIARITIES OF PSYCHOTIC DISORDERS IN COMBATANTS

V. Ya. Pishel*, T. Yu. Ilnytska, M. Yu. Polyviana

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

Background. As of today, questions of the diagnosis of psychotic disorders in combatants remain topical. This necessitates the development of modern diagnostic and therapeutic approaches to the optimization of therapeutic, diagnostic and social rehabilitation assistance for this category of persons.

Objective – to determine the characteristics of the formation of clinical and psychopathological signs and the course of psychotic disorders in combatants, based on the analysis of scientific literature data.

Materials and methods. The analysis of the literature on the clinical features of psychotic disorders in combatants has been carried out.

Results. Analyzing the data of scientific sources in the course of the study, a high level of comorbidity of combat trauma with other mental diseases was confirmed – up to 75 %. In particular, psychotic symptoms were found in 24 % of participants in military operations, and a depressive episode with psychotic symptoms – in 15 %. It has been established that in combat post-traumatic stress disorder (PTSD), productive symptoms can be observed in 52 % of military personnel, which is significantly higher than in peacetime patients – 17 %. Psychotic symptoms most often appear in the clinic of chronic PTSD and determine its more severe course, which can be compared with progressive forms of schizophrenia.

Conclusions. The results of the analysis of the literature indicates a significant prevalence of psychotic symptoms when receiving combat mental trauma among participants in hostilities. This leads to the urgent need to further study the signs of a high risk of psychosis, as well as their early detection in order to develop new diagnostic and therapeutic approaches to optimize therapeutic, diagnostic and medical-social assistance for this category of patients.

Keywords: combatants, psychotic disorders, clinical features.

For citation: Pishel V. Ya., Ilnytska T. Yu., Polyviana M. Yu. Clinical peculiarities of psychotic disorders in combatants. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(4): 174–177. (In Ukr.)

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): v_pishel@yahoo.com

Received / Поступила: 11.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 13.11.2018

Актуальність. Протягом останніх років в Україні тривають активні бойові дії в зоні проведення операції об'єднаних сил (ООС) на Сході України. Це зумовлює суттєве зростання кількості осіб із посттравматичними психічними розладами, які потребують невідкладної адекватної медико-соціальної допомоги.

Бойова психічна травма (БПТ) в учасників бойових дій на сьогодні значно поширене явище, яке становить актуальну і соціально значущу проблему сучасної вітчизняної психіатрії. Попри наявні теоретичні та практичні дослідження БПТ, багато її аспектів залишаються несистематизованими та не розкритими повною мірою. Такі дослідження досі стосуються переважно питань діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) й розладів адаптації (РА).

Концепція ПТСР та РА як нозологічних одиниць була сформована у 80-х роках ХХ століття [1, 2–4], хоча психічні порушення внаслідок надзвичайної стресової події були описані під іншими назвами й раніше [1, 5–7]. Вважають, що введення цих термінів у МКХ-10 привернуло увагу не лише лікарів, а й громадськості та державних органів до проблем жертв травматичних подій, а також дало змогу захистити їхні права [8].

Втім, зазначена категорія психічних розладів, зокрема ПТСР, потребує уточнення клінічних ознак, систематизації, розроблення діагностичних і прогностичних критеріїв, незважаючи на те, вона не має єдиної термінологічної бази. Дотепер остаточно не визначені особливості формування та перебігу згаданих розладів, методи раннього виявлення та прогноз унаслідок БПТ в учасників ООС. Крім того, бракує даних досліджень щодо результативності терапії, етапності надання допомоги та реабілітації зазначених психічних розладів.

Мета дослідження – на підставі аналізу даних літературних джерел визначити особливості формування клініко-психопатологічних ознак та перебігу психотичних розладів в учасників бойових дій.

Матеріали та методи дослідження

Здійснено аналіз даних літературних джерел щодо клінічних особливостей психотичних розладів в учасників бойових дій.

Результати та їх обговорення

На сьогодні встановлено, що БПТ в учасників бойових дій є складним синдромокомплексом екзогенно-органічного генезу (переважно травматичного та інтоксикаційного) з ендегенними включеннями (афективні та психотичні розлади). Слід зазначити, що клінічна картина при БПТ не має чіткого, як при звичайних психотравмуючих умовах, характеру, і зводиться до незначної кількості доволі типових проявів у поєднанні з транс-синдромальним або транснозологічним коморбідним поліморфізмом: від пограничних дезадаптивних ознак і невротичних реакцій до симптомів психотичного рівня,

часто ускладнених прийманням психоактивних речовин (ПАР), зокрема алкоголю, різних сумішей для куріння та інших мікстів [9, 10]. Часто і поведінка бійців у такому стані небезпечна як для них самих, так і для оточуючих, що підтверджується високими показниками ауто- та гетероагресивних проявів у комбатантів [11, 12].

Майже в усіх учасників бойових військових операцій можна спостерігати ту чи іншу симптоматику БПТ. Після перебування в бойових умовах протягом 6 місяців майже у половини військовослужбовців виникають реактивні стани, яким притаманне патологічне реагування у межах конституціональних особливостей.

Слід зауважити, що реальна клінічна картина БПТ, порівняно з критеріями МКХ-10, є більш поліморфною, складною та має низку особливостей, зокрема, якщо включає в себе психотичні ознаки. Деякі науковці зазначають необхідність введення до психіатричних класифікаційних систем нової розширеної нозології – психотичний ПТСР, або ПТСР із психотичними включеннями, який вирізняється клінічною картиною, тяжким перебігом і потребує диференційного підходу до призначення психофармакотерапії.

Дані наукових джерел вказують на дуже високий рівень коморбідності БПТ з іншими психічними захворюваннями – до 75 %. Психотична симптоматика наявна у 24 % учасників бойових військових операцій, а депресивний епізод з психотичними симптомами – у 15 %. Також встановлено, що в разі розвитку бойового ПТСР продуктивна психотична симптоматика може спостерігатись у 52 % військовослужбовців, що значно вище, ніж у пацієнтів за мирного часу – 17 % [13–17].

Автори наголошують, що психотичні ознаки найчастіше з'являються в клініці хронічного ПТСР і визначають його більш тяжкий перебіг, який можна зіставити з прогредієнтними формами шизофренії [14]. Проте досі немає єдиного погляду щодо характеру взаємовідношення психотичної симптоматики та ПТСР.

Поширення психотичних розладів серед військово-службовців в Україні наступне. Психотичні розлади діагностичної рубрики F20–F29 «Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади» серед військових, які були виписані із психіатричних стаціонарів, були представлені так: у 2015 році – 113 пацієнтів, у 2016 – 89 пацієнтів. У 2017 році з діагнозами, які входять до рубрики F20–29, було виписано 150 хворих, із них шизофренію (F20) діагностували у 68 осіб (у 2015 – лише у 29 військових), шизотиповий розлад (F21) – у 8 осіб (у 2015 – у 4), гострі та транзиторні психотичні розлади (F23) – у 54 осіб (у 2015 – у 76, імовірно, для подальших спостережень і зменшення стигматизації), шизоафективний розлад (F25) – у 9 хворих (у 2015 – у 2), хронічні маячні та інші психотичні розлади (F22, F28–29) – у 11 пацієнтів (у 2015 – лише у 2). У пацієнтів із діагнозами рубрики F00–F09 «Органічні, включно із симптоматичними, психічні розлади» психози мали місце у 15 осіб (6,1 %) у 2015 році та у 42 (7,7 %) – у 2017 році [18].

Наразі питання діагностики психотичних розладів у комбатантів залишаються актуальними. Сьогодні виділяють два методологічні підходи до визначення взаємовідношення БПТ і розладів психотичного реєстру. Перший розглядає стресорні симптоми як чинники, що провокують маніфестацію чи загострення психотичного розладу, насамперед шизофренію [16]. Другий підхід передбачає виділення специфічних різновидів хронічної БПТ зі змінами як його типових ознак, так і симптомів коморбідного психотичного розладу [17].

К. Jung (2001) запропонував порядок із «типовим ПТСР» виділяти його атипові форми, зокрема «ПТСР із психотичними симптомами». Задля кваліфікації такого клінічного варіанта ПТСР Lindley S. E. et al. (2000) навіть впровадили термін р-PTSD. Вивчення проблеми поєднання шизофренії та БПТ дало змогу виділити три типи коморбідності: 1) автономний, який проявляється відносно незалежним співвідношенням психотичних і стресорних ознак; 2) синергійний – з утворенням загальних симптомів між психотичним і невротичним реєстрами; 3) синергійний – із виокремленням синдрому, при якому загальні симптоми виявляються на рівні лише деяких складових симптомокомплексів [15].

М. Braakman (2013) взагалі виділяє новий психічний розлад – «психотичний ПТСР», який вирізняється клінічною картиною і потребує специфічного лікування. Автор пропонує низку діагностичних критеріїв, які уможливають диференціювання вказаного розладу від шизофренії. Наприклад, маячня та галюцинації при психотичному ПТСР майже ніколи не мають химерного характеру, натомість маячні ідеї завжди пов'язані зі стресорними чинниками. Крім того, у таких пацієнтів виявляють утричі більше коморбідних психічних розладів, аніж у хворих на шизофренію. При «психотичному ПТСР» також рідко трапляються розлади абстрактного мислення та специфічні порушення мовлення. Запропоновані критерії, на думку автора, дозволяють у 90 % випадків достовірно встановити коректний діагноз.

Психотичні розлади при БПТ дуже часто не відповідають повною мірою жодній із цих рубрик. Так, пацієнтам, у яких на перший план виступає симптоматика ПТСР або РА, не діагностують психотичні розлади, а комбатантам із психотичною симптоматикою не діагностують ПТСР, який є.

Варто зазначити, що реальна клінічна картина БПТ, порівняно з критеріями МКХ-10, є більш поліморфною, складною та має низку особливостей, зокрема, якщо включає психотичні ознаки. Деякі науковці схилиються до необхідності введення до психіатричних класифікаційних систем нової розширеної нозології – психотичний ПТСР, або ПТСР із психотичними включеннями, який вирізняється клінічною картиною, тяжким перебігом і потребує диференційованого підходу до призначення належної психофармакотерапії [19].

Аналіз взаємодії симптомів різних реєстрів у структурі шизофренії та БПТ в учасників бойових дій дає змогу виявити подібні ознаки, зокрема, нівелювання емоційних реакцій, яке може бути як маркером шизофренічного дефекту, так і наслідком емоційного заціпеніння в клінічній картині ПТСР. На тлі психотичних проявів у хворих на шизофренію також нерідко виникають симптоми

ПТСР, а в структурі розладів шизофренічного спектра у військових зміст психотичних розладів може збігатися з тематикою постстресорних переживань.

Попри тяжкі переживання щодо власного психічного стану, військовослужбовці дисимують і дуже рідко самостійно та своєчасно звертаються за спеціалізованою допомогою, що зумовлює необхідність удосконалення її організації. Також слід додати, що після консультацій із психологами та короткотривалої терапії в позапрофільних відділеннях бійці повертались до своїх військових обов'язків. Але адекватна та своєчасна медико-соціальна допомога має ключове значення для перебігу психічних розладів, пов'язаних із БПТ, особливо з психотичними проявами, їх прогнозу, профілактики рецидивів і регоспіталізацій.

Ідентифікація продромальних ознак сприяє ранньому виявленню таких пацієнтів, проведенню своєчасної адекватної терапії та реабілітації, що дозволяє покращити клініко-соціальний прогноз і запобігти ауто/гетеро-деструктивній поведінці таких хворих.

Кожен випадок психотичних розладів в учасників бойових дій має бути ретельно проаналізований для розроблення належної стратегії надання медико-соціальної допомоги. Психопатологічний аналіз симптоматики дає змогу правильно розподілити акценти в терапії: в одних випадках призначити психофармакологічні засоби, в інших – акцентувати зусилля на підвищення соціальної адаптації із застосуванням складних модифікацій індивідуальної або групової психотерапії [20].

Висновки

Значна поширеність психотичної симптоматики в разі виникнення бойової психічної травми в учасників бойових дій свідчить про нагальну необхідність подальшого вивчення ознак високого ризику психозів, а також їх раннього виявлення для розроблення сучасних діагностичних і терапевтичних підходів до оптимізації лікувально-діагностичної та соціально-реабілітаційної допомоги зазначених категорій пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Коростій В. І., Поліщук В. Т., Заворотний В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2015. № 6 (76). С. 59–71.
2. Horowitz M. J., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1980. Vol. 37, issue 1. P. 85–92.
3. Kaiser D. J. Combat related post traumatic stress disorder in veterans of Operation enduring freedom and Operation Iraqi freedom: a review of the literature. *Graduate Journal of Counseling Psychology*. 2012. Vol. 3, issue 1. P. 1–14. Retrieved from: <http://epublications.marquette.edu/gjcp/vol3/iss1/5> (access date 03.09.2018).
4. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація (методичні рекомендації) / П. В. Волошин та ін. Харків, 2002. 47 с.
5. Practice guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder / R. J. Ursano, C. Bell, S. Eth [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 161, issue 11, suppl. P. 3–31.
6. Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders. A Practical Guide for Clinicians / U. Schnyder and M. Cloitre (Eds.). Springer International Publishing, 2015. 523 p. DOI: 10.1007/978-3-319-07109-1.
7. Ogburn Z. Best Practices for Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. University Honors Theses. 2015. 65 p. Retrieved from: <https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1181&context=honorstheses> (access date 03.09.2018).
8. Levin A. P., Kleinman S. B., Adler J. S. DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder. *J. Am. Acad. Psychiatry*. 2014. Vol. 42, issue 2. P. 146–158.
9. Norman S. B., Inaba R. K., Smith T. L., Brown S. A. Development of the PTSD-Alcohol Expectancy Questionnaire. *Addict Behav*. 2008. Vol. 33, issue 6. P. 841–847. DOI: 10.1016/j.addbeh.2008.01.003.

- Lindley S. E., Carlson E. B., Hill K. R. Psychotic-like experiences, symptom expression, and cognitive performance in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2014. Vol. 202, issue 2. P. 91–96. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000077.
- Panagioti M., Gooding P. A., Tarrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2012. Vol. 53, issue 7. P. 915–930. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.02.009.
- Ауто- та гетероагресивна поведінка у структурі посттравматичних психічних розладів у учасників АТО / І. Я. Пінчук, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна [та ін.] // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 3 (86). С. 12–14.
- Breslau N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiat.* 2001. Vol. 62, suppl. 17. P. 55–59.
- Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity / M. B. Hamner, B. C. Frueh, H. G. Ulmer [et al.] // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000. Vol. 188, issue 4. P. 217–221.
- Lindley S. E., Carlson E., Sheikh J. Psychotic symptoms in Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrum*. 2000. Vol. 5, issue 9. P. 52–57.
- Comorbid posttraumatic stress disorder and schizophrenia / K. Muenzenmaier, D. M. Castille, A. Shelley [et al.] // *Psychiatric Annals*. 2005. Vol. 35, issue 1. P. 51–56.
- PTSD and comorbid psychotic disorders: comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder / F. J. Sautter, K. Brailey, M. M. Uddo [et al.] // *J. Trauma Stress*. 1999. Vol. 12, issue 1. P. 73–88. DOI: 10.1023/A:1024794232175.
- Пішель В. Я., Древіцька О. О., Полив'яна М. Ю. Психотичні розлади у структурі розладів психіки та поведінки у комбатантів (за даними офіційної статистики 2015–2017 рр.). *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24, № 3 (94). P. 132–135.
- Braakman M. H. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features. A diagnostic validity study among refugees in the Netherlands. *Netherlands*, 2013. «S.I. : s.n.», 143 p. Retrieved from: <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/112928/112928.pdf?sequence=1> (access date 03.09.2018).
- Бабин С. М. Психотерапия психозов : практическое руководство. СПб. : Спец-Лит, 2011, 335 с.
- Schnyder, U., & Cloitre, M. (Eds.). (2015). *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders. A Practical Guide for Clinicians*. Springer International Publishing, 523 p. DOI: 10.1007/978-3-319-07109-1.
- Ogburn, Z. (2015). *Best Practices for Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. University Honors Theses, 65 p. Retrieved from: <https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1181&context=honorsthesis> (access date 03.09.2018).
- Levin, A. P., Kleinman, S. B., & Adler, J. S. (2014). DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder. *J. Am. Acad. Psychiatry*, vol. 42, issue 2, pp. 146–158.
- Norman, S. B., Inaba, R. K., Smith, T. L., & Brown, S. A. (2008). Development of the PTSD-Alcohol Expectancy Questionnaire. *Addict Behav.*, vol. 33, issue 6, pp. 841–847. DOI: 10.1016/j.addbeh.2008.01.003.
- Lindley, S. E., Carlson, E. B., & Hill, K. R. (2014). Psychotic-like experiences, symptom expression, and cognitive performance in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 202, issue 2. P. 91–96. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000077.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 53, issue 7, pp. 915–930. DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.02.009.
- Pinchuk, I. Ya., Pishel, V. Ya., Polyviana, M. Yu., Guzenko, K. V., & Ladyk-Bryzgalova, A. K. (2016). Auto- та heteroагресивна поведінка у структурі посттравматичних психічних розладів у учасників АТО [Auto- and heteroагресив behavior in the structure of post-traumatic mental disorders at participants in the ato]. *Arkhiv Psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 22, issue 3 (86), pp. 12–14. (In Ukrainian).
- Breslau, N. (2001). Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiat.*, vol. 62, suppl. 17, pp. 55–59.
- 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.
- Lindley, S. E., Carlson, E., & Sheikh J. (2000). Psychotic symptoms in Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrum*, vol. 5, issue 9, pp. 52–57.
- 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.
- 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.
- Pishel, V. Ya., Drevitska, O. O., & Polyviana, M. Yu. (2018). Psihoticheskie rasstroystva v strukture rasstroystv psihi i povedeniya u kombatanov (po dannym ofitsialnoy statistiki za 2015–2017 gg.) [Psychotic disorders in the structure of mental and behavioural disorders in combatants (according to official statistics for 2015–2017)] *Arkhiv Psykhiatrii – Archives of Psychiatry*. Vol. 24, issue 3. pp. 132–135. (In Ukrainian).
- Braakman, M. H. (2013). *Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features. A diagnostic validity study among refugees in the Netherlands*. Netherlands. «S.I. : s.n.», 143 p. Retrieved from: <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/112928/112928.pdf?sequence=1> (access date 03.09.2018).
- Babin, S. M. (2011). *Psikhoterapiya psihozov: prakticheskoe rukovodstvo* [Psychotherapy of psychosis: a practical guide]. Spb.: Piter, 335 p. (In Russian).

References

- Korostii, V. I., Polishchuk, V. T., & Zavorotnii, V. I. (2015). Psykhofarmakoterapiya v kompleksnomu likuvanni ta reabilitatsii posttravmatychnoho stresovoho rozladu [Psychopharmacotherapy in comprehensive treatment and rehabilitation of post-traumatic stress disorder]. *Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal – International neurological journal*, no. 6 (76), pp. 59–71 (In Ukrainian).
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N., & Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 37, issue 1, pp. 85–92.
- Kaiser, D. J. (2012). Combat related post traumatic stress disorder in veterans of Operation enduring freedom and Operation Iraqi freedom: a review of the literature. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, vol. 3, issue 1, pp. 1–14. Available at: <http://publications.marquette.edu/gjcp/vol3/iss1/5> (access date 03.09.2018).
- Voloshyn, P. V., Shestopalova, L. F., & Pidkorytov, V. S. (2002). *Posttravmatychni stresovi rozlady: diahnostyka, likuvannya, reabilitatsiia (metodychni rekomendatsii)* [Post-traumatic stress disorder: diagnosis, treatment, rehabilitation (methodical recommendations)]. Kharkiv. 47p. (In Ukrainian).
- Ursano, R. J., Bell, C. C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., ... Yager, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, issue 11, pp. 3–31.

Відомості про авторів:

ПІШЕЛЬ Віталій Ярославович – д-р. мед. наук, професор, 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
ІЛЬНИЦЬКА Тетяна Юріївна – канд. мед. наук, старший науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: ilnitska@id-zu.com
ПОЛИВ'ЯНА Марина Юріївна – канд. психол. наук, 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 Виталий Ярославович – д-р. мед. наук, профессор, 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
ИЛЬНИЦКАЯ Татьяна Юрьевна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела медико-социальных проблем терапии психических расстройств, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: ilnitska@id-zu.com
ПОЛЫВЯНАЯ Марина Юрьевна – канд. психол. наук, 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

About the Authors:

PISHEL Vitalii Yaroslavovich – 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
ILNYTSKA Tetiana Yuriivna – MD, PhD, 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: ilnitska@id-zu.com
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

Н. В. Рациборинська-Полякова*, К. М. Семененко
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ДИСОМНІЙ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Актуальність. порушення сну є найчастішою скаргою в осіб, які перебувають у ситуації гострого чи хронічного стресу. Учасники бойових дій є особливою групою ризику щодо виникнення дисомній.

Мета – виявити особливості дисомній в учасників бойових дій з коморбідною соматичною патологією.

Матеріали та методи. Обстежено 165 учасників бойових дій, госпіталізованих у клінічні відділення (терапевтичні, неврологічні, хірургічні) Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни. Середній вік хворих становив $39,1 \pm 1,5$ років. Методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний (клінічне інтерв'ю), соціально-демографічний (анкетування), патопсихологічний (психодіагностичний), статистичний.

Результати. у 72,3 % учасників бойових дій спостерігається інтермітуюча дисомнія, яка виникає періодично, і у 27,7 % постійні розлади сну, що тривають більше трьох тижнів і мають хронічний перебіг. Виявлені певні відмінності у проявах дисомній: при психогеніях порушення сну виявляються в кошмарних сновидіннях військового характеру, частих прокиданнях вночі, а при органічній патології – в труднощах засинання та поверхневому сні. У 87 % респондентів було виявлено зниження мнестичної функції та виражені порушення уваги. Виявлено достовірну кореляцію між проявами порушень сну та змінами ситуативної, особистісної та загальної психічної тривожності, депресивності з показниками психічної активності, самопочуття, настрою та функціональним станом, зниженням інтелектуально-мнестичних функцій у обстеженого контингенту.

Висновки. Виникнення і характер хронічних порушень сну, їх частота, вираженість, динаміка залежать від багатьох факторів. Терапія дисомній потребує комплексного підходу з урахуванням клінічних особливостей та коморбідної патології.

Ключові слова: дисомнія, психогенії, органічна мозкова патологія, тривожність, когнітивні розлади, учасники бойових дій.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИССОМНИЙ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Н. В. Рациборинская-Полякова*, К. М. Семененко

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина

Актуальность. Нарушение сна является самой частой жалобой у лиц, находящихся в ситуации острого или хронического стресса. Участники боевых действий представляют собой особую группу риска возникновения диссомний.

Цель – выявить особенности диссомний у участников боевых действий с коморбидной соматической патологией.

Материалы и методы. Обследовано 165 участников боевых действий, госпитализированных в клинические отделения (терапевтические, неврологические, хирургические) Винницкого областного клинического госпиталя ветеранов войны. Средний возраст больных составил $39,1 \pm 1,5$ лет. Методы исследования – клинико-анамнестический, клинико-психопатологический (клиническое интервью), социально-демографический (анкетирование), патопсихологический (психодиагностический), статистический.

Результаты. У 72,3 % участников боевых действий наблюдается интермиттирующая диссомния, которая возникает периодически, а у 27,7 % постоянные расстройства сна, длящиеся более трех недель и имеющие хроническое течение. Выявлены определенные различия в проявлениях диссомний: при психогениях нарушения сна проявляются в кошмарных сновидениях военного содержания, частых просыпаниях ночью, а при органической патологии – в трудностях засыпания и поверхностном сне. У 87 % респондентов выявлено снижение мнестической функции и выраженные нарушения внимания. Выявлено достоверную корреляцию между проявлениями нарушений сна и изменениями ситуативной, личностной и общей психической тревожности, депрессивности с показателями психической активности, самочувствия, настроения и функциональным состоянием, снижением интеллектуально-мнестических функций у обследованного контингента.

Выводы. Возникновение и характер хронических нарушений сна, их частота, выраженность, динамика зависят от многих факторов. Терапия диссомний требует комплексного подхода с учетом клинических особенностей и коморбидной патологии.

Ключевые слова: диссомния, психогении, органическая мозговая патология, тревожность, когнитивные расстройства, участники боевых действий.

FEATURES OF DYSSOMNIAS IN COMBATANTS

N. V. Ratsyborynska-Polyakova*, K. M. Semenenko

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Background. The most common complaint among people in situations of acute or chronic stress is sleep disturbance. Combatants represent a particular risk group of dyssomnia.

Objective – to study the features of dyssomnia in combatants with comorbid somatic pathology.

Materials and methods. The 165 combatants hospitalized in the clinical units (therapeutic, neurological, surgical) of the Vinnytsya Regional Clinical Hospital of war veterans were analyzed in this study. The average age of patients was $39,1 \pm 1,5$ years. Anamnestic, psychopathological (clinical interview), socio-demographic (questioning), pathopsychological (psychodiagnostic) and statistical research methods were used.

Results. Intermittent dyssomnia is observed in 72.3 % of the combatants, which occurs periodically. Persistent sleep disorders lasting for more than three weeks and having a chronic course are observed in 27.7 % of combatants. Identified certain differences in the manifestations of dyssomnia: in psychogenic disease sleep disturbances manifest themselves in nightmarish dreams of military content, frequent waking up at night, and with organic pathology – in the difficulties of falling asleep and shallow sleep. In 87 % of respondents, a decrease in the mnesic function and pronounced attention disorders were revealed. The study revealed a significant correlation between manifestations of sleep disorders and changes in situational, personal and general anxiety, depression with indicators of mental activity, well-being, mood and functional state, a decrease in intellectually-mnesic functions in the surveyed cohort.

Conclusions. The occurrence and features of chronic sleep disorders, their frequency, severity, dynamics depend on many factors. Therapy of dyssomnia requires an integrated approach, taking into account clinical features and comorbid pathology.

Keywords: dyssomnia, psychogenic disease, organic brain pathology, anxiety, cognitive impairments, combatants.

For citation: Ratsyborynska-Polyakova N. V., Semenenko K. M. Features of dyssomnias in combatants. *Arkhiv Psykhatrii*. 2018, 24(4): 178–181. (In Ukr.)

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

Received / Поступила: 17.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 14.11.2018

Актуальність. У розвинутих країнах світу 30–45 % населення мають стійкі порушення сну, 10 % – страждають на хронічне безсоння. 95 % населення земної кулі хоча б раз у житті мали проблеми зі сном. Загальна назва для групи порушень сну – дисомнія. При вказаних порушеннях основна проблема полягає у зміні кількості, якості або режиму сну та розглядається на сьогодні як одна із провідних у медичній та соціальній практиці [1, 5, 9].

Порушення сну є найчастішою скаргою в осіб, які перебувають у ситуації гострого чи хронічного стресу. Розпізнати таких людей досить легко за їх скаргами і зовнішнім виглядом: набряки під очима, червоні очі, сухі губи, млявість, пригніченість, а також у них наявні різні соматичні захворювання та психотравмуючі ситуації. Учасники бойових дій, в яких є порушення сну, часто скаржаться, що вони не сплять взагалі. Більшість із них вказують, що протягом дня вони не можуть заснути або починають дрімати і тут же прокидаються.

Згідно з інформацією міжнародної асоціації сну, виділяють чотири групи дисомнічних порушень, які притаманні саме військовослужбовцям: порушення стадії сну і засинання, зміна його тривалості, інакше – інсомнія; зміна циклу сну/неспання з появою тривалих епізодів денного сну; збільшення тривалості сну або гіперсомнія; інші проблеми, пов'язані зі сном або пробудженням, інакше – парасомнія [3].

В учасників бойових дій скарги на розлади сну виникають як при органічній патології, так і при психогеніях. Дисомнії розвиваються як прояв реактивних станів: гострої реакції на стрес, розладів адаптації, реактивних психозів, ПТСР. Також дисомнія у цього контингенту може бути зумовлена зміною місця перебування, незадоволеними потребами (голод, думки про незавершені справи тощо), порушенням режимом (при несенні варті під час служби), наявністю захворювань, що супроводжуються болем [4]. Дисомнія є неминучим супутником різних розладів і захворювань: психічних розладів унаслідок черепно-мозкових травм, синдромів залежності, психосоматичних розладів і різноманітної коморбідної соматичної патології: артритів, серцевої, ниркової недостатності, астми тощо.

Згідно з даними літератури, порушення сну у вигляді інтермітуючої та хронічної дисомнії значно почастишали серед скарг, які виникають в учасників бойових дій після черепно-мозкових травм. Скарги з'являються одразу після отримання травми або через деякий період і характеризуються як труднощі засинання, поверхневий сон [6, 8]. При серцево-судинній патології безсоння є одним із симптомів хронічного процесу. До того ж, одним із препаратів, які використовують для лікування цієї патології, є сечогінні засоби, які, при неправильному використанні, можуть спричинити пацієнтам незручності у вигляді частих позивів до сечовипускання в нічний час, що теж не сприяє міцному сну. При мігрєні нестача і надлишок сну можуть мати характер провокувального фактора. Деякі головні болі можуть починатися уві сні. З іншого боку, після закінчення нападу мігрєні хворий, як правило, засинає. Дисомнії мають зв'язок із вертебробазиллярною недостатністю, гормональними змінами в організмі, захворюваннями дихальної системи, шлунково-кишкового тракту та іншими коморбідними станами [9, 10].

Мета роботи – виявити особливості дисомній в учасників бойових дій з коморбідною соматичною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Було проведено обстеження 165 учасників бойових дій, госпіталізованих у клінічні відділення (терапевтичні, неврологічні, хірургічні) Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни. Середній вік хворих становив $39,1 \pm 1,5$ років.

Основні методи дослідження – клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний (клінічне інтерв'ю), соціально-демографічний (анкетування), патопсихологічний (психодіагностичний), статистичний [2]. Патопсихологічне дослідження проводили у вигляді тестування: респондентам видавали заздалегідь підготовлені бланки (формуляр інформованої згоди, буклет з бланками опитувальників). На початку обстеження з хворими проводили бесіду, в процесі якої з'ясовували скарги, анамнез життя та хвороби. В комплексі патопсихологічного дослідження використовували методики оцінки актуального психічного стану (шкали оцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна, загальної психічної тривожності Норахідзе, самооцінки депресії В. Зунге, адаптованої Т. Н. Балашовою, опитувальник станів та настрою САН); з метою виявлення когнітивних порушень використовували методики дослідження пам'яті (тест «десяти слів» А. Р. Лурія) та уваги (таблиці Шульте) [11–14]. Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою програм Microsoft Excel 5.0. з використанням коефіцієнтів кореляції Пірсона та Спірмена.

Результати та їх обговорення

У результаті проведеного дослідження виявлено, що найпоширенішою скаргою в учасників бойових дій, які отримують стаціонарне лікування, є порушення сну, що проявляється труднощами із засинанням увечері, багаторазовими перериваннями сну впродовж ночі, відсутністю відчуття відпочинку зранку, сонливістю і низькою працездатністю протягом дня. Цей стан проявляється порушенням ритму засинання і пробудження, супроводжується кількісними і якісними порушеннями сну, який стає більш коротким і поверхневим, зменшується тривалість глибокої фази сну, змінюється співвідношення між стадією, що супроводжується сновидіннями, і стадією без сновидінь.

У 72,3 % військових виявлена інтермітуюча дисомнія, яка виникає періодично; у 27,7 % виявлені сталі розлади сну, які тривають більше трьох тижнів і мають хронічний перебіг. Цей стан зумовлений не тільки особливостями способу життя учасників бойових дій, а й особливостями виконання функціональних обов'язків військової служби, що часто є симптомом інших проблем, таких як стрес, тривога, депресія або будь-яке інше соматичне захворювання, а також проявом пошкодження відділів головного мозку, що регулюють правильне чергування сну і неспання. Безсоння, або неможливість отримати ту кількість сну, яка необхідна, була виявлена у всіх респондентів.

За результатами обстежень респондентів з проявами дисомнії виявлено, що середньоарифметичний показник ситуативної тривожності у респондентів склав $30,98 \pm 1,34$, що свідчить про помірний її рівень, показник особистісної тривожності дорівнював $46,21 \pm 1,23$, що вказує на високий рівень. У результаті аналізу індивідуальних даних високий показник ситуативної тривожності виявлено у 7,2 % досліджуваних, помірний – у 44,6 %, низький – у 48,2 %. Низький показник особистісної тривожності виявлено у 7,3 % респондентів, помірний – у 32,9 %, високий – у 59,8 %. «Тривога-реакція» в умовах стаціонарного лікування у більшості обстежених мала низький рівень. Підвищення її зумовлено наявністю у пацієнтів дисомнії. А от значне підвищення «тривоги-риси» зумовлено постійним внутрішнім напруженням, очікуванням «біди» в осіб, які перебували у бойовій обстановці. Середньоарифметичний показник загальної психічної тривожності у цієї групи обстежених дорівнював $21,42 \pm 1,13$, що свідчить про середній її рівень з тенденцією до високого рівня. При цьому розподіл пацієнтів за рівнем вираженості параметра був наступним: у 2,4 % респондентів було виявлено низький рівень, у 30,7 % – середній рівень із тенденцією до низького рівня, у 26,7 % – середній рівень із тенденцією до високого рівня, у 35,3 % – високий рівень, у 4,9 % – дуже високий рівень. Було виявлено достовірну кореляцію між показниками ситуативної, особистісної та загальної психічної тривожності за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($P < 0,01$).

Позитивним моментом обстеження була відсутність у групі пацієнтів із дисомніями клінічно вираженого депресивного стану (середньоарифметичний показник склав $38,23 \pm 1,08$), але у 12,5 % респондентів виявлено легкий депресивний стан ситуативного або невротичного генезу і в 1,2 % субдепресивний стан або замасковану депресію. Виявлено достовірну кореляцію між показниками ситуативної, особистісної, загальної психічної тривожності та депресивності за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($p < 0,01$).

Дослідження за методикою самооцінки станів та настрою (САН: «Самопочуття. Активність. Настрій») показало, що значна більшість респондентів з порушенням сну комплексно оцінили свій функціональний стан як задовільний та добрий (59,5 % і 29,21 % відповідно), і лише 11,4 % – як поганий; середньоарифметичний показник функціонального стану дорівнював $4,63 \pm 1,32$ балів, що свідчить про задовільні самопочуття, зацікавленість, емоційний тонус та психічну активність з тенденцією до добрих. Виявлено достовірну кореляцію між показниками ситуативної, особистісної, загальної психічної тривожності та депресивності з показниками психічної активності, самопочуття, настрою та функціональним станом за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($p < 0,01$).

Привертає увагу факт, що респонденти, які мешкають у містах, при майже однакових скаргах на порушення сну мали кращі показники параметрів актуального психічного стану, ніж мешканці маленьких містечок та сіл, що може бути пов'язано з більшою соціальною захищеністю, вищою вірогідністю влаштуватися на роботу після лікування у мешканців великих населених пунктів.

Дослідження інтелектуально-мнестичних функцій у пацієнтів зі скаргами на порушення сну показало, що у 87,1 % були виражені порушення уваги. У хворих з органічною патологією головного мозку час, який був потрібен на опрацювання однієї таблиці, збільшувався за рахунок окремих «випадкових» затримок, що вказує на нерівномірність діяльності, яка властива даному контингенту хворих. Також спостерігали помітне збільшення часу, необхідного для відшукування чисел на останніх таблицях, що свідчить про підвищену виснажуваність (за результатами виконання кожної таблиці будувався «графік виснажуваності», який відображав стійкість уваги та працездатність в динаміці).

Для оцінки стану пам'яті хворих (процесу запам'ятовування, короткочасної пам'яті та ретенційних механізмів), втомлюваності та активності уваги проводили дослідження за методикою А. Р. Лурії «заучування 10 слів». У 87 % респондентів було виявлено зниження мнестичної функції. Необхідно зазначити, що респонденти, у яких в анамнезі було органічне ураження головного мозку, називали значну кількість (до п'яти) зайвих слів та застрягали на цій помилці. Форма «графіка запам'ятовування» у цій групі обстежених вказувала на ослаблення активної уваги, її нестійкість, підвищену виснажливість нервової системи, емоційну млявість або відсутність зацікавленості.

У групі пацієнтів з дисомніями було виявлено достовірну кореляцію між показниками зниження інтелектуально-мнестичних функцій за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($p < 0,01$).

Висновки

Дисомнія має багато причин. Вона є симптомом або «маскою» інших захворювань. Це положення базується на спільності клінічних проявів і неспецифічності змін при дисомнії будь-якого генезу.

У ході клінічного дослідження учасників бойових дій, що отримували стаціонарне лікування в клінічних відділеннях різного профілю, було виявлено певні відмінності у скаргах та клінічних проявах розладів сну при органічній і психогенній патології: при психогеніях порушення сну частіше проявляються кошмарними сновидіннями військового характеру, частими прокиданнями уночі, а при органічному генезі – труднощами засинання, поверхневим сном.

Виявлено достовірну кореляцію між проявами порушень сну та змінами ситуативної, особистісної та загальної психічної тривожності, депресивності з показниками психічної активності, самопочуття, настрою та функціональним станом, зниженням інтелектуально-мнестичних функцій у обстеженого контингенту за коефіцієнтами кореляції Пірсона та Спірмена ($p < 0,01$).

Можливість виникнення і характер хронічних порушень сну, їх частота, вираженість, динаміка залежать від багатьох факторів: характеристики екстремальної ситуації, готовності окремих людей до діяльності в екстремальних умовах, їх психологічної стійкості, вольової і фізичної загартованості, а також схильності до розвитку різної соматичної патології, що, в свою чергу, може спричинювати дисомнії.

Список використаної літератури

1. Адаменко Р. Я., Головченко Ю. І. Сон та здоров'я людини. *Сімейна медицина*. 2004. № 1. С. 5–11.
2. Александрова А. А. Психодиагностика и психокоррекция. СПб.: Питер, 2008. 384 с.
3. Вакуленко Л. А. Сучасна сомнологія і деякі аспекти застосування снодійних препаратів. *Новини медицини і фармакології*. 2006. № 20–22. С. 20.
4. Пінчук І. Я., Степанова Н. М., Суховий О. О., Сулімовська Г. С. Вплив психосоціальних факторів на психічне здоров'я: за результатами анкетування осіб, які постраждали у зоні антитерористичної операції в Україні, внутрішньо переміщених осіб та працівників, задіяних у допомозі. *Архів психіатрії*. 2014. Т. 20, № 4 (79). С. 58–65.
5. Коновалов А. Н., Лихтерман Л. Б., Потапов А. А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под. ред. А. Н. Коновалова. М.: Антидор, 2002. Т. 3. 632 с.
6. Левин Я. И., Вейн А. М. Проблема инсомнии в общемедицинской практике. *РМЖ*. 1996. № 3. С. 16–19.
7. Мазуренко О. В., Рошчин Г. Г., Барамія Н. М. Реєстр травми-обов'язковий компонент системи надання медичної допомоги травмованим. *Політравма – сучасна концепція надання медичної допомоги*: тез. доп. Київ, 2006. С. 11–13.
8. Гур'єв С. О., Кравцов Д. І., Казачков В. Є., Ордатій А. В. Мінно-вибухова травма внаслідок сучасних бойових дій на прикладі антитерористичної операції на сході України. Повідомлення 1. Клініко-епідеміологічна характеристика постраждалих із мінно-вибуховою травмою на ранньому госпітальному етапі надання медичної допомоги. *Травма*. 2015. Т. 16, № 6. С. 5–8.
9. Мироненко Т. В. Інсомнії, методи корекції. *Новини медицини і фармакології*. 2004. № 6. С. 24–26.
10. Осьодло Г. В., Шевага І. М. Особливості перебігу та лікування кислото залежних захворювань у учасників АТО. *Здоров'я України*. 2015. № 23 (372). С. 42–43.
11. Рациборинська Н. В. Сучасні аспекти клініко-психологічного обстеження. Біопсихосоціальні зв'язки у розвитку соматичної психології. *Стан та перспективи розвитку авіаційної медицини*: тези доповідей науково-практичної конференції, 10–11 червня 2003 р., 2003. С. 17–18.
12. Рациборинська Н. В., Костишин В. В. Місце клініко-психологічного обстеження в системі медичного забезпечення ВПС ЗС України. *IX Конгрес світової федерації українських лікарських товариств, присвячений 25-річчю СФУЛТ*: тези доповідей, 2002. С. 50.
13. Рациборинська Н. В., Костишин В. В., Хоменко В. Ю., Колосов А. Б. Методичні рекомендації по проведенню психологічного обстеження особового складу ВПС ЗС України: методичні рекомендації для лікарів, психофізіологів, психологів, відповідальних за виховну роботу у військових частинах. Для службового користування. ВМЦ ВПС ЗСУ, 2013. 32 с.
14. Римша С. В., Рациборинська-Полякова Н. В., Конарська Т. І. Психодіагностика як передумова організації роботи з психічною дезадаптацією. *Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження*: матеріали науково-практичної конференції, 2014. С. 69.
4. Pinchuk, I. Ya., Stepanova, N. M., Sukhovich, O. O., & Sulimovska, H. S. (2014). Vplyv psykhosotsialnykh faktoriv na psykhichne zdorov'ia: za rezultaty anketuvannia osob, yaki postrazhdaly u zoni antyterrorystychnoi operatsii v Ukraini, vnutrishno peremishchenykh osob ta pratsivnykiv, zadianykh u dopomozii [Influence of psychosocial factors on mental health: the results of questioning persons, suffered in zone of antiterrorist operation in Ukraine, internally displaced persons and employees involved in providing assistance]. *Arkhiv Psykhatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 20, issue 4 (79), pp. 58–65. (In Ukrainian).
5. Konovalov, A. N., Likhterman, L. B., & Potapov, A. A. (2002). *Klinicheskoe rukovodstvo po cherepno-mozgovoi travme* [Clinical guidelines for traumatic brain injury]. (Vol. 3). A. N. Konovalov (Ed.). Moscow: Antidor. 632 p. (In Russian).
6. Levin, Ya. I., & Vein, A. M. (1996). Problema insomnii v obshchemeditsinskoi praktike [The problem of insomnia in general practice]. *Russkii meditsinskii zhurnal – Russian Medical Journal*, no. 3, pp. 16–19. (In Russian).
7. Mazurenko, O. V., Roshchin, G. G., & Baramia, N. M. (2006). Reiestr travmy-obov'iazkovy komponent systemy nadannia medychnoi dopomohy travmovanyim [Injury record is a compulsory component of the medical care system traumatized]. *Politrauma – a modern concept of medical care: Conference Proceedings*, 2006 (pp. 11–13). Kyiv. (In Ukrainian).
8. Guriev, S. O., Kravtsov, D. I., Kazachkov, V. Ye., & Ordatiy, A. V. (2015). Minno-vybukhova travma vnaslidok suchasnykh boiovykh dii na prykladi antyterrorystychnoi operatsii na skhodi Ukrainy. Povidomlennia 1. Kliniko-epidemiolohichna kharakterystyka postrazhdalych iz minno-vybukhovoioi travmoiu na rannomu hospitalnomu etapi nadannia medychnoi dopomohy [Mine-blast trauma as a result of nowadays combat: evidence from the counter terrorist operation in the eastern Ukraine. Report 1. Clinical and epidemiological characteristics of the victims with mine-blast trauma on the early hospital stage]. *Trauma – Injury*, vol. 16, no. 6, pp. 5–8. (In Ukrainian).
9. Myronenko, T. V. (2004). Insomnii, metody korektsii [Insomnia, methods of correction]. *Novyny medytsyny i farmakolohii – News of medicine and pharmacology*, no. 6, pp. 24–26. (In Ukrainian).
10. Os'odlo, G. V., & Shevaha, I. M. (2015). Osoblyvosti perebihu ta likuvannia kyslotozaleznykh zakhvoriuvan v uchasykiv ATO [Features of the course and treatment of acid-dependent diseases in ATO participants]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 23 (372), pp. 42–43. (In Ukrainian).
11. Ratsyborynska, N. V. (2003). Suchasni aspekty kliniko-psykhologichnoho obstezhennia. Biopsykhosotsialni zv'yazky u rozvytku somatychnoi psykhologhii [Modern aspects of clinical and psychological examination. Biopsychosocial connections in the development of somatic psychology]. *Status and prospects of aviation medicine development: Conference Proceedings*, 2003 (pp. 17–18). (In Ukrainian).
12. Ratsyborynska, N. V., & Kostyshyn, V. V. (2002). Mistse kliniko-psykhologichnoho obstezhennia v systemi medychnoho zabezpechennia VPS ZS Ukrainy [Place of clinical and psychological examination in the system of medical support of the Air Forces of the Armed Forces of Ukraine]. *IX Congress of the World Federation of Ukrainian Medical Associations dedicated to the 25th anniversary of the SFULT: Conference Proceedings*, 2002 (pp. 50). (In Ukrainian).
13. Ratsyborynska, N. V., Kostyshyn, V. V., Khomenko, V. Yu., & Kolosov, A. B. (2013). Metodichni rekomendatsii po provedennii psykhologichnoho obstezhennia osobovoho skladu VPS ZS Ukrainy [Methodical recommendations for carrying out the psychological examination of the personnel of the Air Force of the Armed Forces of Ukraine]. *VMTs VPS ZSU*, 32 p. (In Ukrainian).
14. Rymsha, S. V., Ratsyborynska-Polyakova, N. V., & Konarska, T. I. (2014). Psykhodiahnostyka yak peredumova orhanizatsii roboty z psykhichnoiu dezadaptatsiieiu [Psychodiagnosis as a precondition for organization of work with psychologically adapted persons]. *Innovative methods of diagnostics and treatment of psychic and somatic disorders of psychogenic origin: Conference Proceedings*, 2014 (pp. 69). (In Ukrainian).

References

1. Adamenko, R. Ya., & Holovchenko, Yu. I. (2004). Son ta zdorov'ia liudyny [Sleep and human health]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, no. 1, pp. 5–11. (In Ukrainian).
2. Aleksandrova, A. A. (2008). *Psikhodiagnostika i psikhokorreksiia* [Psychodiagnosis and psychocorrection]. St. Petersburg: Piter, 384 p. (In Russian).
3. Vakulenko, L. A. (2006). Suchasna somnolohiia i deiaki aspekty zastosuvannia snodiinykh preparativ [Modern somnology and some aspects of the use of hypnotics]. *Novyny medytsyny i farmakolohii – News of medicine and pharmacology*, no. 20–22, pp. 20. (In Ukrainian).

Відомості про авторів:

РАЦИБОРИНСКА-ПОЛЯКОВА Наталія Володимирівна – канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна;
e-mail: ratsiborinska@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4205-1493>

СЕМЕНЕНКО Катерина Михайлівна – аспірант кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна;
e-mail: katasemenenko88@gmail.com

Сведения об авторах:

РАЦИБОРИНСКАЯ-ПОЛЯКОВА Наталья Владимировна – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом последипломного образования ВНМУ им. Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина;
e-mail: ratsiborinska@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4205-1493>

СЕМЕНЕНКО Екатерина Михайловна – аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом последипломного образования ВНМУ им. Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина;
e-mail: katasemenenko88@gmail.com

About of authors:

RATSYBORYNska-POLYAKOVA Nataliia Volodymyrivna – MD, PhD, docent of department of psychiatry, narcology and psychotherapy with a course of postgraduate education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine;
e-mail: ratsiborinska@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4205-1493>
SEMENENKO Kateryna Mykhailivna – MD, PhD-student of department of psychiatry, narcology and psychotherapy with a course of postgraduate education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine;
e-mail: katasemenenko88@gmail.com

УДК 616.89-085-036.82:316.61]-057.36:355.4

І. О. Черненко

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ В СТРУКТУРІ ДИФЕРЕНЦІЙНИХ ІНДИВІДУАЛІЗОВАНИХ ПРОГРАМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ ЛОКАЛЬНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України, м. Київ, Україна

Актуальність. На сьогодні все більшої актуальності набувають наукові дослідження стрес-асоційованих психічних порушень, що характеризуються високим інтересом до аналізу ефективності терапії ПТСР, як найпоширенішого розладу, що супроводжується значними біопсихосоціальними наслідками.

Мета – розробити комплекс методів, процедури та алгоритм застосування психофармакотерапії в комплексному лікуванні станів дезадаптації в учасників локальних бойових дій; оцінити ефективність запропонованого підходу.

Матеріали та методи. Використовували метод AGREE II; клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний; методи математичної статистики. Вибірку дослідження склали 93 учасники локальних бойових дій (УЛБД) зі станами дезадаптації внаслідок бойової психічної травми (БПТ) у вигляді ПТСР (F43.1), встановленого за критеріями МКХ-10.

Результати. В роботі описано процес лікування пацієнтів з постстресовими психічними розладами (ППР), поєднаного з психотерапевтичними (ПТ) інтервенціями. Використовували психофармакотерапію, яку проводили за умови надання пацієнтом інформованої згоди. Вибір психофармакологічних препаратів для проведення цільової психофармакотерапії (ПФ) базувався на даних мета-аналізів, рекомендацій провідних світових науково-дослідних центрів щодо лікування стрес-асоційованих розладів психіки, власному емпіричному досвіді. Для лікування у якості ПТ інтервенцій першої лінії обрані різні варіанти травма-фокусованої ПТ (ТФ-КПТ), другої лінії – ПТ, яка не орієнтована на травму. Препаратами першого вибору ПФ були селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (ІЗСН), другого – трициклічні антидепресанти (ТЦА). Наведено програми застосування окремих методів ПТ, які включали порядок та алгоритм їх використання.

Висновки. Пріоритетним напрямком у лікуванні стрес-асоційованих психічних розладів в УЛБД є специфічна психофармакотерапія. Важливим компонентом надання психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям з постстресовими психічними розладами є її послідовність, повне використання процедур кожного етапу медичної допомоги задля запобігання дублюванню методів лікування, які застосовуються і, таким чином, підвищення часової та економічної ефективності рекомендованих заходів.

Ключові слова: учасники локальних бойових дій, посттравматичний стресовий розлад, постстресовий психічний розлад, бойові психічні травми, психофармакотерапія.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СОСТОЯНИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

И. А. Черненко

Национальный военно-медицинский клинический центр

«Главный военный клинический госпиталь» Министерства обороны Украины, г. Киев, Украина

Актуальность. На сегодня все большую актуальность приобретают научные исследования стресс-ассоциированных психических нарушений, характеризующиеся высоким интересом к анализу эффективности терапии ПТСР, как наиболее распространенного расстройства, сопровождающегося значительными биопсихосоциальными последствиями.

Цель – разработать комплекс методов, процедуры и алгоритм применения психофармакотерапии в комплексном лечении состояний дезадаптации у участников локальных боевых действий; оценить эффективность предложенного подхода.

Материалы и методы. Использовали метод AGREE II; клинико-психопатологический, социально-демографический, психодиагностические; методы математической статистики. Выборку исследования составили 93 участника локальных боевых действий (УЛБД) с состояниями дезадаптации вследствие боевой психической травмы (БПТ) в виде ПТСР (F43.1), установленного по критериям МКБ-10.

Результаты. В работе описан процесс лечения пациентов с постстрессовыми психическими расстройствами (ППР), сочетанного с психопедагогическими (ПТ) интервенциями. Использовали психофармакотерапию, которую проводили при условии предоставления пациентом информированного согласия. Выбор психофармакологических препаратов для проведения целевой психофармакотерапии (ПФ) базировался на данных мета-анализов, рекомендаций ведущих мировых научно-исследовательских центров по лечению стресс-ассоциированных расстройств психики, собственном эмпирическом опыте. Для лечения в качестве ПТ интервенций первой линии выбраны различные варианты травма-фокусируемой (ПФ) (ТФ-КПТ), второй линии – ПТ, которая не ориентирована на травму. Препаратами первого выбора ПФ были селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), второго – трициклические антидепрессанты (ТЦА). Приведены программы применения отдельных методов ПТ, которые включали порядок и алгоритм их использования.

Выводы. Приоритетным направлением в лечении стресс-ассоциированных психических расстройств в УЛБД является специфическая психофармакотерапия. Важным компонентом оказания психолого-психиатрической и психотерапевтической помощи военнослужащим с постстрессовыми психическими расстройствами является ее последовательность, полное использование процедур каждого этапа медицинской помощи для предотвращения дублирования методов лечения, которые применяются и, таким образом, повышение временной и экономической эффективности рекомендованных мероприятий.

Ключевые слова: участники локальных боевых действий, посттравматическое стрессовое расстройство, постстрессовое психическое расстройство, боевые психические травмы, психофармакотерапия.

THE PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN THE STRUCTURE OF DIFFERENTIATED INDIVIDUALIZED PROGRAMS OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION
OF MALOADAPTIVE STATES IN PARTICIPANTS OF LOCAL COMBAT ACTIONS

I. O. Chernenko

National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital» of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Background. In the present time, scientific studies of stress-associated mental disorders characterized by high interest to analysis of efficiency of therapy of PTSD, as the most common disorder, accompanied by significant biopsychosocial consequences, become more and more important.

Objective – to develop a complex of methods, procedures and algorithm of psychotherapy appliance in comprehensive treatment of maladaptive states in participants of local combat actions and to assess the efficiency of the suggested approach.

Materials and methods. We used method AGREE II; clinical psychopathological method, social-demographic method, psychodiagnostic method, mathematical statistic methods. The study sample consisted of 93 participants of local combat actions (PLCA) with the maladaptive states of combat psychological trauma (CPT) in the form of PTSD (F43.1) established by ICD-10 criteria.

Results. The work describes the process of treating patients with post-stress mental disorders (PSMD) associated with psychotherapy (PT) interventions, using psychopharmacotherapy, which was conducted under informed consent conditions for the patient, the choice of psychopharmacological drugs for the target psychopharmacotherapy (PP) was based on data meta-analyses, recommendations of the world's leading research centers on the treatment of stress-associated mental disorders, own empirical experience. Different variants of trauma-focused PT (TF-KPT), the second one – PT, not focused on an injury, selected for treatment as first-line PT interventions. In the case of PP, preparations of the first choice are SSRI, SNRI, the second line – TCA. The programs of application of separate methods of PT are presented, including the order and algorithm of their use.

Conclusions. The priority direction of treatment of stress-associated psychiatric disorders in PLCA's psychotherapy is a specific psychopharmacotherapy. An important component of providing psychosocial and psychotherapeutic assistance to post-stress mental disorders is its consistency, full use of the procedures of each stage of medical care to avoid duplication of methods used in treatment and thus increase the temporal and economical effectiveness of the recommended measures.

Keywords: participant in local combat actions, post-traumatic stress disorder, post-stress mental disorder, combat psychological trauma, psychopharmacotherapy.

For citation: Chernenko I. O. The psychopharmacotherapy in the structure of differentiated individualized programs of psychosocial rehabilitation of maladaptive states in participants of local combat actions. *Arkhyv Psykhatrii*, 2018, 24(4): 182–186. (In Ukr.)

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

Received / Поступила: 10.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 06.11.2018

Актуальність. Сучасний період наукових досліджень стрес-асоційованих психічних порушень характеризується високим інтересом до аналізу ефективності терапії ПТСР, як найпоширенішого розладу, що супроводжується значними біопсихосоціальними наслідками.

Незважаючи на велику доказову базу щодо застосування психотерапії (ПТ) у якості монотерапії посттравматичних психічних розладів (ППР) [1–3], українські реалії обумовлюють необхідність комплексного лікування стрес-асоційованих розладів психіки із застосуванням гнучкої комбінації ПТ інтервенцій (окремі форми ПТ, елементи ПТ, поєднання декількох видів/елементів ПТ) і психофармакотерапії (ПФ).

Мета дослідження – розробити комплекс методів, процедури та алгоритм застосування психофармакотерапії в комплексному лікуванні станів дезадаптації в учасників локальних бойових дій; оцінити ефективність запропонованого підходу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили впродовж 2014–2018 рр. на базах клініки психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ ГВКГ) та військової частини А0139.

У дослідження були включені 93 УЛБД зі станами дезадаптації внаслідок бойової психічної травми (БПТ) у вигляді ПТСР (F43.1), встановленими за критеріями МКХ-10. Усі обстежені були чоловіками, середній вік склав $33,71 \pm 1,34$ років. Переважно це були сержанти та рядові загальновійськового складу ЗСУ, які служили за контрактом, середня тривалість їх участі у бойових діях склала $214,7 \pm 41,55$ дні. Ми застосовували парний дизайн формування груп – кожному хворому основної групи був підібраний хворий контрольної групи (по 46 осіб) шляхом стандартизації за тривалістю участі в бойових діях, їх глибиною, ступенем напруженості, особливостями та шкідливими чинниками професійної діяльності, специфічними для бойових дій психотравмуючими чинниками, соціально-демографічними показниками.

При цьому в основній групі були застосовані розроблені диференційні індивідуалізовані програми психосоціальної реабілітації (ДІППР), хворих контрольної групи лікували традиційним способом.

Використані наступні методи дослідження: метод AGREE II [4], теоретико-інформаційний аналіз наукових даних мета-аналізів, систематичних оглядів наукових досліджень з питань терапії ПТСР; для оцінки ефективності запропонованого комплексу лікування – клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, психодіагностичний методи (Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) [5–7], психометрична шкала оцінки загального клінічного враження (CGI) [8]), методи математичної статистики [9].

Результати та їх обговорення

В процесі лікування пацієнтів з ППР у поєднанні з ПТ інтервенціями використовували психофармакотерапію, яку проводили за умов надання пацієнтом інформованої згоди (на основі відомостей, отриманих від лікаря, що регламентовані законодавством України, етичними принципами).

Вибір психофармакологічних препаратів для проведення цільової ПФ базувався на даних мета-аналізів, рекомендацій провідних світових науково-дослідних центрів щодо лікування стрес-асоційованих розладів психіки, власному емпіричному досвіді [10–12].

На рисунку 1 представлені узагальнені результати дослідження ефективності застосування ПФ, мішені впливу, побічні явища (ПЯ), способи призначення лікарських засобів відповідно до кожної з психофармакологічних груп.

Як препарати вибору першої лінії терапії використовували селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), а також серотоніну і норадреналіну (ІЗСН) (рівень достовірності (РД) досліджень складає 1++А за шкалою градації доказів і сили рекомендацій, наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751).

Результати трьох систематичних оглядів свідчать про доцільність використання при лікуванні ППР трьох



Рис. 1. Групи психофармакотерапевтичних препаратів, які застосовували при лікуванні постстресових психічних розладів в УЛБД

СИЗС, а саме: сертраліну, пароксетину і флуоксетину, а ІЗСН – венлафаксину [1, 11–13].

У кожному з цих трьох мета-аналізів дослідники дійшли до висновку про більшу ефективність сертраліну, пароксетину, флуоксетину і венлафаксину, порівняно з іншими СИЗС та ІЗСН, яка, до речі суттєво перевищує їх можливі ПЯ.

При призначенні СИЗС на перше місце серед ПЯ займали головний біль, тривога, нервозність, ажитація, запаморочення, сексуальні дисфункції, гіпергідроз, розлади функціонування шлунково-кишкового тракту, сонливість та підвищена втомлюваність. При лікуванні ІЗСН, крім цього, зареєстроване підвищення артеріального тиску (у випадках застосування досить високих доз), що потребує вкрай обережного їх призначення особам із гіпертонічною хворобою.

Крім того, виходячи з результатів нашого дослідження (РД 1+В), така симптоматика ППР (дані подані у порядку зменшення інтенсивності симптомів, представлених у вигляді значень розрахованих нами коефіцієнтів інтенсивності симптомів психічного статусу, КІ) як зниження апетиту ($KI=3,04\pm 0,18$ балів), відчуття тривоги ($KI=3,58\pm 0,19$ балів), нестриманість ($KI=3,22\pm 0,22$ балів), внутрішній дискомфорт ($KI=3,06\pm 0,20$ балів), дратівливість ($KI=3,30\pm 0,19$ балів), підвищена фізична втомлюваність ($KI=3,09\pm 0,19$ балів), підвищена психічна втомлюваність ($KI=3,04\pm 0,19$ балів), зниження ініціативи, пасивність ($KI=2,99\pm 0,20$ балів) в структурі афективних та астенічних проявів ПТСР в УЛБД в умовах АТО посилювалась при застосуванні СИЗС, внаслідок ПЯ, і потребувала інтенсифікації ПТ лікування або додаткового призначення седативних засобів (з наданням переваги небензодіазепіновим препаратам).

Дані сучасних мета-аналізів [1, 11, 12] ефективності використання нетипових і трициклічних антидепресантів (ТЦА) та інгібіторів моноаміноксидоксидази (МАО) в якості монотерапії ППР вказують на хоч і менш ефективний, але достатній вплив на психопатологічну симптоматику нефазодону, іміпраміну та фенелзину. Ці препарати та-

кож використовують як терапію другого вибору при відмові пацієнта від ПТ та при неможливості прийому вказаних вище СИЗС і ІЗСН внаслідок об'єктивних обставин, зокрема ПЯ.

Слід зазначити, що власне ПЯ цих лікарських засобів обумовлюють обмежене їх призначення більшістю клініцистів.

До таких ПЯ належать, наприклад, рідкісні випадки гепатотоксичного впливу нефазодону, антихолінергічний, кардіальний та седативний ефекти іміпраміну, а також ризик гіпертонічного кризу при прийомі фенелзину (за умов недотримання дієти з низьким вмістом тираміну та уникнення прийому інгібіторів МАО). Проте при ретельному моніторингу (у тому числі, періодичному проведенні печінкових проб [нефазодон], електрокардіограми [іміпрамін], суворої дієти [фенелзин]) безпечність застосування цих препаратів суттєво підвищується.

За нашими даними, окремі пацієнти надавали перевагу одному з цих препаратів через ефекти посилення сну та зменшення ПЯ з боку сексуальної сфери, проте ми призначали їх лише в поодиноких випадках.

Психофармакологічні препарати, які запропоновані для використання у лікуванні стрес-асоційованих психічних розладів, були структуровані в лінійній формі залежно від виразності психопатологічної симптоматики та зведені до таблиці 1.

Ми зареєстрували переваги у застосуванні пароксетину, порівняно з сертраліном ($p\leq 0,01$), унаслідок його здатності корегувати порушення сну. Останні були верифіковані практично в усіх досліджуваних, як найвиразніші симптоми ПТСР, у структурі вегетативних та психосоматичних проявів (РД 1+В) (дані подані у порядку зменшення інтенсивності симптомів і значень КІ), а саме: розлади засинання ($KI=4,30\pm 0,19$ балів), глибини й тривалості сну ($KI=3,98\pm 0,21$ балів), сонливості вдень ($KI=3,33\pm 0,20$ балів).

Виявлено наступні закономірності застосування сертраліну:

а) найбільша ефективність сертраліну встановлена при вираженій тривожній симптоматичі або прихованій картині ПТСР. Відмічені такі особливості клінічної динаміки ППР: поглиблення тривоги на 7–10 добу, яка поступово зменшувалась та набувала значної зворотної

Таблиця 1. Психофармакологічні препарати та їх дози в структурі лінійної програми лікування

Лінія ПФ	Препарат вибору	Терапевтичний діапазон	Курс лікування
Перша	Сертралін	ПД 25–50 мг/добу; ТД – до 100 мг/добу	Від кількох місяців до кількох років – до купірування проявів постстресових психічних розладів
	Пароксетин	ПД 20 мг/добу; ТД – до 40 мг/добу	
	Флуоксетин	ПД 20 мг/добу; ТД – до 40 мг/добу	
	Венлафаксин	ПД 75 мг/добу; ТД – до 150 мг/добу	
Друга	Нефазодон	ПД 50 мг/добу; ТД – до 150 мг/добу	
	Іміпрамін	ПД 25 мг/добу; ТД – до 150 мг/добу	

Примітка. У таблиці прийняті наступні скорочення та особливі позначення: ПФ – психофармакотерапія; ПД – початкова доза; ТД – терапевтична доза.

динаміки до 2 тижня терапії (14–16 доба), а наприкінці 2 місяця лікування тривога практично редукувалася;

б) редукцію флешбеків та кошмарних сновидінь спостерігали вже на 7–14 добу, з купіруванням останніх на 45 добу, на відміну від флешбеків, початкова редукція яких розпочиналася з 14 по 28 день, неповне купірування формувалося приблизно до 60 доби;

в) інтенсивність симптому уникнення зменшувалася наприкінці 2 тижня, виражену редукцію реєстрували на 45 добу, але остаточні прояви залишалися і наприкінці 2 місяця;

г) емоційне зціплення мало двофазний характер: частково редукувалося на 28 добу, а потім – на 45–60 добу, але не купірувалося повністю.

Інші лікарські засоби, які можна до застосувати при лікуванні ППР, наведені у таблиці 2.

При цьому слід підкреслити ефективність застосування карбамазепіну при розладах сну, коморбідних з посткоміційним синдромом, а також при дисфоричних, депресивних проявах, ангедонії у пацієнтів контрольної групи.

Треба додати, що використання бета-адреноблокаторів (пропранолол), за нашими емпіричними даними, є недоцільним, у зв'язку з його ПЯ у вигляді депресивної симптоматики, тому цей клас препаратів не включений до таблиці 2.

Результати наших досліджень, емпіричний досвід роботи з особами, що мають стрес-асоційовані розлади психіки, ППР, теоретико-аналітичні дані дозволили у сукупності запропонувати лінійні програми лікування станів дезадаптації в УЛБД.

У якості ПТ інтервенцій першої лінії обрані різні варіанти травма-фокусованої ПТ (ТФ-КПТ), другої – ПТ, яка не орієнтована на травму. Для ПФ рекомендовані препарати першого вибору – СИЗС, ІЗЗСН, другого – ТЦА.

Обсяг та форми ПТ і ПФ втручань встановлювали відповідно до ступеня виразності психопатологічної симптоматики.

Як пріоритетний напрямок лікування пропонуємо комбінацію методів ТФ-КПТ з ПФ першої лінії (СИЗС та ІЗЗСН).

ПТ та ПФ можна використовувати і в інших комбінаціях:

а) ПТ І лінії + ПФ І лінії – при відсутності інформованої згоди на ПТ, нестачі сертифікованих фахівців;

б) ПТ І лінії + ПФ ІІ лінії – при протипоказаннях для застосування СИЗС (наприклад, суїцидальна поведінка, порушення сну);

в) ПТ ІІ лінії + ПФ ІІ лінії – при неефективності ПТ І лінії (наприклад, при когнітивних порушеннях, порушеннях сну, психоорганічному синдромі), при відмові пацієнта від їх прийому через ПЯ.

За результатами моніторингу поточних змін та прикінцевої оцінки психічного, психологічного стану пацієнтів при оцінці ефективності ДППР в основній групі відмічено купірування симптомів ПТСР, на відміну від осіб контрольної групи. Так, за величиною середнього значення загального бала Міссісіпської шкали ПТСР й інших показників встановлена недостатня редукція симптомів ПТСР (порівняно з середніми контрольними значеннями для військовослужбовців на рівні $73,76 \pm 19,64$ балів за даними автора [6]) в контрольній

Таблиця 2. Психофармакологічні препарати вибору та їх дози в структурі лінійної програми лікування

Препарат вибору	Терапевтичний діапазон	Курс лікування
Дулоксетин (РД 1+А)	60–120 мг/добу	Від кількох місяців до кількох років – до купірування проявів постстресових психічних розладів, але не менше, ніж 6 місяців (РД ++1А)
Агомелатин (РД 1+А)	25–50 мг/добу	
Флувоксамін (РД 1+А)	50–300 мг/добу	
Міртазапін (РД 2+В)	15–30 мг/добу	
Тіанептин (РД 2+В)	До 37,5 мг/добу	
Етифоксин (РД 1+А)	50–200 мг/добу	Не більше 7–10 днів
Діазепам (РД 1+А)	2–70 мг/добу	
Феназепам (РД 2+В)	0,25–10 мг/добу	
Тофізопам (РД 2+В)	50–150 мг/добу	До купірування проявів тривоги
Клоназепам (РД 1+А)	0,25–20 мг/добу	
Альпрозолам (РД 2+В)	0,25–6 мг/добу	
Зопіклон (РД 2+В)	3,75–15 мг/добу	
Виключно супутня терапія при коморбідних станах (у вигляді розладів особистості, поведінки, фазових коливань настрою), тяжкому перебігу ПТСР		
Хлорпротиксен (РД 2+В)	15–100 мг/добу	До купірування розладів поведінки
Тіоридазин (РД 2+В)	50–800 мг/добу	
Сульпірид (РД 1+А)	50–150 мг/добу	
Топірамат (РД 2+В)	25–1000 мг/добу	До ознак стабілізації емоційного фону
Карбамазепін (РД 2+В)	200–1600 мг/добу	
Вальпроєва кислота (РД 2+В)	10–30мг/кг /добу	
Ламотриджин (РД 2+В)	25–500 мг/добу	

Примітка. * – рекомендоване використання на етапі психосоціальної реабілітації.

групі. Те ж стосується і загального клінічного враження (CGI): симптоматика ПТСР в основній групі відповідала мінімальним клініко-психопатологічним відхиленням від норми, на відміну від контрольної, де спостерігали виразність клінічних проявів ПТСР практично на рівні середнього ступеня виразності.

Інтерпретація значень середніх величин та рівня достовірних розбіжностей показників Міссісіпської шкали ПТСР при міжгруповому порівнянні також підтверджувала стійкість симптомів уникнення в обох групах та вторгнення – в контрольній.

Загальна ефективність застосування комплексної лікувально-діагностичної програми для осіб з ППР за ознакою нівелювання симптомів складала 85,7 % випадків в основній групі проти 67,3 % – у контрольній.

Проведене дослідження підтверджує ефективність і клінічну результативність запропонованої комплексної лікувально-діагностичної програми для осіб з постстресовими психічними розладами, що є підставою для її впровадження у практику лікувальних закладів МОЗ України.

Висновки

1. Запропонований комплекс лікування УЛБД з ПТСР розроблений на основі результатів, отриманих упродовж виконання дисертаційної роботи, а також аналізу сучасних підходів до лікування постстресових психічних розладів за даними провідних світових науково-дослідних установ, викладених у клінічних рекомендаціях/директивах (з використанням методу AGREE II), сучасних

наукових оглядах досліджень, мета-аналізах, окремих наукових дослідженнях з високим рівнем доказовості отриманих результатів.

2. Обов'язковим доповненням психотерапії стрес-асоційованих психічних розладів в УЛБД є специфічна психофармакотерапія. Препаратами вибору терапії першої лінії слід вважати селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну: пароксетин, сертралін і флуоксетин, а також селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну – венлафаксин.

3. У якості препаратів вибору монотерапії другої (запасної) лінії у випадках, коли використання препаратів першої лінії з об'єктивних причин є неможливим, доцільно застосовувати препарати з групи нетипових антидепресантів – нефазодон, з групи трициклічних антидепресантів – іміпрамін.

4. У результаті апробації диференційованих індивідуалізованих програм психосоціальної реабілітації учасників локальних бойових дій зі станами дезадаптації встановлено ефективність застосування комплексної лікувально-діагностичної програми, яка за ознакою нівелювання симптомів ПТСР склала 85,7 % випадків в основній групі проти 67,3 % – в контрольній.

Список використаної літератури

1. The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 3.0, 2017. Режим доступу: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (дата звернення: 01.09.2018).
2. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments / D. J. Lee, C. W. Schnitzlein, J. P. Wolf [et al.] // *Depress. Anxiety*. 2016. Vol. 33, issue 9. P. 792–806. DOI: 10.1002/da.22511.
3. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder / B. V. Watts, P. P. Schnurr, L. Mayo [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. 2013. Vol. 74, issue 6. P. e541–e550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
4. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments / W. Hoffmann-Eßer, U. Siering, E. A. Neugebauer [et al.] // *PloS one*. 2017. Vol. 12, issue 3. P. e0174831. DOI: 10.1371/journal.pone.0174831.
5. Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56, issue 1. P. 85–90.
6. Vreven D. L., Gudunowski D. M., King L. A., King D. W. The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *J. of Traumatic Stress*. 1995. Vol. 8, issue 1. P. 91–109.
7. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: «Питер», 2001. С. 228–232.
8. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs, 1976. 603 p.
9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. М.: Медицина, 1978. 294 с.
10. 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_YKPMDD_PTSR.pdf (дата звернення 05.09.2018).

11. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder / B. V. Watts, P. P. Schnurr, L. Mayo [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. 2013. Vol. 74, issue 6. P. 541–550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
12. A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder / B. V. Watts, P. P. Schnurr, M. Zayed [et al.] // *Psychiatr. Serv.* 2015. Vol. 66, issue 2. P. 149–154. DOI: 10.1176/appi.ps.201400062.
13. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis / M. Hoskins, J. Pearce, A. Bethell [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. 2015. Vol. 206, issue 2. P. 93–100. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148551.

References

1. The Management of Posttraumatic Stress Disorder Work Group. (2017). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. Version 3.0. Retrieved from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf> (accessed date: 01.09.2018).
2. Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmussen, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress. Anxiety*, vol. 33, issue 9, pp. 792–806. DOI: 10.1002/da.22511.
3. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 74, issue 6, pp. e541–e550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
4. Hoffmann-Eßer, W., Siering, U., Neugebauer, E. A., Brockhaus, A. C., Lampert, U., & Eikermann, M. (2017). Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. *PloS one*, vol. 12, issue 3, pp. e0174831. DOI: 10.1371/journal.pone.0174831.
5. Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, issue 1, pp. 85–90.
6. Vreven, D. L., Gudunowski, D. M., King, L. A., & King, D. W. (1995). The civilian version of the Mississippi PTSD Scale: a psychometric evaluation. *J. of Traumatic Stress*, vol. 8, issue 1, pp. 91–109.
7. Tarabrina, N. V. (2001). *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. SPb: Piter, pp. 228–232. (In Russian).
8. Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD.: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs. 603 p.
9. Gubler, E. V. (1978). *Vychislitelnye metody analiza i raspoznavaniia patologicheskikh protsessov* [Computational methods of analysis and recognition of pathological processes]. Moscow: Meditsina, 294 p. (In Russian).
10. Ministry of Health of Ukraine (23.02.2016). *Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospezializovanoi) 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_YKPMDD_PTSR.pdf (accessed date 05.09.2018). (In Ukrainian).
11. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 74, issue 6, pp. 541–550. DOI: 10.4088/JCP.12r08225.
12. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Zayed, M., Young-Xu, Y., Stender, P., & Llewellyn-Thomson, H. (2015). A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr. Serv.*, vol. 66, issue 2, pp. 149–154. DOI: 10.1176/appi.ps.201400062.
13. Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A., ... Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, vol. 206, issue 2, pp. 93–100. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148551.

Відомості про автора:

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна – лікар клініки психіатрії (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ» Міністерства оборони України, капітан медичної служби, м. Київ, Україна; e-mail: dgylia.as@gmail.com

Сведения об авторе:

ЧЕРНЕНКО Инна Александровна – врач клини- ки психиатрии (с палатами для наркологических больных) НВМКЦ «ГВКГ» министерства обороны Украины, капитан медицинской службы, м. Киев, Украина; e-mail: dgylia.as@gmail.com

About the Author:

CHERNENKO Inna Oleksandrivna – doctor of psy- chiatry clinic (with chambers for narcological patients) of National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospitals» of the Ministry of Defense of Ukraine, captain of medical service, Kyiv, Ukraine; e-mail: dgylia.as@gmail.com

Г. С. Росінський

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ І ЇХ ДРУЖИН В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Родини демобілізованих учасників бойових дій становлять особливу групу підвищеного ризику щодо порушення здоров'я сім'ї та її руйнації. За даними різних джерел, відсоток розлучень у сім'ях демобілізованих воїнів становить від 35 до 80 %. Вивчення специфіки механізмів формування порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців, необхідність пошуку персоніфікованих мішеней психокорекційного впливу та розробки на цій основі заходів його психологічної корекції та психопрофілактики обумовили актуальність дослідження.

Мета – проведення порівняльного аналізу персонологічних властивостей демобілізованих учасників бойових дій та їх дружин з різним станом сімейного здоров'я для визначення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Матеріали та методи. На базі КЗОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015–2017 рр. комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, та їх дружин. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. За критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були поділені на дві групи. Основну групу (ОГ) склали 72 подружні пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) – 28 успішних сімейних пар. Встановлено, що для подружжів ОГ виявились характерними патологічні депресивно-інтровертний, невротично-депресивний й відносно патологічний афективно-лабільний профілі, тоді як серед гармонійних подружжів превалювали збалансований афективно-стабільний або відносно патологічний афективно-лабільний персонологічні профілі. В родинях ОГ, в яких визначено значний рівень незадоволеності подружніми стосунками (40,3 % ОГ), для усіх чоловіків та більшості (34,7 %) їх дружин характерним виявився найбільш патогенний депресивно-інтровертний особистісний профіль, що, безсумнівно, ставало одним з патогенетичних факторів психогенезу порушення їх сімейного здоров'я. Серед інших подружжів ОГ, які відрізнялись частковим незадоволенням сімейною взаємодією, превалювали відносно патологічні невротично-депресивний, афективно-лабільний, а у 16,7 % жінок – збалансований афективно-стабільний персонологічні профілі, що було підґрунтям розвитку у цих подружніх пар менш виражених порушень родинного здоров'я. Факт наявності збалансованого (афективно-стабільного) або відносно патологічного (афективно-лабільного) особистісних профілів, притаманних гармонійним подружжям, розглядався нами як підтвердження наявності у них внутрішньоособистісних ресурсів для збереження здоров'я сім'ї.

Висновки. У переважної більшості комбатантів були виявлені ознаки патологічного постстресового реагування у вигляді психічної і поведінкової, а у значної кількості осіб – і сексуальної дезадаптації. 28 % з обстежених подружжів відрізнялись успішністю сімейних стосунків, тоді як у інших 72 % спостерігались порушення здоров'я сім'ї. Отримані дані будуть покладені в основу розробки комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів.

Ключові слова: здоров'я сім'ї, комбатанти, дружини комбатантів, персонологічні особливості.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ДЕМОБИЛИЗОВАННЫХ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ИХ ЖЕН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Г. С. Росинский

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Актуальность. Семьи демобилизованных участников боевых действий составляют особую группу повышенного риска нарушения здоровья семьи и ее разрушения. По данным различных источников, процент разводов в семьях демобилизованных воинов составляет от 35 до 80 %. Изучение специфики механизмов формирования нарушения здоровья семьи демобилизованных военнослужащих, необходимость поиска персонифицированных мишеней психокоррекционного влияния и разработки на этой основе мер его психологической коррекции и психопрофилактики обусловили актуальность исследования.

Цель – осуществление сравнительного анализа персонологических свойств демобилизованных участников боевых действий и их жен с различным состоянием семейного здоровья для определения возможных ресурсных источников сохранения гармоничного семейного взаимодействия и мишеней дальнейшей психокоррекционной работы.

Материалы и методы. На базе КУЗ «Областной психоневрологический диспансер» в течение 2015–2017 гг. комплексно обследовано 100 семей демобилизованных военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, и их жен. Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический.

Результаты. По критерию успешности супружеских отношений, обследованные семьи были поделены на две группы. Основную группу (ОГ) составили 72 супружеские пары с нарушением здоровья семьи, группу сравнения (ГП) – 28 успешных семейных пар. Установлено, что для супругов ОГ оказались характерными патологические депрессивно-интровертный, невротически-депрессивный и относительно патологический афективно-лабильный профили, в то время как среди гармоничных супружеских пар превалировали сбалансированный афективно-стабильный или относительно патологический афективно-лабильный персонологические профили. В семьях ОГ, в которых определен значительный уровень неудовлетворенности супружескими отношениями (40,3 % ОГ), для всех мужчин и большинства (34,7 %) их жен характерным оказался наиболее патогенный депрессивно-интровертный личностный профиль, что, несомненно, становилось одним из патогенетических факторов психогенеза нарушения их семейного здоровья. Среди других супружеских пар ОГ, которые отличались частичной неудовлетворенностью семейным взаимодействием, превалировали относительно патологические невротически-депрессивный, афективно-лабильный, а у 16,7 % женщин – сбалансированный афективно-стабильный персонологические профили, что было основой развития у этих супружеских пар менее выраженных нарушений семейного здоровья. Факт наличия сбалансированного (афективно-стабильного) или относительно патологического (афективно-лабильного) личностных профилей, присущих гармоничным супружеским парам, рассматривался нами как подтверждение наличия у них внутриличностных ресурсов по сохранению здоровья семьи.

Выводы. У подавляющего большинства комбатантов были обнаружены признаки патологического постстрессового реагирования в виде психической и поведенческой, а у значительного числа лиц – и сексуальной дезадаптации. 28 % из обследованных супругов отличались успешностью семейных отношений, в то время как у других 72 % наблюдались нарушения здоровья семьи. Полученные данные будут положены в основу разработки комплекса мер психокоррекции и психологической поддержки здоровья семьи комбатантов.

Ключевые слова: здоровье семьи, комбатанты, жены комбатантов, персонологические особенности.

COMPARATIVE ANALYSIS OF PERSONOLOGICAL PROPERTIES OF DEMOBILIZED PARTICIPANTS OF MARTIAL ACTIONS
AND THEIR WIVES DEPENDING ON THE STATE OF HEALTH OF THE FAMILY

G. S. Rosinskyi

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Background. Families of demobilized combatants constitute a special group of increased risk of disruption to family health and destruction. According to various sources, the percentage of divorces in families of demobilized soldiers ranges from 35 to 80%. The study of the specifics of the mechanisms for the formation of family health disorders of demobilized soldiers, the need to search for personalized targets of psychocorrectional influence and the development on this basis of measures for its psychological correction and psycho-prophylaxis led to the relevance of the study.

Objective – to conduct a comparative analysis of the personal properties of demobilized combatants and their wives with different family health conditions to determine possible resource sources for maintaining harmonious family interaction and targets for further psychocorrectional interventions.

Materials and methods. We comprehensively surveyed 100 families of demobilized military personnel participating in hostilities and their wives on the basis of the Regional Psychoneurological Dispensary during 2015–2017. We used clinical, psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods.

Results. According to the criterion of success of marital relations, the surveyed families were divided into two groups. The main group (MG) consisted of 72 married couples with family health problems, the comparison group (CP) – 28 successful married couples. Couples of the main group characterized by pathological depressive-introverted, neurotic-depressive and relatively pathological affectively labile profiles. Balanced affectively stable or relatively pathological affectively labile personal profiles prevailed among harmonious couples. In families of MG, in which a significant level of dissatisfaction with marital relations (40.3 % of MG) is determined, for all men and the majority (34.7 %) of their wives the most pathogenic depressive-introverted personality profile was characteristic, which undoubtedly became one of pathogenetic factors of psychogenesis, violations of their family health. Among other married couples MG, who were partially dissatisfied with family interaction, relatively pathological neurotic-depressive, affectively labile personal profiles dominated, and 16.7 % of women had balanced affective-stable personal profiles, which was the basis for the development of less pronounced disorders in these couples family health. The fact of having a balanced (affectively stable) or relatively pathological (affectively labile) personal profile inherent in harmonious couples was considered by us as confirmation of the availability of intrapersonal resources for maintaining family health.

Conclusions. The overwhelming majority of combatants showed signs of a pathological post-stress response in the form of mental and behavioral disadaptation, and in a significant number of individuals defined sexual disadaptation. 28 % of the surveyed couples had the success of their family relationships; while the other 72 % experienced family health problems. The data obtained will form the basis for the development of a set of psycho-correction measures and psychological support for the health of the family of combatants.

Keywords: family health, combatants, wives of combatants, personality features.

For citation: Rosinskyi G. S. Comparative analysis of personological properties of demobilized participants of martial actions and their wives depending on the state of health of the family. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(4): 187–192. (In Ukr.)

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

Received / Поступила: 18.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 13.11.2018

Актуальність. За даними Міністерства соціальної політики України, в державі спостерігається криза інституту сім'ї з трендом до зростання кількості розлучень. Наприклад, у 2016 році, порівняно з 2015 роком, число розлучень зросло на 1,2 тисячі (35,46 тис. в 2016 році проти 34,2 тис. у 2015 році) [1].

Особливу групу підвищеного ризику щодо порушення здоров'я сім'ї та її руйнації внаслідок цього становлять родини демобілізованих учасників бойових дій. За інформацією військового капелана Л. Когут, розлучається кожне десяте подружжя бійців, що повернулись з фронту [2], а за даними інших джерел – відсоток розлучень у сім'ях демобілізованих воїнів становить від 35 до 60 %, або навіть до 80 % [2, 3].

Після благополучного повернення комбатанта додому фізично неушкодженим, він сам та його родина стикаються з новими неочікуваними викликами. Кожен учасник бойових дій потребує певного часу для адаптації до мирного життя. З проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця сім'я зіштовхується вже в перший місяць після його повернення додому. При поверненні демобілізованого до мирного життя у багатьох випадках сприйняття ним навколишнього середовища відбувається через «військову призму дійсності», загострення відчуття біполярного сприймання світу за парадигмою «свій» – «чужий» [4]. Це накладає відбиток на сімейні стосунки, бо більшість з членів родин демобілізованих військовослужбовців не готові приймати об'єктивні зміни, що відбулися з їх рідними, чекаючи допомоги від них, замість того, щоб бути готовими цю допомогу надати [5, 6].

Крім того, вчені країн, що мають досвід участі в локальних бойових діях сучасності, описують феномен вторинної травматизації осіб з близького оточення, насамперед дружин бійців, що повернулися після участі в бойових діях [7–11].

Таким чином, замість потужного джерела психологічного реабілітаційного ресурсу, родина бійця перетворюється на додатковий психотравмуючий чинник, обтяжуючи і без того складний психологічний стан комбатанта та його рідних [4].

З огляду на зазначене, актуальність і необхідність вивчення специфіки механізмів формування порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців, пошуку персоніфікованих мішеней психокорекційного впливу та розробки на цій основі заходів його психологічної корекції та психопрофілактики не викликає сумніву.

Метою даної роботи було здійснення порівняльного аналізу персонологічних властивостей демобілізованих учасників бойових дій і їх дружин з різним станом сімейного здоров'я для визначення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі КЗОЗ «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015–2017 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях – усього 200 осіб.

Дослідження проводилось з допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів і включало поглиблене клінічне стандартизоване інтерв'ю з використан-

ням діагностичних критеріїв МКХ-10 з аналізом психічного стану, анамнестичних даних, на основі чого встановлювали не тільки психопатологічні особливості психічного стану респондентів, а й специфіку притаманних їм контекстуальних чинників та проблем родинного функціонування.

За результатами наших попередніх досліджень [4], зміни психічного стану на рівні клінічно окреслених розладів виявлено у 78 % комбатантів і у 24 % їх дружин. Перше місце за поширеністю займали адаптаційні розлади F43.2, що були діагностовані у 31 % комбатантів та у 17 % їх дружин (з них F43.22 змішана тривожно-депресивна реакція – у 14 % чоловіків й у 13 % жінок; F43.21 пролонгована депресивна реакція – у 11 % чоловіків; F43.23 з переважанням порушення інших емоцій – у 6 % чоловіків і в 4 % жінок). Посттравматичний стресовий розлад діагностовано у 20 % комбатантів. Серед інших нозологій зустрічались: F45.3 соматоформна вегетативна дисфункція – у 9 % чоловіків і 7 % жінок; F06.6 органічний емоційно нестійкий (астенічний) розлад – у 8 % комбатантів; F34.1 дистимія – у 5 % респондентів, F07.2 посткомоційний синдром – у 3 %, а F62.0 стійкі зміни особистості після катастрофічного переживання – у 2 % комбатантів.

Серед проявів залежної поведінки клінічно значущого рівня вираженості переважали психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання тютюну, синдром залежності (постійне вживання) F17.25 – у 64 % чоловіків та 33 % жінок. Клінічні проблеми, пов'язані з вживанням алкоголю, були виявлені у 23 % комбатантів: у 10 % – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, епізодичне вживання (дипсоманія) F10.26; у 8 % – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, на теперішній час утримання (часткова ремісія) F10.201; у 5 % – синдром залежності внаслідок вживання алкоголю, постійне вживання F10.25. Для 11 % чоловіків притаманними були проблеми, що виникли внаслідок вживання інших стимуляторів, включаючи кофеїн F15.25, для 5 % – внаслідок вживання канабіноїдів F12.26.

Значно поширені серед обстежених були розлади сексуального здоров'я. Так, відсутність або втрата статевого потягу F52.0 відмічалась у 24 % чоловіків та у 51 % жінок; відсутність сексуального задоволення (у переважній кількості випадків відносна) – у 23 % чоловіків і у 67 % жінок; еректильна дисфункція F52.2 мала місце у 15 %, ejaculatio praecox F52.4 – у 6 % чоловіків; оргазмічна дисфункція F52.3 – у 58 % жінок.

Скринінгова оцінка стану подружніх стосунків, проведена з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса [12], показала наступне.

У переважної більшості обстежених подружніх пар (72 %) виявлена незадоволеність подружніми стосунками: або значна (за дискурсом автора методики) – загальний показник подружньої задоволеності у обох з подружжя менше 80 балів (29 % від загальної вибірки; 40,3 % від родин з подружньою незадоволеністю), або часткова – загальний показник менше 80 балів виявлено у одного з подружжя (частіше – у дружини) (43 % від загальної вибірки; 59,7 % від кількості осіб, незадоволених подружніми стосунками).

28 % сімей продемонстрували успішність родинної взаємодії, про що свідчили конгруентні високі (вище 80 балів) показники подружньої задоволеності.

За критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були поділені на дві групи. Основну групу (ОГ) скла-

ли 72 подружні пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) – 28 успішних сімейних пар. У дослідженні проводили порівняльний аналіз результатів як загальних груп ОГ і ГП, так і залежно від їх гендерної належності: 72 чоловіків ОГ – ОГ(ч), їх 72 дружини – ОГ(д), 28 чоловіків ГП – ГП(ч), та їх 28 дружин – ГП(д).

Як психодіагностичний інструмент діагностики особистісних властивостей респондентів було використано Фрайбурзький особистісний опитувальник форма В (FPI-B) [13], який дає можливість дослідити емоційно-вольові характеристики (депресивність, дратівливість, сором'язливість, емоційну лабільність), а також властивості соціально-психологічної сфери особистості (невротичність, спонтанну агресивність, товариськість, реактивну агресивність, відкритість, маскулітність), які визначають успішність соціальної, професійної адаптації та регуляції поведінки. Оцінку результатів проводили шляхом переведення отриманих первинних балів у стандартні за кожною шкалою з наступним співвідношенням за градацією: 1–3 бали – низький, 4–6 балів – середній та 7–9 балів – високий рівень прояву ознаки [14].

У таблиці 1 наведені показники вираженості особистісних рис у обстежуваних досліджуваних груп. У респондентів ОГ обох статей, на відміну від обстежених ГП, встановлені вищі рівні: невротичності ($6,2 \pm 1,2$ балів у ОГ(ч) проти $4,4 \pm 1,9$ балів у ГП(ч) та $5,7 \pm 1,3$ балів у ОГ(д) проти $3,1 \pm 0,9$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); депресивності ($6,7 \pm 2,1$ балів у ОГ(ч) проти $3,7 \pm 1,1$ балів у ГП(ч) та $5,2 \pm 1,6$ балів у ОГ(д) проти $2,3 \pm 1,2$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); дратівливості ($6,6 \pm 1,9$ балів у ОГ(ч) проти $4,5 \pm 1,4$ балів у ГП(ч) та $6,1 \pm 1,5$ балів у ОГ(д) проти $3,9 \pm 1,1$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); сором'язливості ($6,1 \pm 1,3$ балів у ОГ(ч) проти $3,8 \pm 1,5$ балів у ГП(ч) та $6,3 \pm 1,9$ балів у ОГ(д) проти $3,1 \pm 1,2$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); емоційної лабільності ($6,8 \pm 1,8$ балів у ОГ(ч) проти $4,4 \pm 1,3$ балів у ГП(ч) та $5,3 \pm 1,5$ балів у ОГ(д) проти $3,5 \pm 1,1$ балів у ГП(д), $p < 0,01$) та нижчі – комунікабельності ($3,7 \pm 1,2$ балів у ОГ(ч) проти $6,3 \pm 1,6$ балів у ГП(ч) та $4,6 \pm 1,7$ балів у ОГ(д) проти $7,2 \pm 1,5$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); врівноваженості ($4,1 \pm 1,3$ балів у ОГ(ч) проти $6,9 \pm 1,4$ балів у ГП(ч) та $4,3 \pm 1,7$ балів у ОГ(д) проти $7,0 \pm 2,2$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); реактивної агресивності ($4,5 \pm 1,8$ балів у ОГ(ч) проти $5,6 \pm 1,8$ балів у ГП(ч) та $4,5 \pm 1,2$ балів у ОГ(д) проти $5,6 \pm 1,4$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); екстраверсії – інтроверсії ($3,7 \pm 1,1$ балів у ОГ(ч) проти $6,2 \pm 1,6$ балів у ГП(ч) та $4,2 \pm 1,4$ балів у ОГ(д) проти $7,6 \pm 1,8$ балів у ГП(д), $p < 0,01$); маскулітності – фемінітності ($3,3 \pm 1,1$ балів у ОГ(ч) проти $5,7 \pm 1,8$ балів у ГП(ч) та $4,3 \pm 1,3$ балів у ОГ(д) проти $5,9 \pm 1,6$ балів у ГП(д), $p < 0,01$).

За шкалою спонтанної агресивності в обох групах, без відмінностей за статтю, показники знаходились на одному рівні та становили $4,4 \pm 1,3$ балів у ОГ(ч) проти $4,8 \pm 1,4$ балів у ГП(ч) та $4,7 \pm 1,2$ балів у ОГ(д) проти $4,9 \pm 1,3$ балів у ГП(д) ($p < 0,01$).

Також у подружжів ОГ, без різниці за гендерною ознакою, набрані бали за шкалою відкритості підтверджували достовірність отриманих результатів, але були менші за визначені в групах порівняння ГП(ч) та ГП(д) й становили $5,2 \pm 1,5$ балів у ОГ(ч) проти $7,8 \pm 1,8$ балів у ГП(ч) та $6,2 \pm 1,4$ балів у ОГ(д) проти $8,1 \pm 1,7$ балів у ГП(д) ($p < 0,01$), що свідчило про неохочість зазначеного контингенту до довірливо-відвертої взаємодії з оточуючими та вказувало на низьку самокритичність респондентів ОГ(ч) та ОГ(д).

Таблиця 1. Вираженість проявів особистісних рис у обстежуваних в групах, $\bar{x} \pm \sigma$

Шкали	ОГ, n=72		ГП, n=28	
	ОГ(ч), n=72	ОГ(д), n=72	ГП(ч), n=28	ГП(д), n=28
Невротичність	6,2±1,2	5,7±1,3	4,4±1,9	3,1±0,9
Депресивність	6,7±2,1	5,2±1,6	3,7±1,1	2,3±1,2
Дратівливість	6,6±1,9	6,1±1,5	4,5±1,4	3,9±1,1
Сором'язливість	6,1±1,3	6,3±1,9	3,8±1,5	3,1±1,2
Емоційна лабільність	6,8±1,8	5,3±1,5	4,4±1,3	3,5±1,1
Комунікабельність	3,7±1,2	4,6±1,7	6,3±1,6	7,2±1,5
Врівноваженість	4,1±1,3	4,3±1,7	6,9±1,4	7,0±2,2
Реактивна агресивність	4,5±1,8	4,5±1,2	5,6±1,8	5,6±1,4
Екстраверсія – інтроверсія	3,7±1,1	4,2±1,4	6,2±1,6	7,6±1,8
Маскуліність – фемінінність	3,3±1,1	4,3±1,3	5,7±1,8	5,9±1,6
Спонтанна агресивність	4,4±1,3	4,7±1,2	4,8±1,4	4,9±1,3
Відкритість	5,2±1,5	6,2±1,4	7,8 ±1,8	8,1±1,7

Як свідчать дані, наведені в таблиці 2, у структурі особистісних властивостей серед респондентів ОГ(ч) була більшою кількість осіб з високим (7–9 балів) рівнем: невротичності (58,3 % у ОГ(ч) та 32,1 % у ГП(ч), $p<0,01$); емоційної лабільності (66,7 % у ОГ(ч) та 32,1 % у ГП(ч), $p<0,01$); сором'язливості (47,2 % у ОГ(ч) та 14,3 % у ГП(ч), $p<0,01$); депресивності (66,7 % у ОГ(ч) та 7,1 % у ГП(ч), $p<0,01$) та дратівливості (58,3 % у ОГ(ч) проти 32,1 % у ГП(ч), $p<0,01$), та меншою за шкалами: спонтанної агресивності (8,3 % у ОГ(ч) та 17,9 % у ГП(ч), $p<0,01$); врівноваженості (4,2 % у ОГ(ч) проти 60,7 % у ГП(ч), $p<0,01$); реактивної агресивності (6,9 % у ОГ(ч) проти 32,1 % у ГП(ч), $p<0,01$); відкритості (9,7 % у ОГ(ч) проти 82,1 % у ГП(ч), $p<0,01$), маскуліності (6,9 % у ОГ(ч) проти 17,9 % у ГП(ч), $p<0,01$). Слід зазначити, що за шкалами комунікабельності та екстраверсії-інтроверсії респонденти ОГ(ч) набрали менше 7–9 балів проти 60,7 % ($p<0,01$) за відповідним шкалами ГП(ч).

У структурі особистісних властивостей жінок ОГ(д), порівняно з респондентами ГП(д), була більшою кількість осіб з високим (7–9 балів) рівнем невротичності та дратівливості (по 48,6 % у ОГ(д) проти 28,6 % у ГП(д), $p<0,01$), емоційної

Таблиця 2. Структура особистісних проявів у групах чоловіків та жінок, %

Шкали	Групи чоловіків					
	1–3 бали		4–6 балів		7–9 балів	
	ОГ(ч), n=72	ГП(ч), n=28	ОГ(ч), n=72	ГП(ч), n=28	ОГ(ч), n=72	ГП(ч), n=28
Невротичність	13,9	21,4	27,8	46,4	58,3	32,1
Спонтанна агресивність	20,8	14,3	70,8	67,9	8,3	17,9
Депресивність	12,5	53,6	20,8	39,3	66,7	7,1
Дратівливість	13,9	46,4	27,8	21,4	58,3	32,1
Комунікабельність	37,5	7,1	62,5	32,1	-	60,7
Врівноваженість	47,2	17,9	48,6	21,4	4,2	60,7
Реактивна агресивність	25,0	17,9	68,1	50,0	6,9	32,1
Сором'язливість	9,7	67,9	43,1	17,9	47,2	14,3
Відкритість	6,9	-	83,3	17,9	9,7	82,1
Екстраверсія – інтроверсія	41,7	7,1	58,3	32,1		60,7
Емоційна лабільність	5,6	50,0	27,8	17,9	66,7	32,1
Маскуліність – фемінінність	66,7	14,3	26,4	67,9	6,9	17,9
Шкали	Групи жінок					
	1–3 бали		4–6 балів		7–9 балів	
	ОГ(д), n=72	ГП(д), n=28	ОГ(д), n=72	ГП(д), n=28	ОГ(д), n=72	ГП(д), n=28
Невротичність	16,7	60,7	34,7	10,7	48,6	28,6
Спонтанна агресивність	16,7	10,7	73,6	71,4	9,7	17,9
Депресивність	31,9	82,1	11,1	17,9	56,9	-
Дратівливість	16,7	64,3	34,7	7,1	48,6	28,6
Комунікабельність	33,3	-	47,2	21,4	19,4	78,6
Врівноваженість	37,5	21,4	50,0	7,1	12,5	71,4
Реактивна агресивність	36,1	25,0	43,1	35,7	20,8	39,3
Сором'язливість	20,8	89,3	22,2	10,7	56,9	-
Відкритість	13,9	-	56,9	21,4	29,2	78,6
Екстраверсія – інтроверсія	34,7	-	44,4	10,7	20,8	89,3
Емоційна лабільність	31,9	60,7	9,7	10,7	58,3	28,6
Маскуліність – фемінінність	47,2	3,6	34,7	82,1	18,1	14,3

лабільності (58,3 % у ОГ(д) проти 28,6 % у ГП(д), $p < 0,01$), сором'язливості та депресивності (56,9 % у ОГ(д) проти відсутності високих показників (7–9 балів) в ГП(д), $p < 0,01$), та меншою за шкалами: спонтанної агресивності (9,7 % у ОГ(д) та 17,9 % у ГП(д), $p < 0,01$); комунікабельності (19,4 % у ОГ(д) проти 78,6 % у ГП(д), $p < 0,01$), врівноваженості (12,5 % у ОГ(д) проти 71,4 % у ГП(д), $p < 0,01$), реактивної агресивності (20,8 % у ОГ(д) проти 39,3 % у ГП(д), $p < 0,01$), відкритості (29,2 % у ОГ(д) проти 78,6 % у ГП(д), $p < 0,01$), екстраверсії-інтроверсії (20,8 % у ОГ(д) проти 89,3 % у ГП(д), $p < 0,01$), маскулінності (18,1 % у ОГ(д) проти 14,3 % у ГП(д), $p < 0,01$).

Якісний аналіз індивідуально-психологічних властивостей опитуваних, за даними таблиці 3, виявив наявність певних асоціацій особистісних рис, які формували особистісні профілі респондентів: депресивно-інтровертний, невротично-депресивний, афективно-лабільний, інтровертно-агресивний та афективно-стабільний.

Депресивно-інтровертний профіль (41,7 % у ОГ(ч), 34,7 % у ОГ(д) проти 7,1 % у ГП(ч) та відсутності даного контингенту у ГП(д), $p < 0,05$), характеризувався високими рівнями показників за шкалами депресивності, сором'язливості, низькими – екстраверсії, маскулінності, низькими або середніми показниками комунікабельності та відкритості.

Для **невротично-депресивного профілю** (25,0 % у ОГ(ч), 22,2 % у ОГ(д), $p < 0,05$), проти відсутності даного контингенту у ГП(ч) та ГП(д)) провідними були високі показники невротичності, депресивності, дратівливості, емоційної лабільності.

Для **афективно-лабільного профілю** (26,4 % у ОГ(ч), 26,4 % у ОГ(д) проти 32,1 % у ГП(ч) та 28,6 % у ГП(д), $p < 0,01$) були притаманними виражені риси емоційної лабільності, невротичності, дратівливості, низький або середній рівень врівноваженості.

Інтровертно-агресивний профіль (лише респонденти ОГ(ч) – 6,9 %, $p < 0,01$) мав високі показники реактивної агресивності, інтравертності, емоційної лабільності, дратівливості, низької комунікабельності та відкритості.

Для **афективно-стабільного профілю** (відсутній у респондентів ОГ(ч), 16,7 % у ОГ(д) проти 60,7 % у ГП(ч) та 71,4 % у ГП(д), $p < 0,01$) були властивими низькі або середні рівні невротичності, депресивності, дратівливості, сором'язливості, емоційної лабільності, спонтанної та реактивної агресивності, а також високі – екстраверсії, комунікабельності, врівноваженості, відкритості.

У структурі особистісних профілів чоловіків ОГ(ч) перше місце займав депресивно-інтровертний тип (41,7 %), далі йшли афективно-лабільний (26,4 %) та невротично-депресивний (25,0 %) профілі, найменша кількість респондентів мала інтровертно-агресивний (6,9 %) особистісний профіль, респонденти з афективно-стабільним типом особистісного профілю були відсутні.

У ГП(ч) структуру особистісних профілів чоловіків формували афективно-стабільний тип (60,7 %), який займав перше місце за численністю респондентів, афективно-лабільний (32,1 %) та депресивно-інтровертний типи (7,1 %). Невротично-депресивний та афективно-стабільний типи особистісних профілів у респондентів даної групи були відсутні.

У жінок ОГ(д) розподіл особистісних профілів був наступним: перше місце за кількістю осіб зайняв депресивно-інтровертний тип (34,7 %), за ним, у порядку зменшення,

афективно-лабільний (26,4 %), невротично-депресивний (22,2 %) та афективно-стабільний тип (16,7 %). Інтравертно-агресивного типу особистісного профілю виявлено не було.

В ГП(д) наявними були лише два типи особистісних профілів – афективно-стабільний тип (71,4 %), виявлений у більшості респондентів, та афективно-лабільний тип (28,6 %).

Таким чином, дослідження індивідуально-типологічних відмінностей подружжів ОГ і ГП виявило наявність певних асоціацій особистісних рис, які формували особистісні профілі. В родинних із порушенням сімейного здоров'я найбільшими виявилися показники за шкалами депресивності (66,7 % ОГ(ч) та 56,9 % ОГ(д)), емоційної лабільності (66,7 % та 58,3 % відповідно), невротичності (58,3 % та 48,6 % відповідно), дратівливості (58,3 % та 48,6 % відповідно) та сором'язливості (47,2 % та 56,9 % відповідно), що, в поєднанні з низькими показниками за шкалами комунікабельності та екстраверсії (відсутність високих балів в ОГ(ч), 19,4 % та 20,8 % в ОГ(д) відповідно), врівноваженості (4,2 % та 12,5 % відповідно), відкритості (9,7 % та 29,2 % відповідно), спонтанної агресивності (8,3 % та 9,7 % відповідно), реактивної агресивності (6,9 % та 20,8 % відповідно) та маскулінності (6,9 % та 18,1 % відповідно), свідчило, що для більшості респондентів ОГ(ч) та ОГ(д) характерними були стресове реагування на звичайні ситуації (за пасивно-захисним типом), ознаки депресії, скутість, тривожність, невпевненість, нестійкість емоційного стану, виникнення труднощів у спілкуванні, прийнятті рішень та їх виконанні.

Для більшості респондентів ГП(ч) та ГП(д) характерною була наявність певних асоціацій особистісних рис, які формували особистісні профілі: найбільшими виявилися показники за шкалами комунікабельності – 60,7 % в ГП(ч) та 78,6 % в ГП(д), врівноваженості – 60,7 % в ГП(ч) та 71,4 % в ГП(д), відкритості – 82,1 % в ГП(ч) та 78,6 % в ГП(д), екстраверсії – 60,7 % в ГП(ч) та 89,3 % в ГП(д), що забезпечувало високі рівні розвитку всіх емоційно-вольових і соціально-психологічних властивостей, допомагало усвідомлювати свої емоції, змінювати поведінку залежно від умов та адаптуватися до групових норм.

Таким чином, не дивлячись на те, що у переважній більшості комбатантів були виявлені ознаки патологічного пост-стресового реагування у вигляді психічної і поведінкової, а у значній кількості осіб – і сексуальної дезадаптації, 28 % з обстежених подружжів мали успішні сімейні стосунки, тоді як у інших 72 % спостерігались порушення здоров'я сім'ї.

Саме для них виявилися характерними патологічні де-

Таблиця 3. Типи особистісних профілів в групах чоловіків та жінок

Типи	Чоловіки		Жінки	
	ОГ(ч), n=72 % до групи	ГП(ч), n=28 % до групи	ОГ(д), n=72 % до групи	ГП(д), n=28 % до групи
Депресивно-інтровертний	41,7	7,1	34,7	-
Невротично-депресивний	25,0	-	22,2	-
Афективно-лабільний	26,4	32,1	26,4	28,6
Інтровертно-агресивний	6,9	-	-	-
Афективно-стабільний	-	60,7	16,7	71,4

пресивно-інтровертний, невротично-депресивний й відносно патологічний афективно-лабільний профілі, тоді як серед гармонійних подружжів превалювали збалансований афективно-стабільний або відносно патологічний афективно-лабільний персоніологічні профілі.

Треба зазначити, що в родині ОГ, в яких визначено значний рівень незадоволеності подружніми стосунками (40,3 % ОГ), для усіх чоловіків та більшості (34,7 %) їх дружин характерним виявився найбільш патогенний депресивно-інтровертний особистісний профіль, що, безсумнівно, стало одним з патогенетичних факторів психогенезу порушення їх сімейного здоров'я. Серед інших подружжів ОГ, які відрізнялись частковим незадоволенням сімейною взаємодією, превалювали відносно патологічні невротично-депресивний, афективно-лабільний, а у 16,7 % жінок – збалансований афективно-стабільний персоніологічні профілі, що було підґрунтям розвитку у цих подружніх пар менш виражених порушень родинного здоров'я.

Факт наявності збалансованого (афективно-стабільного) або відносно патологічного (афективно-лабільного) особистісних профілів, притаманних гармонійним подружжям, ми розглядали як підтвердження наявності у них внутрішньоособистісних ресурсів щодо збереження здоров'я сім'ї.

Отримані дані будуть покладені нами в основу розробки комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів.

Список використаної літератури

1. Сімейні проблеми: в Україні зростає кількість розлучень та матерів-одиначок. *Etcetera*. 2018. 15 січня. Режим доступу: <https://uk.etcetera.media/simeyni-problemi-v-ukrayini-zrostaie-kilkist-rozluchen-ta-materiv-odinachok.html> (дата звернення: 04.09.2018).
2. «Не називайте їх АТОшниками»: психологія учасників бойових дій. *Fakty.cv.ua* «Чернівці-Інфо». 2018. 20 квітня. Режим доступу: <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykami-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii> (дата звернення: 04.09.2018).
3. Групи самопомогі для дружин та матерів учасників АТО (принцип «Рівний – рівному»). Підсумки по роботі проекту «Дружини України». Життя після АТО. 2018. 22 березня. Режим доступу: <http://life-after-ato.com.ua/post/467> (дата звернення: 04.09.2018).
4. Маркова М. В., Росінський Г. С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців-учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. *Український вісник психоневрології*. 2018. Том 26, вип. 1 (94). С. 78–82.
5. Peraica T., Vidović A., Petrović Z. K., Kozarić-Kovačić D. Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2014. Vol. 12. P. 136. DOI: 10.1186/s12955-014-0136-x.
6. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder / M. Klarić, T. Francisković, M. Pernar [et al.] // *Coll Antropol*. 2010. Vol. 34, suppl. 1. P. 15–21.
7. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity / R. Dekel, Y. Levinstein, A. Siegel [et al.] // *J Fam Psychol*. 2016. Vol. 30, issue 1. P. 63–71. DOI: 10.1037/fam0000163.
8. Yager T. J., Gerszberg N., Dohrenwend B. P. Secondary traumatization in Vietnam veterans' families. *J Trauma Stress*. 2016. Vol. 29, issue 4. P. 349–55. DOI: 10.1002/jts.22115.
9. Secondary traumatization and systemic traumatic stress / M. Klaric, A. Kvesic, V. Mandic [et al.] // *Psychiatr Danub*. 2013. Vol. 25, suppl. 1. P. 29–36.
10. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder / M. Klarić, T. Francisković, E. C. Obrdaj [et al.] // *Psychiatr Danub*. 2012. Vol. 24, issue 3. P. 280–286.

Відомості про автора:

РОСІНСЬКИЙ Гліб Сергійович – асистент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: barsedo@ukr.net

Сведения об авторе:

РОСИНСКИЙ Глеб Сергеевич – ассистент кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последиального образования, г. Харьков, Украина; e-mail: barsedo@ukr.net

About the Author:

ROSINSKYI Glib Sergiiyovich – assistant of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: barsedo@ukr.net

11. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder / T. Francisković, A. Stevanović, I. Jelusić [et al.] // *Croat Med J*. 2007. Vol. 48, issue 2. P. 177–184.
12. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М.: Академический Проект; Культура, 2009. 470 с.
13. Практикум по экспериментальной и практической психологии: Учеб. пособие / Л. И. Вансовская, В. К. Гайда, В. К. Гербачевский [и др.]. СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 1997. 312 с.
14. Кутова Н. В., Маркова М. В. Порівняльний аналіз особистісних властивостей пацієнтів з хронічним панкреатитом різної етіології: обґрунтування диференціації психокорекційних підходів. *Медична психологія*. 2015. Т. 10, № 2 (38). С. 37–41.

References

1. Etcetera. (2018, Jan 15). *Simeyni problemy: v Ukraini zrostaie kilkist rozluchen ta materiv-odynachok* [Family problems: the number of divorces and single mothers is increasing in Ukraine]. Retrieved from <https://uk.etcetera.media/simeyni-problemi-v-ukrayini-zrostaie-kilkist-rozluchen-ta-materiv-odinachok.html> (access date 04.09.2018). (In Ukrainian).
2. Fakty.cv.ua «Chernivtsi-Info». (2018, Apr 20). «Ne nazyvaite yikh ATOSHnykami»: psykholohiia uchasykiv boiovykh dii [«Do not call them ATOSHnikami»: the psychology of combatants]. Retrieved from <http://fakty.cv.ua/2018/04/ne-nazyvaite-ikh-atoshnykami-psykholohiia-uchasnykiv-boiovykh-dii> (access date 04.09.2018). (In Ukrainian).
3. Life after ATO. (2018, March 22). *Hrupy samodopomohy dla druzhyn ta materiv uchasykiv ATO (pryntsyup «Rivnyi – rivnomu»)*. Pidsumky po roboti proektu «Druzhyny Ukrainy» [Self-help groups for the wives and mothers of ATO participants (the principle of «Equal to equal»). Results of the project «Wives of Ukraine»]. Retrieved from <http://life-after-ato.com.ua/post/467> (access date 04.09.2018). (In Ukrainian).
4. Markova, M. V., & Rosinskyi, G. S. (2018). Porushennia zdorov'ia sim'i demobilizovanykh viiskovosluzhbovtiv-uchasnykiv ATO: psykhopatolohichni, psykholohichni, psykhosotsialnyi i simeyni vymiry problemy [Deterioration of the health of families of demobilized soldiers participating in the ATO: psychopathological, psychological, psychosocial and family dimensions of the problem]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 26, issue 1 (94), pp. 78–82. (In Ukrainian).
5. Peraica, T., Vidović, A., Petrović, Z. K., & Kozarić-Kovačić, D. (2014). Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with posttraumatic stress disorder. *Health Qual Life Outcomes*, vol. 12, p. 136. DOI: 10.1186/s12955-014-0136-x.
6. Klarić, M., Francisković, T., Pernar, M., Nembić Moro, I., Miličević, R., Cerni Obrdaj, E., & Salcin Satirano, A. (2010). Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Coll Antropol*, vol. 34, suppl. 1, pp. 15–21.
7. Dekel, R., Levinstein, Y., Siegel, A., Fridkin, S., & Svetlitzky, V. (2016). Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity. *J Fam Psychol*, vol. 30, issue 1, pp. 63–71. DOI: 10.1037/fam0000163.
8. Yager, T. J., Gerszberg, N., & Dohrenwend, B. P. (2016). Secondary traumatization in Vietnam veterans' families. *J Trauma Stress*, vol. 29, issue 4, pp. 349–55. DOI: 10.1002/jts.22115.
9. Klaric, M., Kvesic, A., Mandic, V., Petrov, B., & Franciskovic, T. (2013). Secondary traumatization and systemic traumatic stress. *Psychiatr Danub*, vol. 25, suppl. 1, pp. 29–36.
10. Klarić, M., Francisković, T., Obrdaj, E. C., Petrić, D., Britvić, D., & Zovko, N. (2012). Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Danub*, vol. 24, issue 3, pp. 280–286.
11. Francisković, T., Stevanović, A., Jelusić, I., Roganović, B., Klarić, M., & Grković, J. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat Med J*, vol. 48, issue 2, pp. 177–184.
12. Domoratskii, V. A. (2009). *Meditsinskaia seksologiya i psikhoterapiia seksualnykh rasstroistv* [Medical sexology and psychotherapy of sexual disorders.]. Moscow: Akademicheskii Proekt, Kultura, 470 p. (In Russian).
13. Vansovskaia, L. I., Gaida, V. K., & Gerbachevskii, V. K. (1997). *Praktikum po eksperimentalnoi i prakticheskoi psikhologii* [Workshop on experimental and practical psychology]. Saint Petersburg: Izdatelstvo S.-Peterburgskogo universiteta, 312 p. (In Russian).
14. Kutova, N. V., & Markova, M. V. (2015). Porivnialnyi analiz osobystisnykh vlastyvostei patsientiv z khronichnym pankreatytom riznoi etiologii: obgruntuvannia dyferentsiatsii psykhhokorektsiinykh pidkhodiv [Personality features of patients with chronic pancreatitis of biliary and alcoholic origin: differentiation of psychocorrection approaches]. *Medychna psykholohiia – Medical psychology*, vol. 10, no. 2 (38), pp. 37–41. (In Ukrainian).

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.22: 612.035:559.9.018

Г. М. Кожина*, І. Ф. Терьошина, К. О. Зеленська

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ РІВНЯ ЦИТОКІНІВ З ПРОЗАПАЛЬНОЮ АКТИВНІСТЮ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. За даними ВООЗ, на шизофренію страждають 45 млн осіб в усьому світі, при цьому щорічно реєструється 4,5 млн нових випадків. Захворюваність на шизофренію має неухильну тенденцію до постійного зростання, а також характеризується формуванням у таких хворих резистентних форм. Питання детального вивчення патогенезу параноїдної шизофренії з метою розробки ефективних схем лікування є досить актуальним завданням. Останні дослідження показали істотний вплив нейроімунних механізмів в патогенезі шизофренії, зокрема, рівня цитокінів при даному захворюванні.

Мета – вивчити концентрації цитокінів з прозапальною активністю (IL-1 β , TNF α) та цитокінів з протизапальними властивостями (IL-4, IL-10) у осіб з різними типами перебігу параноїдної шизофренії.

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено клініко-психопатологічне та імунологічне обстеження 98 хворих на параноїдну шизофренію у віці 31,5 $\pm$ 8,5 років (від 21 до 60 років) обох статей (55 (56,1 %) жінок та 43 (43,9 %) чоловіки).

Результати. У 30 (30,6 %) хворих була діагнована параноїдна шизофренія (F20.00), у 34 (34,7 %) хворих – (F20.01), у 34 (34,7 %) хворих – (F20.02). У ході імунологічного дослідження було встановлено підвищення концентрації в сироватці крові рівня всіх цитокінів, що вивчалися, особливо прозапальних.

Висновки. Максимальні зрушення вивчених прозапальних і протизапальних цитокінів спостерігалися при безперервно-прогресивному перебігу параноїдного процесу, а мінімальні зміни – при епізодичному перебігу зі стабільним дефектом, що робить патогенетично обґрунтованою та доцільною подальшу розробку нових методів імунорегулюючої терапії в комплексному лікуванні параноїдної шизофренії.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, цитокіни, патогенез.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ С ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

А. Н. Кожина*, И. Ф. Терешина, К. А. Зеленская

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность. По данным ВОЗ, шизофренией страдают 45 млн человек во всем мире, при этом ежегодно регистрируется 4,5 млн новых случаев. Заболеваемость шизофренией имеет неуклонную тенденцию к постоянному росту, а также характеризуется формированием у таких больных резистентных форм. Вопрос детального изучения патогенеза параноидной шизофрении с целью разработки эффективных схем лечения является весьма актуальной задачей. Последние исследования показали существенное влияние нейроиммунных механизмов в патогенезе шизофрении, в частности, уровня цитокинов при данном заболевании.

Цель – изучить концентрации цитокинов с провоспалительной активностью (IL-1 β , TNF α) и цитокинов с противовоспалительными свойствами (IL-4, IL-10) у лиц с различными типами течения параноидной шизофрении.

Материалы и методы. С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено клинико-психопатологическое и иммунологическое обследование 98 больных параноидной шизофренией в возрасте 31,5 $\pm$ 8,5 лет (от 21 до 60 лет) обоего пола (55 (56,1 %) женщин и 43 (43,9 %) мужчины).

Результаты. У 30 (30,6 %) больных была диагностирована параноидная шизофрения (F20.00), у 34 (34,7 %) больных – (F20.01), у 34 (34,7 %) больных – (F20.02). В ходе иммунологического исследования было установлено повышение концентрации в сыворотке крови уровня всех изучаемых цитокинов, особенно провоспалительных.

Выводы. Максимальные сдвиги изученных провоспалительных и противовоспалительных цитокинов наблюдались при непрерывно-прогрессирующем течении параноидного процесса, а минимальные изменения – при эпизодическом течении со стабильным дефектом, что делает патогенетически обоснованной и целесообразной дальнейшую разработку новых методов иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении параноидной шизофрении.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, цитокины, патогенез.

CHANGES IN THE LEVEL OF PROINFLAMMATORY CYTOKINES (IL-1 β , TNF α) AND ANTI-INFLAMMATORY CYTOKINES (IL-4, IL-10) IN DIFFERENT TYPES OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

H. M. Kozhyna*, I. F. Tereshina, K. O. Zelenska

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. According to WHO, 45 million people worldwide suffer from schizophrenia. 4.5 million new cases are registered annually. The incidence of schizophrenia has a steady tendency to constant growth, and is also characterized by the formation of resistant forms. The question of a detailed study of the pathogenesis of paranoid schizophrenia in order to develop effective treatment regimens is a very urgent task. Recent studies have shown a significant effect of neuroimmune mechanisms in the pathogenesis of schizophrenia, in particular, the level of cytokines in this disease.

Objective – to study the concentrations of cytokines with proinflammatory activity (IL-1 β , TNF α) and cytokines with anti-inflammatory properties (IL-4, IL-10) in individuals with different types of paranoid schizophrenia.

Materials and methods. Following the principles of bioethics and deontology, we conducted a clinical-psychopathological and immunological examination of 98 paranoid schizophrenic patients aged 31.5 $\pm$ 8.5 years (from 21 to 60 years) of both sexes (55 (56.1 %) women and 43 (43.9 %) men).

Results. 30 (30.6 %) patients were diagnosed with paranoid schizophrenia (F20.00), 34 (34.7 %) patients (F20.01), 34 (34.7 %) patients (F20.02). During the immunological study, an increase in the serum concentration level of all studied cytokines, especially proinflammatory, was established.

Conclusions. The maximum shifts of the studied proinflammatory and anti-inflammatory cytokines were observed in patients with continuously progressive type of schizophrenia. Minimal changes were observed during the episodic course of schizophrenia with a stable defect. The revealed patterns make pathogenetically substantiated and expedient the further development of new methods of immunocorrective therapy in the complex treatment of paranoid schizophrenia.

Keywords: paranoid schizophrenia, cytokines, pathogenesis.

For citation: Kozhyna H. M., Tereshina I. F., Zelenska K. O. Changes in the level of proinflammatory cytokines (IL-1 β , TNF α) and anti-inflammatory cytokines (IL-4, IL-10) in different types of paranoid schizophrenia. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(4): 193–196. (In Ukr.)

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): amkozhyyna888@gmail.com

Received / Поступила: 29.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 26.11.2018

Актуальність. За даними ВООЗ, на шизофренію хворіють 45 млн осіб в усьому світі, при цьому щороку реєструється 4,5 млн нових випадків. Шизофренія посідає одне з провідних місць серед причин, що обумовлюють інвалідність: більше 60 % пацієнтів з шизофренією працездатного віку стають інвалідами [1–3]. Згідно з даними сучасних статистичних досліджень, захворюваність на такий психічний розлад як параноїдна шизофренія має неухильну тенденцію до постійного підвищення, а також формуванням у таких хворих резистентних форм [4, 5].

Тому питання детального вивчення патогенезу параноїдної шизофренії з метою розробки ефективних схем лікування є досить актуальним завданням. За останні роки вченими було встановлено істотне значення нейроімунних механізмів у патогенезі шизофренії, зокрема рівня цитокінів при цьому захворюванні [5–10].

Але до сьогодні остаточно не з'ясовані питання, що стосуються вивчення рівня цитокінів з про- та проти-запальною активністю в осіб із різними типами перебігу параноїдної шизофренії, що визначає актуальність нашого дослідження.

Мета роботи – вивчення концентрації цитокінів з прозапальною активністю (IL-1 β , TNF α) та цитокінів з протизапальними властивостями (IL-4, IL-10) у осіб з різними типами перебігу параноїдної шизофренії.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено клініко-психопатологічне та імунологічне обстеження 98 хворих на параноїдну шизофренію у віці 31,5 $\pm$ 8,5 років обох статей (55 (56,1 %) жінок та 43 (43,9 %) чоловіків). У 30,6 % хворих був діагностований безперервно-прогресивний тип перебігу, у 34,7 % – епізодичний перебіг із наростаючим дефектом, у 34,7 % – епізодичний перебіг зі стабільним дефектом.

Спеціальне імунологічне дослідження включало вивчення концентрації про- та протизапальних цитокінів (IL-1 β , TNF α , IL-4, IL-10) у сироватці крові методом твердофазного ІФА на аналізаторі «MULTISKAN ASCENT» виробництва «LABSYSTEMS» (Фінляндія).

Статистична обробка отриманих результатів була проведена з використанням ліцензійної програми IBM SPSS Statistics 20 із застосуванням методів варіаційної статистики, визначенням середніх величин (M), середньої похибки (m). Імовірність змін варіацій у разі нормального розподілу у вибірках визначали за парним критерієм Стьюдента, ймовірною вважали різницю показників при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження, негативна симптоматика у клінічній

картині параноїдної форми шизофренії була представлена аутичною поведінкою, зниженням енергетичного потенціалу, емоційною дефіцитарністю, явищами «дрейфу».

Аутистичні порушення виявлено у 79 (80,6 %) пацієнтів, у 52 (53,1%) хворих спостерігалася емоційна дефіцитарність, яка характеризувалася поступовою втратою яскравості емоцій, зменшенням їх різноманітності, виникненням парадоксальних емоційних реакцій. Емоційні реакції стають мізерними, як правило, на ранніх етапах захворювання і поступово неухильно прогресують. У 41 (41,8 %) хворого спостерігалася втрата інтересу до життя, байдужість, бездіяльність відзначалася пацієнтом і визначалася нами як редукція енергетичного потенціалу. У 36 (36,7 %) обстежених виявлені так звані явища «дрейфу», які проявлялися апатією, пасивністю хворого, пасивним підпорядкуванням стороннім людям, які займали лідируючі позиції у суспільстві, можливим зловживанням алкоголем та наркотиками, за відсутності до цього жодного потягу.

Позитивна психопатологічна симптоматика включала в себе розлади мислення, астеничні, психопатоподібні, афективні розлади, галюцинаторно-маячний та кататонічний симптомокомплекс.

Розлади мислення були у 45 (45,9 %) пацієнтів і стосувалися різних його сторін – змісту думок, швидкості і плинності утворення думок; відсутності реальності мислення. Астеничні розлади проявлялися у 33 (33,7 %) осіб і характеризувалися постійною втомою, підвищеною стомлюваністю, ослабленням або навіть втратою здатності пацієнта до тривалого фізичного та інтелектуального напруження. Також у цих пацієнтів була виражена афективна лабільність, переважно зі зниженням настрою та слізливістю, дратівливістю та гіперестезією.

Афективні розлади відмічалися у 47 (48,0 %) хворих; у 32 (68,1 %) хворих вони проявлялися депресивністю (пригніченим настроєм, інтелектуальним і моторним гальмуванням), у 15 (31,9 %) – маніакальною симптоматикою (підвищений настрій, прискорення асоціативних процесів, рухова занепокоєність, немотивований приплив сил та енергії). Галюцинаторні розлади виявлені у 49 (50,0 %) хворих, вони характеризувалися впливом інтенсивних зорових, слухових або тактильних галюцинацій, з яких найтипівішими були слухові. У 76 (77,6 %) обстежених був маячний синдром, що проявлявся систематизованим інтерпретивним маяченням. Кататонічний синдром діагностували у 4 (4,1 %) пацієнтів, він характеризувався як стан, при якому порушення рухів мали домінуючий характер.

У ході імунологічного дослідження було проаналізовано вміст у крові хворих на параноїдну шизофренію цитокінів з прозапальною активністю (IL-1 β , TNF α)

Таблиця 1. Показники цитокінів з прозапальною активністю у хворих на параноїдну шизофренію (M±m)

Показник ЦПК	Норма	F20.00 (n=30)	F20.01 (n=34)	F20.02 (n=34)
IL-1b, пг/мл	19,3±1,0	71,2±1,6***	55,4±1,5***	48,9±1,4***
TNFα, пг/мл	56,4±1,8	169,2±2,9***	141,6±2,4***	127,2±2,6***
IL-4, пг/мл	45,4±1,4	69,0±1,8***	62,8±1,6**	54,1±1,4*
IL-10, пг/мл	1,3±0,05	1,91±0,05**	1,74±0,04*	1,51±0,03*

Примітка. Достовірність різниці показників порівняно з нормою: * – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$.

та цитокінів з протизапальними властивостями (IL-4, IL-10) (табл. 1).

Як видно з наведених даних, до початку загальноприйнятого лікування в хворих з безперервно-прогресивним типом перебігу параноїдної шизофренії концентрація IL-1b у сироватці крові підвищувалася в середньому в 3,7 раза, порівняно з відповідним показником норми (19,3±1,0) пг/мл і дорівнювала в середньому (71,2±1,6) пг/мл ($P < 0,001$).

У хворих з епізодичним перебігом з наростаючим дефектом параноїдної шизофренії до початку терапії концентрація IL-1b була підвищена дещо менше і складала, в середньому, (55,4±1,5) пг/мл, що в 3,11 раза вище норми ($P < 0,001$). У пацієнтів з епізодичним перебігом зі стабільним дефектом параноїдної шизофренії в цей період дослідження концентрація IL-1b дорівнювала в середньому (48,9±1,4) пг/мл, що в 2,5 раза більше норми ($P < 0,001$).

Концентрація прозапального цитокіну TNFα становила в середньому (169,2±2,9) пг/мл у групі хворих з безперервно-прогресивним типом перебігу параноїдної шизофренії, що було вище норми в 3,0 рази ($P < 0,001$). У групі пацієнтів з епізодичним перебігом із наростаючим дефектом концентрація TNFα дорівнювала в середньому (141,6±2,4) пг/мл, що перевищувало норму в 2,5 раза ($P < 0,001$). У хворих на параноїдну шизофренію з епізодичним перебігом зі стабільним дефектом концентрація TNFα дорівнювала в середньому (127,2±2,6) пг/мл, що в 2,3 раза вище норми ($P < 0,001$).

Концентрація IL-4 у групі хворих із безперервно-прогресивним типом перебігу шизофренії збільшувалася в середньому в 1,5 раза відносно норми (45,4±1,4) пг/мл, що становило в середньому (69,0±1,8) пг/мл ($P < 0,001$), у групі хворих з епізодичним перебігом з наростаючим дефектом параноїдної шизофренії – в 1,4 раза ($P < 0,01$) і дорівнювала в середньому (62,8±1,6) пг/мл, у групі хворих з епізодичним перебігом зі стабільним дефектом – в 1,2 раза ($P < 0,05$) і досягала в середньому (54,1±1,4) пг/мл. Концентрація IL-10 у хворих із безперервно-прогресивним типом перебігу шизофренії збільшувалася також у середньому в 1,46 раза і дорівнювала (1,91±0,05) пг/мл ($P < 0,01$). При епізодичному перебігу з наростаючим дефектом параноїдної шизофренії концентрація IL-10 була збільшена в 1,3 раза і становила в середньому (1,74±0,04) пг/мл ($P < 0,05$). При епізодичному перебігу зі стабільним дефектом концентрація IL-10 дорівнювала в середньому (1,51±0,03) пг/мл, що в 1,2 раза вище норми ($P < 0,05$).

Висновки

Максимальні зрушення вивчених прозапальних і протизапальних цитокінів спостерігалися при безперервно-прогресивному перебігу параноїдного процесу, а мінімальні зміни – при епізодичному перебігу зі стабільним дефектом, що робить патогенетично обґрунтованою та доцільною подальшу розробку нових методів імунорегулюючої терапії в комплексному лікуванні параноїдної шизофренії.

Список використаної літератури

1. Torrey E. Fuller Surviving: a manual for families, consumers, and providers (5th ed.). New York: Collins, 2006. 546 p.
2. Health-related quality of life in people living with psychotic illness and factors associated with its variation / A. Neil, V. Carr, A. Mackinnon [et al.] // Value Health. 2018. Vol. 21, issue 8. P. 1002–1009. DOI: 10.1016/j.jval.2018.02.012.
3. Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016 / F. J. Charlson, A. J. Ferrari, D. F. Santomauro [et al.] // Schizophrenia Bull. 2018. Vol. 44, issue 6. P. 1195–1203. DOI: 10.1093/schbul/sby058.
4. Lysaker P. H., Buck, K. D. Is Recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications. *Primary Psychiatry*. 2018. Vol. 15, issue 6. P. 60–65.
5. Рачкаускас Г. С. Параноидная шизофрения: клинично-патогенетическая характеристика и лечение на современном этапе. Харьков, Луганск: Элтон, 2004. 432 с.
6. Müller N. Immunology of schizophrenia. *Neuroimmunomodulation*. 2014. Vol. 21, no. 2–3. P. 109–116. DOI: 10.1159/000356538.
7. Rubesa G., Gudelj L., Makovac D. Immunological characteristics of schizophrenia. *Psychiatr Danub*. 2018. Vol. 30, suppl. 4. P. 180–187.
8. Na K., Jung H. Y., Kim Y. K. The role of pro-inflammatory cytokines in the neuroinflammation and neurogenesis of schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014. Vol. 48. P. 277–286. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2012.10.022.
9. Fineberg A. M., Ellman L. M. Inflammatory cytokines and neurological and neurocognitive alterations in the course of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2013. Vol. 73, issue 10. P. 951–966. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.01.001.
10. Serum cytokine profile in schizophrenic patients / M. M. Eftekharian, M. D. Omrani, S. Arsang-Jang [et al.] // Hum Antibodies. 2019. Vol. 27, issue 1. P. 23–29. DOI: 10.3233/HAB-180344.
11. Networks of blood proteins in the neuroimmunology of schizophrenia / C. D. Jeffries, D. O. Perkins, M. Fournier [et al.] // Translational Psychiatry. 2018. Vol. 112, issue 8. P. 112. DOI: 10.1038/s41398-018-0158-y.

References

1. Torrey, E. Fuller (2006). *Surviving: a manual for families, consumers, and providers*. (5th ed.). New York: Collins, 546 p.
2. Neil, A., Carr, V., Mackinnon, A., Foley, D., & Morgan, V. (2018). Health-related quality of life in people living with psychotic illness and factors associated with its variation. *Value Health*, vol. 21, issue 8, pp. 1002–1009. DOI: 10.1016/j.jval.2018.02.012.
3. Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott J. G., ... Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bull.*, vol. 44, issue 6, pp. 1195–1203. DOI: 10.1093/schbul/sby058.
4. Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2008). Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications. *Primary Psychiatry*, vol. 15, issue 6, pp. 60–65.
5. Rachkauskas, G. S. (2004). *Paranoidea shizofrenia kliniko-patogeneticheskaia kharakteristika i lechenie na sovremennom etape* [Paranoid schizophrenia: clinical and pathogenetic characteristics and treatment at the present stage]. Kharkov, Lugansk: Elton, 432 p. (In Russian).
6. Müller, N. (2014). Immunology of schizophrenia. *Neuroimmunomodulation*. Vol. 21, no. 2–3. P. 109–116. DOI: 10.1159/000356538.
7. Rubesa, G., Gudelj, L., & Makovac, D. (2018). Immunological characteristics of schizophrenia. *Psychiatr Danub.*, vol. 30, suppl. 4, pp. 180–187.
8. Na, K., Jung, H. Y., Kim, Y. K. (2014). The role of pro-inflammatory cytokines in the neuroinflammation and neurogenesis of schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, vol. 48, pp. 277–286. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2012.10.022.
9. Fineberg, A. M., & Ellman, L. M. (2013). Inflammatory cytokines and neurological and neurocognitive alterations in the course of schizophrenia. *Biol Psychiatry*, vol. 73, issue 10, pp. 951–966. DOI: 10.1016/j.biopsych.2013.01.001.
10. Eftekharian, M. M., Omrani, M. D., Arsang-Jang, S., Taheri, M., & Ghafouri-Fard, S. (2019). Serum cytokine profile in schizophrenic patients. *Hum Antibodies*, vol. 27, issue 1, pp. 23–29. DOI: 10.3233/HAB-180344.
11. Jeffries, C. D., Perkins, D. O., Fournier, M., Do, K. Q., Cuenod, M., Khadimallah, I., ... Woods, S. W. (2018). Networks of blood proteins in the neuroimmunology of schizophrenia. *Translational Psychiatry*, vol. 112, issue 8, pp. 112. DOI: 10.1038/s41398-018-0158-y.

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна – д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

ТЕРЬОШИНА Ірина Федорівна – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна – канд. мед. наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

Сведения об авторах:

КОЖИНА Анна Михайловна – д-р. мед. наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьков-ского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

ТЕРЁШИНА Ирина Федоровна – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского нацио-нального медицинского университета, г. Харьков, Украина

ЗЕЛЕНСКАЯ Екатерина Алексеевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьков-ского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

About the Authors:

KOZHYNA Hanna Mykhailivna – MD, PhD, Profes-
sor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology
and Medical Psychology of Kharkiv National Medical
University, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

TERESHINA Irina Fedorivna – MD, PhD, docent,
associate professor, Department of Psychiatry,
Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National
Medical University, Kharkiv, Ukraine

ZELENSKA Kateryna Oleksiivna – MD, PhD, as-
sistant professor of psychiatry, narcology and medical
psychology of Kharkiv National Medical University,
Kharkiv, Ukraine

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.895.8:616.379-008.64-06:616.1/.4

Є. В. Опря*, М. М. Пустовойт

ОСОБЛИВОСТІ УСВІДОМЛЕННЯ ПСИХІЧНОЇ ТА СОМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність. Наявність тісного взаємозв'язку між психічними та соматичними захворюваннями, їх негативний взаємовплив та тяжкі наслідки, що пов'язані зі значними ускладненнями обох варіантів патології, формуванням складно курабельних форм розладів та зростанням рівня передчасної смертності, обумовлюють актуальність досліджень у цьому напрямку.

Мета – дослідити особливості самооцінки, сприйняття та усвідомлення психічної та соматичної хвороби в свідомості хворих на шизофренію, поєднану з цукровим діабетом.

Матеріали та методи. Використано експериментально-діагностичний метод дослідження (модифікований варіант методики Дембо–Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного й фізичного здоров'я; Короткий опитувальник сприйняття хвороби (KOCX, BIPQ) в адаптації Ялтонського В. М. та адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder).

У дослідження було залучено 92 хворих на шизофренію (F20), з яких основну групу дослідження склали 42 хворих на шизофренію з діагнозом цукровий діабет 2-го типу, контрольну – 50 хворих на шизофренію без хронічної соматичної патології.

Результати. Встановлено, що хворі на шизофренію, поєднану з цукровим діабетом, значно нижче оцінювали стан свого здоров'я загалом, сприймали себе як більш хворих фізично, ніж психічно, при цьому сприймали власне психічне захворювання емоційніше, як більш загрозливе та менш особистісно контрольоване, порівняно з соматичним, а також характеризувались частковим збереженням критичності відносно психічного захворювання.

Висновки. Оскільки особливості свідомості хвороби обумовлюють поведінку хворого в процесі лікування, його комплаєнтність та результати терапії, отримані результати дослідження доводять необхідність розробки та проведення цільових програм психоосвітньої та психотерапевтичної роботи з хворими на шизофренію, що поєднана з цукровим діабетом, щодо усвідомлення та сприйняття психічного та соматичного розладів при їх поєднаному існуванні.

Ключові слова: шизофренія, цукровий діабет 2-го типу, самооцінка стану здоров'я, сприйняття хвороби, інсайт.

ОСОБЕННОСТИ ОСОЗНАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Е. В. Опря*, М. М. Пустовойт

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Актуальность. Наличие тесной взаимосвязи между психическими и соматическими заболеваниями, их негативное взаимовлияние и тяжелые последствия, связанные со значительными осложнениями обоих вариантов патологии, формированием сложнокурабельных форм расстройств и ростом уровня преждевременной смертности, обуславливают актуальность исследований в этом направлении.

Цель – исследовать особенности самооценки, восприятия и осознания психической и соматической болезни в сознании больных шизофренией, сочетанной с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Использован экспериментально-диагностический метод исследования (модифицированный вариант методики Дембо–Рубинштейн для определения особенностей самооценки общего состояния здоровья и отдельно психического и физического здоровья; Краткий опросник восприятия болезни (KOBВ, BIPQ) в адаптации Ялтонского В. М. и адаптированный вариант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder).

В исследование было вовлечено 92 больных шизофренией (F20), из которых основную группу исследования составили 42 больных шизофренией с диагнозом сахарный диабет 2-го типа, контрольную – 50 больных шизофренией без хронической соматической патологии.

Результаты. Установлено, что больные шизофренией с сахарным диабетом значительно ниже оценивали состояние своего здоровья в целом, воспринимали себя как более больных физически, чем психически, при этом воспринимали собственное психическое заболевание более эмоционально, как более угрожающее и менее личностно контролируемое, по сравнению с соматическим, а также характеризовались частичным сохранением критичности относительно психического заболевания.

Выводы. Поскольку особенности сознания болезни обуславливают поведение больного в процессе лечения, его комплаентность и результаты терапии, полученные результаты исследования доказывают необходимость разработки и проведения целевых программ психообразовательной и психотерапевтической работы с больными шизофренией, сочетанной с сахарным диабетом, по осознанию и восприятию психического и соматического расстройств при их совместном существовании.

Ключевые слова: шизофрения, сахарный диабет 2-го типа, самооценка состояния здоровья, восприятие болезни, инсайт.

PECULIARITIES OF THE CONSCIOUSNESS OF MENTAL AND SOMATIC DISEASES IN PATIENTS WITH DIABETES

Ye. V. Oprya*, M. M. Pustovoyt

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Background. The close relationship between mental and somatic diseases, their negative interaction and the serious consequences associated with significant complications of both pathology options, the formation of difficulty management forms of disorders and an increase in the level of premature mortality determine the relevance of research in this direction.

Objective – to explore the characteristics of self-esteem, perception and awareness of mental and somatic disease in the minds of schizophrenic patients with diabetes mellitus 2-nd type.

Materials and methods. We used an experimental and diagnostic research method (a modified version of the Dembo-Rubinstein methodology to determine the features of self-assessment of general health and mental and physical health separately; the Short Questionnaire of Disease Perception (Cowboys, BIPQ) in the adaptation of V. M. Yaltonsky and the adapted version of the SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder). We examined 92 patients with schizophrenia (F20), of which the main group of the study consisted of 42 patients with schizophrenia diagnosed with type 2 diabetes, the control group – 50 patients with schizophrenia without chronic somatic pathology.

Results. It has been established that patients with schizophrenia and diabetes mellitus 2 type had significantly lower their overall health status, assessed themselves as more physically sick than mentally, but aware the mental illness itself more emotionally, as more threatening and less personality controlled than somatic, and characterized by partial critics toward mental illness.

Conclusions. It was revealed that the peculiarities of the disease's consciousness determines the patient's behavior in the process of treatment, his compliance and the results of therapy, the results of the study prove the need to develop and conduct targeted psycho-social and psychotherapeutic work programs for patients with schizophrenia, combined with diabetes mellitus for understanding and perception of mental and somatic disorders in their co-existence.

Keywords: schizophrenia, diabetes mellitus type 2, self-assessment of the state of health, perception of the disease, insight.

For citation: Oprya Ye. V., Pustovoyt M. M. Peculiarities of the consciousness of mental and somatic diseases in patients with diabetes. *Arkhiv Psykhiatrii*, 2018, 24(4): 197–201.

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): yoprya@yahoo.com

Received / Поступила: 23.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 16.11.2018

Актуальність. Проблема психосоматичної коморбідності є одним із пріоритетних та надскладних питань сучасної системи охорони здоров'я [1, 2]. Наявність тісного взаємозв'язку між психічними та соматичними захворюваннями, їх негативний взаємовплив та тяжкі наслідки, що пов'язані зі значними ускладненнями обох варіантів патології, формуванням складнокурабельних форм розладів та зростанням рівня передчасної смертності, обумовлюють актуальність досліджень у цьому напрямку [2, 3].

Шизофренія є одним з найпоширеніших психічних розладів, що часто поєднується з соматичною патологією, яку виявляють майже у кожного другого хворого на шизофренію [4, 5]. Однак діагностика та лікування поєднаних психосоматичних станів у хворих на шизофренію особливо ускладнені за рахунок нівелювання симптомів соматичних розладів психопатологічною симптоматикою, зниження або викривлення тілесної перцепції, а також специфіки порушень сприйняття та свідомості. Порушення усвідомлення хвороби є одним з патогномонічних критеріїв при діагностиці шизофренії. Згідно з даними статистики, від 30 до 97 % хворих на шизофренію не усвідомлюють наявності у себе психічної хвороби, що значно ускладнює лікування та негативно позначається на його ефективності [6]. У випадку поєднання шизофренії з хронічним соматичним захворюванням актуальним стає питання усвідомлення та сприйняття не тільки психічної, а й соматичної хвороби, яке також часто виявляється патологічним. При цьому саме усвідомлення та сприйняття хвороби обумовлює поведінку хворого, його прихильність до терапії та, відповідно, ефективність лікування [7]. Однак у наявній літературі є обмаль даних щодо особливостей сприйняття хворими на шизофренію психічного та соматичного захворювань у разі їх поєднання, що й обумовило мету даної роботи.

Мета – дослідити особливості самооцінки, сприйняття та усвідомлення психічної та соматичної хвороби в свідомості хворих на шизофренію та цукровий діабет.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації мети дослідження використано наступні методики: модифікований варіант методики Дембо – Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного й фізичного здоров'я [8]; Короткий опитувальник сприйняття хвороби (KOCX, BIPQ) в адаптації Ялтонського В. М. [9] та адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) для оцінки рівня інсайту пси-

хічної хвороби [10]. При статистичній обробці отриманих даних застосовували методи описивної статистики та порівняльного аналізу (t-критерій Ст'юдента та точний метод Фішера).

У дослідженні брали участь 92 хворих на шизофренію (F20); основну групу дослідження склали 42 хворих на шизофренію з супутнім цукровим діабетом 2-го типу, контрольну – 50 хворих на шизофренію без хронічної соматичної патології.

Хворі, які взяли участь у дослідженні, відповідали загальним критеріям включення: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до критеріїв МКХ-10 тривалістю не менше 3 років; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнтів брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що постають відповідно до завдань дослідження; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. Загальними критеріями виключення слугували: наявність органічних захворювань ЦНС; виразних когнітивних та психопатологічних порушень, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій; відповідність стану критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

Критеріями включення в основну групу дослідження були наявність цукрового діабету 2-го типу тривалістю не менше 3 років без ожиріння (ІМТ<30). Критерієм включення хворих до контрольної групи дослідження була відсутність хронічних соматичних захворювань.

Сформовані групи дослідження за основними соціодемографічними показниками достовірно не відрізнялись. У обох групах хворих переважали жінки (61,9 % в основній групі та 52 % в групі контролю) віком від 30 до 50 років. Середній вік обстежених осіб основної групи складав 39,6 років, контрольної – 37,8 років.

Результати та їх обговорення

Оцінка стану власного здоров'я та визнання або, навпаки, невизнання себе хворим є однією з складових «свідомості хвороби». Для оцінки пацієнтами рівня власного психічного та соматичного здоров'я використовували модифікований варіант методики Дембо – Рубінштейн, що передбачав графічне відображення окремо трьох параметрів здоров'я: «загальний стан здоров'я», «стан психічного здоров'я» та «стан фізичного здоров'я», представлених дво-полюсними шкалами з означеною серединою. Нижній полюс шкал відображав найнижчі оцінки (самий хворий), а верхній полюс – найвищі оцінки (самий здоровий). Рівень самооцінки за кожною шкалою оцінювався в балах відповідно

до градації оцінок на шкалах у сантиметрах (в діапазоні від 0 до 10). Отримані дані графічно відображено на рисунку 1.



Умовні позначення: статистичні відмінності за групами порівняння позначено*

Рис. 1. Самооцінка стану власного здоров'я хворими на шизофренію за групами порівняння

Отримані результати свідчать, що хворі на шизофренію основної групи мали знижену самооцінку рівня свого здоров'я за всіма означеними параметрами, особливо за рівнем загального стану здоров'я ($4,16 \pm 0,26$), порівняно з групою контролю ($4,84 \pm 0,31$) ($p \leq 0,05$). При цьому хворі основної групи оцінювали загальний стан свого здоров'я нижче ($4,16 \pm 0,26$), ніж окремо стан фізичного ($4,22 \pm 0,27$) та психічного здоров'я ($4,85 \pm 0,33$), й вважали себе більше хворими фізично ($4,22 \pm 0,27$ балів), ніж психічно ($4,85 \pm 0,33$ балів). Зазначене свідчить про стабільно знижений фон настрою, песимізм хворих основної групи відносно стану власного здоров'я, що загострюється поєднанням фізичної та психічної патології, кожна з яких окремо оцінюється менш песимістично.

У хворих контрольної групи виявлено вищі показники рівня психічного здоров'я ($5,42 \pm 0,37$) при значно нижчих оцінках стану фізичного здоров'я ($4,56 \pm 0,28$) та загального стану здоров'я ($4,84 \pm 0,31$), тобто хворі контрольної групи також вважали себе більше хворими фізично, ніж психічно, і характеризувалися вищою оцінкою рівня загального стану здоров'я з тенденцією до соматизації психопатологічних проявів, незважаючи на реальну відсутність хронічних соматичних захворювань.

У рамках дослідження феномену свідомості хвороби також було проаналізовано особливості сприйняття психічної та соматичної хвороби у хворих на шизофренію за допомогою Короткого опитувальника сприйняття хвороби (КОСХ, VIPQ). Хворі обох дослідних груп оцінювали за даним опитувальником своє психічне захворювання, а хворі основної групи, окрім психічного, оцінювали також свою соматичну хворобу. Особливості сприйняття



Примітка. * – статистично достовірні відмінності за групами порівняння.

Рис. 2. Особливості сприйняття психічної хвороби хворими на шизофренію за групами порівняння

психічної хвороби хворими на шизофренію за групами порівняння відображено на рисунку 2.

Серед структурних особливостей сприйняття психічної хвороби у хворих основної групи відзначався більш високий рівень ідентифікації психічної хвороби ($6,53 \pm 0,32$) при її низькому особистісному контролі ($3,58 \pm 0,20$), порівняно з контрольною групою ($5,86 \pm 0,31$ та $4,50 \pm 0,25$, відповідно) ($p \leq 0,05$), тобто розпізнання симптомів власного психічного захворювання, свого діагнозу, при неможливості його контролювати. Отримані дані відображались на загальних показниках рівня загрози психічного захворювання, який у хворих основної групи виявився значно вищим ($0,44 \pm 0,13$), ніж у контрольній групі ($0,01 \pm 0,09$) ($p \leq 0,05$).

Структурні особливості сприйняття соматичної хвороби пацієнтами основної групи представлено на рисунку 3.

У сприйнятті соматичної хвороби пацієнтами основної групи відзначалось визнання її довготривалості ($7,23 \pm 0,43$), доволі високий рівень її ідентифікації ($6,88 \pm 0,39$) та занепокоєння її наявністю ($6,74 \pm 0,38$) при низькій можливості її особистісного контролю ($4,72 \pm 0,33$) та невисоких показниках її впливу на емоційний стан хворого.

За результатами співвідношення показників сприйняття психічної та соматичної хвороби у хворих основної групи (рис. 4) виявлено значно вищий рівень занепокоєння ($6,74 \pm 0,38$), визнання більшої довготривалості ($7,23 \pm 0,43$) та можливості особистісного контролю ($4,72 \pm 0,33$) соматичної хвороби, порівняно з психічною ($5,18 \pm 0,34$; $5,44 \pm 0,31$ та $3,58 \pm 0,20$, відповідно) ($p \leq 0,05$). При цьому психічна хвороба сприймалась значно емоційніше ($5,37 \pm 0,29$), ніж соматична ($4,70 \pm 0,30$) ($p \leq 0,05$).

Хворі основної групи сприймали психічне захворювання як більш загрозове ($0,44 \pm 0,13$), ніж соматичне ($0,12 \pm 0,09$).

Аналізуючи особливості свідомості хвороби у пацієнтів з шизофренією неможливо обійти категорію усвідомлення психічної хвороби, що в сучасній психіатрії представлена концепцією інсайту та передбачає формування адекватної оцінки власного хворобливого стану у відповідності з об'єктивними медико-соціальними висновками спеціалістів. Для оцінки рівня усвідомлення психічної хвороби, інсайту, у хворих на шизофренію досліджуваних груп було використано адаптований варіант методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder). Більшість обстежених в обох групах дослідження характеризувалась частковим усвідомленням психічної хвороби (61,91 %

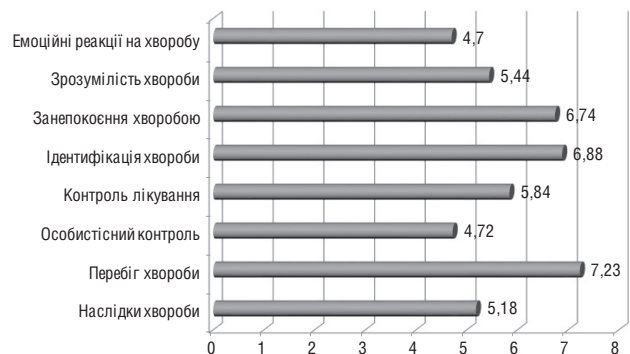


Рис. 3. Особливості сприйняття соматичної хвороби пацієнтами основної групи

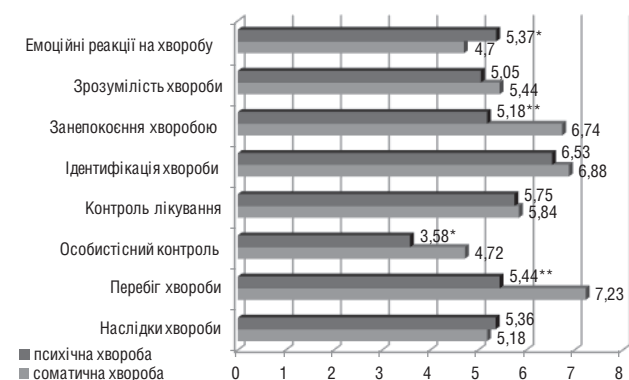


Рис. 4. Співвідношення сприйняття соматичної та психічної хвороби пацієнтами основної групи

у хворих основної групи та 60 % у хворих контрольної групи, без статистичних відмінностей за групами порівняння), тобто характеризувались переважною суперечливістю і несформованістю адекватної репрезентації зовнішньої картини хвороби, відсутністю чітких переконань відносно свого захворювання. Порухене усвідомлення, тобто перевернутий репрезентація об'єктивної реальності хвороби, відзначалось у 19,05 % хворих основної групи та у 24 % хворих контрольної групи, також без статистичних відмінностей за групами порівняння. Повне ж усвідомлення психічної хвороби (адекватна й стійка репрезентація зовнішньої картини хвороби, що повністю збігається з об'єктивною медико-соціальною реальністю захворювання) відзначалось у 19,05 % хворих основної та у 16 % хворих контрольної груп.

Детально структура інсайту обстежених хворих за групами порівняння представлена в таблиці 1.

Встановлено, що у хворих на шизофренію основної групи відзначався значно вищий рівень усвідомлення наявності психічного розладу за критеріями «усвідомлення» ($2,82 \pm 0,19$ балів) та «сприйняття навколишніх» ($2,73 \pm 0,22$ балів), порівняно з контрольною групою ($3,45 \pm 0,19$ та $3,37 \pm 0,17$ балів відповідно ($p \leq 0,05$)). Окрім того, хворі основної групи більше усвідомлювали факт сприйняття оточенням необхідності лікування їх психічного розладу ($2,46 \pm 0,21$), порівняно з контрольною групою ($3,18 \pm 0,24$) ($p \leq 0,05$). Тобто, хворі основної групи більше усвідомлювали наявність у себе психічного розладу, а також той факт, що навколишні помічають їх хворобу, вважають їх психічно хворими та визнають, що вони потребують лікування психічного розладу. При цьому в структурі інсайту найменш усвідомлюваними у хворих на шизофренію як основної так і контрольної груп були «визначення психічного розладу» та його назва.

Згідно з аналізом середніх показників за шкалами SUMD, у структурі інсайту хворих основної групи найвищий рівень спостерігався за шкалами «ефект медикаментів» ($2,32 \pm 0,18$) та «соціальні наслідки» ($2,47 \pm 0,20$), при цьому найнижчі показники інсайту були за шкалами «визначення психічного розладу» ($3,35 \pm 0,23$), «назва психічного розладу» ($3,40 \pm 0,20$) та «симптоми психічного розладу» ($3,03 \pm 0,22$). Тобто, хворі основної групи найбільше усвідомлювали ефект від медикаментів та соціальні наслідки психічного розладу, при цьому найменш коректно визначали психічний розлад, його назву та симптоми.

У структурі інсайту хворих контрольної групи також найбільше усвідомлюваними були соціальні наслідки хвороби

($2,48 \pm 0,22$) та ефект від медикаментів ($2,59 \pm 0,23$), при цьому найнижчим було усвідомлення визначення психічного розладу ($3,75 \pm 0,26$), назви ($3,64 \pm 0,22$), загалом його наявності ($3,46 \pm 0,22$) та симптомів ($3,27 \pm 0,20$). Тобто у хворих контрольної групи був нижчий рівень усвідомлення, визнання у себе наявності психічного розладу та низька здатність ототожнювати власні психопатологічні симптоми з реально наявним психічним захворюванням, часто визначаючи їх як прояви соматичного захворювання, а інколи й називаючи конкретними назвами соматичних недугів без їх реальної наявності. При цьому хворі на шизофренію обох груп не здатні були адекватно визначати власне психічне захворювання та його назву, досить часто пов'язуючи та ототожнюючи між собою соматичні та психопатологічні симптоми, визнаючи психопатологічну симптоматику наслідком соматичного захворювання або навпаки. Зазначене віддзеркалює проблему недостатньої обізнаності хворих відносно причин, механізмів та клінічних проявів свого психічного розладу та соматичної патології й потребує посилення психоосвітньої та психотерапевтичної роботи в цьому напрямку.

Висновки

У результаті проведеного дослідження виявлено, що хворі на шизофренію з цукровим діабетом харак-

Таблиця 1 Структура інсайту психічної хвороби у хворих на шизофренію за групами порівняння

Шкали інсайту (SUMD)	Критерій	Основна група, n=42	Контрольна група, n=50
		M±m	M±m
Наявність психічного розладу	Усвідомлення	$2,82 \pm 0,19^*$	$3,45 \pm 0,19$
	Розуміння причин	$3,20 \pm 0,24$	$3,56 \pm 0,27$
	Сприйняття навколишніх	$2,73 \pm 0,22^*$	$3,37 \pm 0,17$
	серед. бал за шкалою	$2,92 \pm 0,23$	$3,46 \pm 0,22$
Необхідність лікування	Усвідомлення	$2,76 \pm 0,19$	$2,82 \pm 0,21$
	Розуміння причин	$3,18 \pm 0,26$	$3,24 \pm 0,20$
	Сприйняття навколишніх	$2,46 \pm 0,21^*$	$3,18 \pm 0,24$
	серед. бал за шкалою	$2,8 \pm 0,23$	$3,08 \pm 0,23$
Ефект медикаментів	Усвідомлення	$2,30 \pm 0,19$	$2,54 \pm 0,23$
	Розуміння причин	$2,22 \pm 0,17$	$2,46 \pm 0,18$
	Сприйняття навколишніх	$2,44 \pm 0,25$	$2,78 \pm 0,20$
	серед. бал за шкалою	$2,32 \pm 0,18$	$2,59 \pm 0,23$
Соціальні наслідки	Усвідомлення	$2,12 \pm 0,17$	$2,35 \pm 0,21$
	Розуміння причин	$2,48 \pm 0,22$	$2,42 \pm 0,19$
	Сприйняття навколишніх	$2,82 \pm 0,21$	$2,68 \pm 0,23$
	серед. бал за шкалою	$2,47 \pm 0,20$	$2,48 \pm 0,22$
Симптоми психічного розладу	Усвідомлення	$3,24 \pm 0,25$	$3,45 \pm 0,25$
	Розуміння причин	$3,32 \pm 0,26$	$3,62 \pm 0,28$
	Сприйняття навколишніх	$2,52 \pm 0,20$	$2,74 \pm 0,23$
	серед. бал за шкалою	$3,03 \pm 0,22$	$3,27 \pm 0,20$
Назва психічного розладу		$3,40 \pm 0,20$	$3,64 \pm 0,22$
Визначення психічного розладу		$3,35 \pm 0,23$	$3,75 \pm 0,26$
Загальний рівень інсайту (середній бал за шкалою)		$2,79 \pm 0,23$	$3,06 \pm 0,24$

Примітки: 1. * – статистично значущі показники вірогідності – $p \leq 0,05$; 2. При інтерпретації слід враховувати інверсний характер отриманих балів.

теризувались: серед особливостей самооцінки стану здоров'я – низькою самооцінкою рівня власного здоров'я загалом внаслідок поєднання соматичного та психічного захворювань, кожне з яких окремо оцінювалося менш песимістично; серед особливостей сприйняття хвороби – сприйняттям соматичного захворювання як більш особистісно контрольованого, порівняно з психічним, яке сприймалося більш емоційно, як більш загрозове для життя та менш контрольоване; серед особливостей інсайту психічної хвороби – переважно частковим збереженням критичності щодо психічного розладу з усвідомленням факту його наявності та сприйняття оточуючими їх психічної хвороби й необхідності лікування. При цьому хворі на шизофренію обох груп не здатні були адекватно визначати власне психічне захворювання, досить часто пов'язуючи та ототожнюючи між собою симптоми соматичного та психічного захворювань, визнаючи психопатологічну симптоматику наслідком соматичного захворювання або навпаки.

Оскільки особливості усвідомлення хвороби обумовлюють поведінку хворого в процесі лікування, його комплаєнтність та результати терапії, отримані результати дослідження доводять необхідність розробки та проведення цільових програм психоосвітньої та психотерапевтичної роботи з хворими на шизофренію, що поєднана з цукровим діабетом, щодо усвідомлення та сприйняття психічного та соматичного розладів при їх поєднанні.

Список використаної літератури

1. Cohen A. Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями. Всемирная организация здравоохранения. 2017. 44 с. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/addressing-comorbidity-between-mental-disorders-and-major-noncommunicable-diseases-2017> (дата обращения: 02.10.2018).
2. Европейский план действий по охране психического здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan> (дата обращения: 02.10.2018).
3. Druss B. G., Walker E. R. Mental Disorders and medical comorbidity. *Synth Proj Res Synth Rep.* 2011. Issue 21. P. 1–26.
4. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia. *Digest of Psychiatry.* 2013. Vol. 42, issue 3. P. 51–55.
5. Castle D. J., Buckley P. F., Gaughran F. P. Physical Health and Schizophrenia. UK: Oxford University Press, 2017. 136 p.
6. Особенности внутренней картины болезни и лечения у больных параноидной шизофренией с коморбидной соматической патологией / Д. Г. Семинихин, А. М. Карпов, Ф. Г. Шигабутдинова [и др.] // Практическая медицина. 2013. № 1 (66). С. 182–184. Режим доступа: <http://pmarchive.ru/osobennosti-vnutrennej-kartiny-bolezni-i-lecheniya-u-bolnykh-paranoidnoj-shizofreniei-s-komorbidnoj-somaticheskoy-patologiej>

vnutrennej-kartiny-bolezni-i-lecheniya-u-bolnykh-paranoidnoj-shizofreniei-s-komorbidnoj-somaticheskoy-patologiej (дата обращения: 02.10.2018).

7. Keith J. P., Broadbent E., Kydd R. Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications. *Journal of Mental Health.* 2008. Vol. 17, issue 6. P. 559–564. DOI: 10.1080/09638230802523047.
8. Яньшин П. В. Клиническая психодиагностика личности // Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. СПб.: Речь, 2007. 320 с.
9. Ялтонский В. М., Ялтонская А. В., Сирота Н. А., Москвиченко Д. В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни. *Психологические исследования.* 2017. Т. 10, № 51. С. 1. Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html#e3> (дата обращения: 02.10.2018).
10. Абрамов В. А., Осокина О. И., Студзинский О. Г., Ушенін С. Г. Диагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії: методичні рекомендації. Київ, 2011. 29 с.

References

1. Cohen, A. (2017). *Reshenie problem komorbidnosti mezdu psihičeskimi rasstrojstvami i osnovnymi neinfekcionnymi zabolevanijami* [Addressing comorbidity between mental disorders and major noncommunicable diseases]. WHO, Copenhagen. Available at: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/addressing-comorbidity-between-mental-disorders-and-major-noncommunicable-diseases-2017> (access date: 02.10.2018). (In Russian).
2. WHO (2013). *Evropejskij plan dejstvij po ohrane psihičeskogo zdorov'ja* [The European Mental Health Action Plan]. WHO, Copenhagen. Available at: <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan> (access date: 02.10.2018). (In Russian).
3. Druss, B. G. & Walker, E. R. (2011). Mental Disorders and Medical Comorbidity. *Synth Proj Res Synth Rep.*, issue 21, pp. 1–26.
4. Tandon, R. (2013). Medical comorbidities of schizophrenia. *Digest of Psychiatry*, vol. 42, issue 3, pp. 51–55.
5. Castle, D. J., Buckley, P. F., & Gaughran, F. P. (2017). *Physical Health and Schizophrenia*. UK: Oxford University Press; Oxford, 136 p.
6. Semikhin, D. G., Karpov, A. M., Shigabutdinova, F. G., Kuchaeva, A. V., & Burashnikova, I. S. (2017). Osobennosti vnutrennej kartiny bolezni i lecheniya u bol'nykh paranoidnoj shizofreniei s komorbidnoj somaticheskoy patologiej [The peculiarities of the internal picture of the disease and treatment in patients with paranoid schizophrenia with concomitant somatic pathology]. *Prakticheskaya medicina – Practical medicine*, issue 1 (66), pp. 182–184. Available at: <http://pmarchive.ru/osobennosti-vnutrennej-kartiny-bolezni-i-lecheniya-u-bolnykh-paranoidnoj-shizofreniei-s-komorbidnoj-somaticheskoy-patologiej> (access date: 02.10.2018). (In Russian).
7. Keith, J. P., Broadbent, E., & Kydd, R. (2008). Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications. *Journal of Mental Health*, vol. 17, issue 6, pp. 559–564. DOI: 10.1080/09638230802523047.
8. Yanshin, P. V. (2007). *Klinicheskaya psihodiagnostika lichnosti* [Clinical psychodiagnostics of personality]. (2nd ed). St. Petersburg: Rech, 320 p. (In Russian).
9. Yaltonsky, V. M., Yaltonskaya, A. V., Sirota, N. A., & Moskvchenko, D. V. (2017). Psychometric properties of the Russian version of Brief Illness Perception Questionnaire. *Psikhologicheskie issledovaniya – Psychological research*, vol. 10, issue 51. Available at: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html#e3> (access date: 02.10.2018).
10. Abramov, V. A., Osokina, O. I., Studzinskij, O. G., & Ushenin, S. G. (2011). *Diahnostyka ta psykhoterapevtichna korektsiya porushennia usvidomlennia psykhichnoi khvoroby na rannikh stadiakh shyzofrenii (metodychni rekomendatsii)* [Diagnosis and psychotherapeutic correction of the violation of awareness of mental illness in the early stages of schizophrenia: methodical recommendations]. Kyiv, 29 p. (In Ukrainian).

Відомості про авторів:

ОПРЯ Євген Васильович – канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії та наркології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprya@yahoo.com
ПУСТОВОЙТ Михайло Михайлович – д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології, Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна; e-mail: pmm2109@gmail.com

Сведения об авторах:

ОПРЯ Евгений Васильевич – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса; Украина; e-mail: yoprya@yaho.oo.com
ПУСТОВОЙТ Михаил Михайлович – д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина; e-mail: pmm2109@gmail.com

About the Authors:

OPRYA Yevgen Vasylyovych – MD, PhD, Docent, chair of psychiatry and narcology, Odessa national medical university, Odessa, Ukraine; e-mail: yoprya@yahoo.com
PUSTOVOYT Mykhaylo Mykhaylovych – MD, PhD, Professor, chair of psychiatry and narcology, Odessa national medical university, Odessa, Ukraine; e-mail: pmm2109@gmail.com

Д. Р. Тахташова, Г. М. Кожина*, Г. Г. Кольцова
**ФЕНОМЕНОЛОГІЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ
У ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД**
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. На біполярний афективний розлад (БАР) страждає 0,3–1,5 % населення світу. Ризик скоєння суїциду при БАР у 20–30 разів перевищує середньопопуляційний та складає 20,0–37,7 %.

Мета – розробити систему психопрофілактики аутоагресивної поведінки у хворих на БАР на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей її формування.

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 117 пацієнтів обох статей із БАР з ознаками аутоагресивної поведінки (середній вік 40,5±5,5 років). Методи дослідження – клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. Аутоагресивна поведінка у пацієнтів з маніакальним епізодом БАР асоціювалася з переважанням гнівливої форми манії (47,4 %; $p<0,05$). У пацієнтів з депресивним епізодом БАР аутоагресивна поведінка формувалася при переважанні тужливого (37,8 %; $p<0,05$) та апато-адинамічного (22,2 %; $p<0,01$) варіантів депресії. У пацієнтів з аутоагресивною поведінкою в структурі мішаного епізоду БАР спостерігалось домінування поєднаних варіантів «гнівливої» манії (32,4 %; $p<0,05$) та тривожної депресії (35,3 %; $p<0,01$). Серед пацієнтів з маніакальним епізодом БАР виявлений низький ризик скоєння суїциду. У пацієнтів з депресивним епізодом БАР та зі змішаним епізодом БАР виявлено середньовисокий рівень суїцидального ризику. Для пацієнтів з БАР характерне домінування афективного варіанта суїцидальної поведінки (48,7 %). Істинний та демонстративний варіанти суїцидальної поведінки спостерігалися у 32,5 % та 18,8 % випадків відповідно.

Висновки. Вивчення патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки при різних фазах БАР показало, що основними чинниками суїцидогенезу є фрустрація певних життєвих потреб, яка, у поєднанні з високим рівнем інтернальності, обумовлює активність специфічних форм психологічного захисту, що є передумовою реалізації аутоагресії.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, депресивний епізод, маніакальний епізод, змішаний епізод, механізми суїцидогенезу, фрустрація, програма психопрофілактики.

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Д. Р. Тахташова, А. М. Кожина*, Г. Г. Кольцова
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность. Биполярным аффективным расстройством (БАР) страдает 0,3–1,5 % населения мира. Риск совершения суицида при БАР в 20–30 раз превышает среднепопуляционный и составляет 20,0–37,7 %.

Цель – разработать систему психопрофилактики аутоагессивного поведения у больных БАР на основании изучения клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей ее формирования.

Материалы и методы. С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 117 пациентов обоего пола с БАР с признаками аутоагессивного поведения (средний возраст 40,5±5,5 лет). Методы исследования – клинико-психопатологический, психодиагностические, статистический.

Результаты. Аутоагессивное поведение у пациентов с маниакальным эпизодом БАР ассоциировалось с преобладанием раздражительной формы мании (47,4 %; $p<0,05$). У пациентов с депрессивным эпизодом БАР аутоагессивное поведение формировалось при преобладании тоскливого (37,8 %; $p<0,05$) и апато-адинамического (22,2 %; $p<0,01$) вариантов депрессии. У пациентов с аутоагессивным поведением в структуре смешанного эпизода БАР наблюдалось доминирование объединенных вариантов «раздражительной» мании (32,4 %; $p<0,05$) и тревожной депрессии (35,3 %; $p<0,01$). Среди пациентов с маниакальным эпизодом БАР выявлен низкий риск совершения суицида. У пациентов с депрессивным эпизодом БАР и со смешанным эпизодом БАР обнаружен средневисокий уровень суицидального риска. Для пациентов с БАР характерно доминирование аффективного варианта суицидального поведения (48,7 %). Истинный и демонстративный варианты суицидального поведения наблюдались в 32,5 % и 18,8 % случаев соответственно.

Выводы. Изучение патопсихологических закономерностей формирования суицидального поведения при различных фазах БАР показало, что основным фактором суицидогенеза является фрустрация определенных жизненных потребностей, которая, в сочетании с высоким уровнем интральности, обуславливает активность специфических форм психологической защиты, что является предпосылкой реализации аутоагрессии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, маниакальный эпизод, смешанный эпизод, механизмы суицидогенеза, фрустрация, программа психопрофилактики.

PHENOMENOLOGY OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

D. R. Takhtashova, H. M. Kozhyna*, G. G. Kol'tsova
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. Bipolar affective disorder (BAR) affects 0.3–1.5 % of the world's population. The risk of committing suicide with BAR is 20–30 times higher than the average population one and is 20.0–37.7 %.

Objective – to develop a system of psychoprophylaxis of auto-aggressive behavior in patients with BAR on the basis of studying the clinical, psychopathological and pathopsychological patterns of its formation.

Materials and methods. Complying with the principles of bioethics and deontology, a comprehensive clinical, psychopathological and psychodiagnostic examination of 117 patients of both sexes with BAR with signs of auto-aggressive behavior was conducted (average age – 40.5±5.5 years). Clinical, psychopathological, psychodiagnostic and statistical research methods were used.

Results. Autoaggressive behavior in patients with a manic episode of BAR was associated with the prevalence of the irritable form of mania (47.4 %; $p<0.05$). In patients with a depressive episode of BAR, auto-aggressive behavior was formed with the prevalence of melancholy (37.8 %; $p<0.05$) and apato-adyndamic (22.2 %; $p<0.01$) variants of depression. In patients with auto-aggressive behavior in the structure of the mixed episode of BAR, dominance of the combined variants of «irritable» mania (32.4 %; $p<0.05$) and anxious depression (35.3 %; $p<0.01$) was observed.

anxious depression (35.3 %; $p < 0.01$) was observed. A low risk of suicide has been identified among patients with a manic episode of BAR. In patients with a depressive episode of BAR and with a mixed episode of BAR, a moderately high level of suicidal risk was found. For patients with BAR, the dominance of the affective variant of suicidal behavior is typical (48.7 %). True and demonstrative variants of suicidal behavior were observed in 32.5 % and 18.8 % of cases, respectively.

Conclusions. The study of pathopsychological patterns in the formation of suicidal behavior in various phases of BAR showed that the main factor of suicidogenesis is the frustration of certain vital needs, which, combined with a high level of internality, determines the activity of specific forms of psychological defense, which is a prerequisite for the implementation of auto-aggression.

Keywords: bipolar affective disorder, depressive episode, manic episode, mixed episode, suicide, autoaggressive behavior, frustration, psychoprophylaxis program.

For citation: Takhtashova D. R., Kozhyna H. M., Kol'tsova G. G. Phenomenology of autoaggressive behavior in patients with bipolar affective disorder. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(4): 202–206. (In Ukr.)

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): amkozhyha888@gmail.com

Received / Поступила: 22.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 14.11.2018

Актуальність. Сучасні дослідження свідчать про те, що 0,3–1,5 % населення світу страждають на біполярний афективний розлад (БАР). Тим часом існують дані про більш високу захворюваність населення на цю патологію, яка досягає рівня від 2,3 % до 5 %, а ймовірність розвитку у людини цього розладу становить 1 % [1]. Велика частина цих хворих у маніфестній депресивній фазі перебуває під спостереженням у невропатологів, кардіологів, хірургів і гастроентерологів та не отримує своєчасної й адекватної психіатричної допомоги [2].

Відповідно до сучасних уявлень, БАР є психічним захворюванням, що характеризується зміною полярності афекту, хронічним рецидивним перебігом, високим коефіцієнтом коморбідності, супроводжується суїцидальною поведінкою, скороченням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування та якості життя пацієнтів і їх оточення. Наслідком суїцидальної поведінки пацієнтів з БАР є скорочення тривалості життя на 10 років (порівняно зі здоровими), що корелює з несвоєчасним призначенням адекватної терапії та порушенням комплаєнсу [3, 4].

Дослідження останнього періоду довели, що ризик скоєння суїциду при БАР у 20–30 разів перевищує середньопопуляційний та складає 20,0–37,7 %. При цьому підкреслюється, що найстабільніший суїцидальний ризик притаманний БАР II типу (24 %), порівняно з БАР I типу (17 %) та рекурентною депресією [5, 6].

Українські реалії щодо поширення біполярного афективного розладу та його медико-соціальних наслідків відповідають загальносвітовій тенденції, а саме, за даними ВООЗ, 150 млн осіб у світі страждають на великий депресивний розлад, 30 млн осіб – на біполярний афективний розлад, а понад 16 млн осіб у віці до 60 років щорічно втрачають працездатність внаслідок уніполярної та біполярної депресії [7, 8].

Вивчення захворюваності на біполярний розлад супроводжується значними труднощами, оскільки субклінічні прояви розладу є загальними, можуть спостерігатися суттєві затримки, на багато років, до того часу, як людина звернеться за медичною допомогою, а первинне звернення часто пов'язане з депресією, невизначеним психічним станом або втратою контролю над імпульсною поведінкою, тому характер біполярного розладу діагностується лише через кілька років після первинного звернення [9, 10].

У проведених дослідженнях показано, що суїцидальна поведінка при БАР спричинена психопатологічними феноменами та ситуаційними чинниками, тобто є результатом поєднання ендегенних та екзогенних складо-

вих. Але не вивченими залишаються роль цих чинників у різних фазах розвитку патологічного процесу, вплив поліморфізму клінічних проявів БАР на структуру суїцидальної поведінки, вираження суїцидального ризику в різних фазах та періодах захворювання тощо. Особливу проблему складають патопсихологічні механізми формування суїцидальної поведінки, що перебувають під впливом ціннісно-сислової сфери особистості, чинників психологічного захисту, індивідуального життєвого стилю [11–13].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження – розробити систему психопрофілактики аутоагресивної поведінки у хворих на БАР на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей її формування.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 117 пацієнтів обох статей з БАР із ознаками аутоагресивної поведінки у середньому віці $40,5 \pm 5,5$ років.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, основою якого було структуроване інтерв'ювання та спостереження, спрямоване на виявлення провідних симптомів, синдромів та їх динаміки у зіставленні з діагностичними критеріями МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988) (HDRS); шкали оцінки манії Янга (YMRS) (Young R. C., 1978); шкали самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (Пилягіна Г. Я., 2004); шкали суїцидального ризику (Старшенбаум Г. В., 1977); методики вивчення ціннісних орієнтацій (Фанталова Е. Е., 1992); методики визначення індивідуального життєвого стилю (Вассерман Л. И., 2005).

Математико-статистичні методи включали методи математичної статистики з обчисленням середніх величин (M) та їх похибок (m). Відмінності показників у групах за t -критерієм Стюдента вважали достовірними при $p < 0,05$. При складанні табличних алгоритмів здійснювали просте ранжування факторів (p) у послідовності їх зменшуваної інформативності. Взаємозв'язок між величинами визначали за допомогою кореляційного аналізу (Антомонов М. Ю., 2006).

Результати та їх обговорення

У ході аналізу проявів аутоагресивної поведінки встановлено, що у 41,5 % обстежених хворих реєструвалися суїцидальні рішення, наміри та задуми, а у 28,5 % – пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання, у 30,0 % – суїцидальні спроби.

При дослідженні варіантів суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР виявлено домінування афективного варіанта (48,7 %); істинний та демонстративний варіанти суїцидальної поведінки спостерігалися у 32,5 % та 18,8 % випадків відповідно.

Основні клініко-психопатологічні та патофизиологічні закономірності формування суїцидальної поведінки при БАР вивчалися відповідно до фаз полярності афекту.

При дослідженні суїцидальної поведінки у пацієнтів з маніакальним епізодом БАР встановлено, що серед обстежених достовірно переважали особи жіночої статі (65,8 %; $p < 0,01$) у віці $46,2 \pm 5,5$ роки ($p < 0,05$) з середньою спеціальною освітою (34,2 %; $p < 0,05$), які працювали у сфері фізичної праці (42,1 %, $p < 0,05$) та мешкали у сільській місцевості (28,9 %; $p < 0,01$).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей маніакального епізоду та їх взаємозв'язку з суїцидальним ризиком показав переважання в структурі клінічних проявів гнівливої форми манії (47,4 %; $p < 0,05$), що супроводжувалися руховим збудженням у вигляді підвищення рухової активності, дратівливості, гнівливості, прискіпливості (68,4 %; $p < 0,05$).

Серед клініко-психопатологічних порушень розлади мислення та когнітивних функцій характеризувалися наявністю ідей самосхвалення та самовпевненості (підвищена самооцінка, перебільшення своїх досягнень, реальних можливостей, надмірно оптимістична оцінка життєвої ситуації у цілому) у 73,7 % ($p < 0,01$); підвищенням швидкості мислення (необмежений та прискорений потік ідей) у 71,1 % ($p < 0,05$); труднощами в прийнятті рішень у 52,6 % ($p < 0,05$); підвищеною чутливістю до критики на свою адресу у 36,8 % ($p < 0,05$). Вираження цих проявів за шкалою YMRS складало $28,8 \pm 5,1$ бали.

Емоційні розлади в цих пацієнтів проявлялися у вигляді вираженого відчуття радості (55,3 %, $p < 0,05$), емоційної лабільності (36,8 %, $p < 0,01$), відчуття прикрасності (31,6 %, $p < 0,05$) та образи (26,3 %, $p < 0,01$).

Дослідження вираженості суїцидального ризику серед пацієнтів з маніакальним епізодом БАР свідчило про низький ризик скоєння суїциду, що підтверджувалося показником за відповідною шкалою за методикою Г. В. Старшенбаума – $9,3 \pm 1,6$ бали (7,7–10,9 бали; $p < 0,05$).

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивним епізодом БАР показало, що в даній групі обстежених переважали чоловіки (62,2 %; $p < 0,05$), середній вік яких складав $58,6 \pm 6,1$ років, які були самотніми та не мали родини (31,1 %; $p < 0,01$), працювали в сфері розумової праці (73,3 %; $p < 0,01$).

Серед клінічних проявів депресивного розладу в цій групі відзначалося переважання тужливого (37,8 %; $p < 0,05$) та апато-адинамічного (22,2 %; $p < 0,01$) варіантів депресії. Вираження цих проявів за шкалою HDRS складало $34,7 \pm 4,4$ бали.

Депресивні розлади в даній групі хворих проявлялися загальмованістю рухів, мови, міміки (20,0 %; $p < 0,01$), вираженим відчуттям провини (68,9 %; $p < 0,01$), зниженням інтересів (84,4 %; $p < 0,05$), ідеями малоцінності (71,1 %; $p < 0,05$) та підвищенням чутливості до критики на свою адресу (31,1 %; $p < 0,05$).

Виявлені клініко-психопатологічні характеристики підтверджувалися даними шкали HDRS, які свідчили про домінування у пацієнтів цієї групи ангедонії (66,7 %; $p < 0,05$), добових коливань настрою (68,9 %; $p < 0,05$), туги (42,2 %; $p < 0,01$) та суму (33,0 %).

Дослідження рівня суїцидального ризику за шкалою Г. В. Старшенбаума (1977) показало наявність в цих пацієнтів середньовисокого рівня суїцидального ризику – $14,4 \pm 2,1$ бали (12,3–16,5 бали; $p < 0,05$).

Вивчення закономірностей формування суїцидальної поведінки при змішаному епізоді БАР виявило, що серед обстежених даної групи переважали особи чоловічої статі (32,4 %; $p < 0,01$); такі, що не мали родини (47,1 %; $p < 0,01$); мешкали у місті (91,2 %; $p < 0,05$); займалися розумовою працею (61,8 %; $p < 0,05$) або були пенсіонерами (32,4 %; $p < 0,01$).

Основними формами клініко-психопатологічних проявів у цій групі були поєднані варіанти гнівливої манії (32,4 %; $p < 0,05$) та тривожної депресії (35,3 %; $p < 0,01$), які супроводжувалися у 41,2 % випадків ($p < 0,01$) руховим збудженням.

Серед розладів мислення та когнітивних функцій спостерігалися зниження рівня інтересів (64,7 %; $p < 0,05$), порушення критики по відношенню до хвороби (44,1 %; $p < 0,05$), ідеї малоцінності (41,2 %; $p < 0,05$), ригідність мислення (38,2 %; $p < 0,05$).

Дані за шкалою Гамільтона (HDRS) свідчили про те, що вираження депресивного настрою складало $2,0 \pm 0,3$ бали, тривоги – $2,6 \pm 0,4$ бали, ажитації – $1,5 \pm 0,5$ бали.

Емоційні порушення в цій групі характеризувалися переважанням, порівняно з контролем, незадоволення (38,2 %; $p < 0,01$), гніву (35,3 %; $p < 0,05$), емоційної лабільності (32,4 %; $p < 0,05$), дратівливості (29,4 %; $p < 0,05$), обурення (29,4 %; $p < 0,01$).

Дослідження вираженості суїцидального ризику за шкалою Г. В. Старшенбаума виявило у пацієнтів зі змішаним епізодом БАР середньовисокий рівень ризику розвитку суїциду – $12,0 \pm 1,9$ бали (10,1–13,9 бали; $p < 0,05$).

У пацієнтів з маніакальним епізодом БАР визначено виражений ступінь фрустрації потреб: в активному дієвому житті – у 42,1 % ($p < 0,01$) пацієнтів ($8,1 \pm 1,4$ бали, $p < 0,05$); у свободі та незалежності вчинків та дій – у 52,6 % ($p < 0,05$) пацієнтів ($7,9 \pm 1,2$ бали, $p < 0,01$); у цікавій роботі – у 31,6 % ($p < 0,05$) пацієнтів ($7,5 \pm 1,3$ бали, $p < 0,05$).

Високий рівень інтернальності в галузі досягнень ($8,0 \pm 1,7$ бали, $p < 0,05$) та низький – в галузі невдач ($1,9 \pm 0,4$ бали, $p < 0,05$) у пацієнтів цієї групи сприяли загостренню фрустраційного конфлікту, активуючи низькорезультативну діяльність особи щодо реалізації фрустраційних потреб.

Суїцидальна поведінка в цій групі розвивалася як імпульсивний протест проти оточуючих, які чинять опір

реалізації фрустрованих потреб, й бажання привернути увагу до своєї особистості та її діяльності.

Дослідження патопсихологічних чинників у пацієнтів з депресивним епізодом БАР довело наявність вираженого ступеня фрустрації в сфері любові ($7,6 \pm 1,6$ бали, $p < 0,01$) та щасливого родинного життя ($7,2 \pm 1,8$ бали, $p < 0,05$), які спостерігалася на тлі високого рівня інтернальності у сфері сімейних стосунків ($7,7 \pm 1,1$ бали, $p < 0,01$), невдач ($7,4 \pm 1,2$ бали, $p < 0,05$) та низького рівня інтернальності в сфері досягнень ($2,5 \pm 1,3$ бали, $p < 0,01$).

Таке поєднання обумовлювало поглиблення відчуття провини перед близькими та оточуючими за свою хворобу, бездіяльність, безпорадність; єдиний шлях звільнення від тягара провини пацієнт бачив у вигляді скоєння суїциду.

У хворих зі змішаним епізодом БАР визначено наступні патопсихологічні особливості формування суїцидальної поведінки.

У цій групі пацієнтів виявлено виражений ступінь фрустрації потреб у матеріально забезпеченому житті ($7,5 \pm 1,7$ бали, $p < 0,01$) та помірно виражений – потреб в дієвому житті ($6,9 \pm 2,0$ бали, $p < 0,05$). Наявність високого рівня інтернальності в сфері невдач ($7,2 \pm 1,4$ бали, $p < 0,01$) та низького рівня інтернальності в сфері досягнень ($2,4 \pm 1,0$ бали, $p < 0,01$) призводила до поглиблення фрустраційного конфлікту.

Ворожість по відношенню до оточуючих та ситуації підсилювала особистісну тривожність, спричиняла ажитацію та напругу, що й формувала суїцидальну поведінку.

Висновки

Аутоагресивна поведінка у пацієнтів з маніакальним епізодом БАР асоціюється з переважанням гнівливої форми манії (47,4 %; $p < 0,05$). При депресивному епізоді БАР аутоагресивна поведінка формується при переважанні тужливого (37,8 %; $p < 0,05$) та апато-адинамічного (22,2 %; $p < 0,01$) варіантів депресії. У пацієнтів з аутоагресивною поведінкою в структурі мішаного епізоду БАР спостерігається домінування поєднаних варіантів «гнівливої» манії (32,4 %; $p < 0,05$) та тривожної депресії (35,3 %; $p < 0,01$).

Серед пацієнтів з маніакальним епізодом БАР виявлений низький ризик скоєння суїциду ($9,3 \pm 1,6$ бали за шкалою суїцидального ризику Г. В. Старшенбаума). У пацієнтів з депресивним епізодом БАР та зі змішаним епізодом БАР виявлено середньовисокий рівень суїцидального ризику ($14,4 \pm 2,1$ бали та $12,0 \pm 1,9$ бали за шкалою суїцидального ризику Г. В. Старшенбаума відповідно).

Вивчення патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки при різних фазах БАР показало, що основними чинниками суїцидогенезу є фрустрація певних життєвих потреб, яка, у поєднанні з високим рівнем інтернальності, обумовлює активність специфічних форм психологічного захисту, що є передумовою реалізації аутоагресії.

Виявлені закономірності формування суїцидальної поведінки при різних фазах БАР будуть покладені в розробку системи психопрофілактики аутоагресивної поведінки у даного контингенту хворих.

Список використаної літератури

1. Тахташова Д. Р. Программа дифференцированной профилактики суицидального поведения у больных с биполярными аффективными расстройствами. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 1 (78). С. 91–96.
2. Cognition and functioning in bipolar depression / N. S. Kapczinski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhães [et al.] // *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2016. Vol. 38, issue 3. P. 201–206. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1558.
3. Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади. Харків: ХНМУ, 2014. 76 с.
4. Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія). *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 3 (88). С. 5–10.
5. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) / E. Vieta, J. M. Langosch, M. L. Figueira [et al.] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2013. Vol. 16, issue 8. P. 1719–1732. DOI: 10.1017/S1461145713000278.
6. Maruta N. O., Verbenko G. M. Features of clinical symptoms at different stages of the flow of bipolar affective disorder. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 77–82.
7. Чабан О. С., Хаустова Е. А. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии. *НейроNews*. 2011. № 5 (32). С. 18–22.
8. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства. *Психичне здоров'я*. 2009. Вип. 3–4 (24–25). С. 60–62.
9. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор. *Здоров'я України*. 2011. № 4 (19). С. 36–37.
10. Trotta A., Murray R. M., MacCabe J. H. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2015. Vol. 45, issue 2. P. 381–394. DOI: 10.1017/S0033291714001512.
11. Cole A. J., Scott J., Ferrier I. N., Eccleston D. Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993. Vol. 88, issue 2. P. 121–123.
12. Хаустова Е. А., Безшейко В. Г., Романив А. П. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии. *НейроNews*. 2012. № 1 (36). С. 38–42.
13. Кожина А. М., Резуненко О. Ю. Современные стратегии в реабилитации пациентов с биполярным аффективным расстройством. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2017. Т. 8, № 1. С. 78–83.

References

1. Takhtashova, D. R. (2014). Prohrama dyferentsiirovanoi profilaktyky suitsyidalnoi povedinky u khvorykh z bipoaliarnymy afektyvnymy rozladamy [Program for a differentiated prevention of a suicidal behavior in patients with bipolar affective disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 22, issue 1 (78), pp. 91–96. (In Russian).
2. Kapczinski, N. S., Narvaez, J. C., Magalhães, P. V., Bückner, J., Peuker, A. C., Lored, A. C., ... Gama, C. S. (2016). Cognition and functioning in bipolar depression. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 38, issue 3, pp. 201–206. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1558.
3. Kozhyna, H. M., Korostii, V. I., & Zelenska, K. O. (2014). *Mekhanizmy formuvannia ta shliakhy profilaktyky suitsyidalnoi povedinky u khvorykh na depresyivni rozlady* [Mechanisms of formation and ways of prevention of suicidal behavior in patients with depressive disorders]. Kharkiv: KhNMU, 76 p. (In Ukrainian).
4. Maruta, N. O., & Verbenko, G. N. (2016). Kognityvni porushennia u khvorykh na bipoaliarnyi afektyvnyi rozlad (klinika, diahnozyka, terapiia) [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder (clinical features, diagnosis, therapy)]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 24, issue 3 (88), pp. 5–10. (In Ukrainian).
5. Vieta, E., Langosch, J. M., Figueira, M. L., Souery, D., Blasco-Colmenares, E., Medina, E., ... Bellivier, F. (2013). Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol. 16, issue 8, pp. 1719–1732. DOI: 10.1017/S1461145713000278.
6. Maruta, N. O., & Verbenko, G. M. (2014). Features of clinical symptoms at different stages of the flow of bipolar affective disorder. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 77–82.
7. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2011). Bipoliarnaia depressiia problemy diagnosyky i terapii [Bipolar depression: problems of diagnosis and therapy]. *NeuroNews*, no. 5 (32), pp. 18–22. (In Russian).
8. Kozhyna, H. M., & Gaichuk, L. M. (2009). Sovremennye strategii v terapii bipoaliarnogo afektyvnogo rasstroistva [Modern strategies in the treatment of bipolar affective disorder]. *Psikhichne zdorov'ia – Mental health*, issue 3–4 (24–25), pp. 60–62. (In Russian).
9. Ocheretianaia, N. (2011). Bipoliarnoie rasstroistvo klinicheskii obzor [Bipolar Disorder: A Clinical Review]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, issue 4 (19), pp. 36–37. (In Russian).
10. Trotta, A., Murray, R. M., & MacCabe, J. H. (2015). Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.*, vol. 45, issue 2, pp. 381–394. DOI: 10.1017/S0033291714001512.

11. Cole, A. J., Scott, J., Ferrier, I. N., & Eccleston, D. (1993). Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 88, issue 2, pp. 121–123.
12. Khaustova, O. O., Bezsheiko, V. H., & Romaniv, O. P. (2012). Sovremennye aspekty diagnostiki i lecheniia bipoliarnoi depressii [Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression]. *NeuroNews – NeuroNews*, no. 1 (36), pp. 38–42. (In Russian).
13. Kozhyna, H. M., & Rezunenko, O. Yu. (2017). Sovremennye strategii v reabilitatsii patsientov s bipoliarnym affektivnym rasstroistvom [Modern strategies in the rehabilitation of patients with bipolar affective disorder]. *Psikhiatriia psikhoterapiia i klinicheskaia psikhologiya – Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, vol. 8, issue 1, pp. 78–83. (In Russian).

Відомості про авторів:

ТАХТАШОВА Діна Рашидівна – канд. мед. наук, старший науковий співробітник кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна
КОЖИНА Ганна Михайлівна – д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com
КОЛЬЦОВА Галина Геннадіївна – старший лаборант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

Сведения об авторах:

ТАХТАШОВА Дина Рашидовна – канд. мед. наук, старший научный сотрудник кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина
КОЖИНА Анна Михайловна – д-р. мед. наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com
КОЛЬЦОВА Галина Геннадьевна – старший лаборант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

About the Authors:

TAKHTASHOVA Dina Rashidivna – MD, PhD, senior researcher of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine
KOZHYNNA Hanna Mykhailivna – MD, PhD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com
KOL'TSOVA Galyna Gennadiivna – senior laboratory assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

М. Є. Хоміцький

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМІСІЇ ШИЗОАФЕКТИВНОГО ТА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ (ПОРІВНЯЛЬНИЙ КЛІНІКО-ЕТОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ)

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Актуальність. Проведення диференційної діагностики на початку розвитку ендегенного психозу та чітке визначення нозологічної належності дасть можливість оптимізувати терапевтичні та соціально-реабілітаційні заходи для підвищення рівня соціальної адаптації та якості життя пацієнтів. Визначення нозоспецифічних маркерів невербальної поведінки як ознак постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій при шизоафективному розладі та афективних розладах розширить теоретичні уявлення про ці захворювання та дасть можливість проводити диференційну діагностику високого рівня достовірності.

Мета – вивчення клініко-психопатологічних (з використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на шизоафективний розлад та афективні розлади.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 148 пацієнтів Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні, які страждають на шизоафективний розлад (81 особа) та афективні розлади (67 осіб), у стані ремісії. Методи дослідження – клініко-катамнестичний, клініко-психопатологічний та клініко-етологічний, а також медико-статистичний аналіз.

Результати. Пацієнти, що страждають на шизоафективний розлад, у соціально-комунікативній поведінці демонструють специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, який характеризується значним вмістом агресивно-попереджувальних елементів. У пацієнтів з афективними розладами наявні невербальні ознаки субклінічних тривожно-депресивних проявів.

Висновки. Отримані результати свідчать про наявність ознак нозоспецифічних постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та можуть бути використані для диференційної діагностики.

Ключові слова: шизоафективний розлад, афективні розлади, клініка, поведінка, патоперсоналогічні особливості, компаративний аналіз.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМИССИЙ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И АФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ЕТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Н. Е. Хоміцький

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Актуальность. Проведение дифференциальной диагностики на начальном этапе развития эндогенного психоза и четкое определение нозологической принадлежности позволит оптимизировать терапевтические и социально-реабилитационные мероприятия для повышения уровня социальной адаптации и качества жизни пациентов. Определение нозоспецифических маркеров невербального поведения как признаков устойчивых патоперсоналогических трансформаций при шизоаффективном расстройстве и аффективных расстройствах расширит теоретические представления об этих заболеваниях и позволит проводить дифференциальную диагностику высокого уровня достоверности.

Цель – изучение клинико-психопатологических (с использованием клинико-этологического метода) характеристик состояний ремиссии у пациентов, страдающих шизоаффективным расстройством и аффективными расстройствами.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 148 пациентов Запорожской областной клинической психиатрической больницы, страдающих шизоаффективным расстройством (81 человек) и аффективными расстройствами (67 человек), в период ремиссии. Методы исследования – клинико-катамнестический, клинико-психопатологический и клинико-этологический, а также медико-статистический анализ.

Результаты. Пациенты, страдающие шизоаффективным расстройством, при социально-коммуникативном поведении демонстрируют специфический комплекс невербальных поведенческих компонентов, характеризующийся значительным содержанием агрессивно-предупредительных элементов. У пациентов с аффективными расстройствами выявлены невербальные признаки субклинических тревожно-депрессивных проявлений.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии нозоспецифических постманіфестных патоперсоналогических трансформаций и могут быть использованы для дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, аффективные расстройства, клиника, поведение, патоперсоналогические особенности, компаративный анализ.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF REMISSION OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER AND AFFECTIVE DISORDERS IN THE CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD (COMPARATIVE CLINICAL-ETHOLOGICAL ANALYSIS)

M. Ye. Khomitskiy

Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Background. Conducting differential diagnostics at the beginning of the development of endogenous psychosis and a clear definition of nosological affiliation will enable to optimize therapeutic and social rehabilitation measures in order to increase the level of social adaptation and quality of life of patients. Determination of nosospecific markers of nonverbal behavior as signs of pathopersonological transformations in schizoaffective disorder and affective disorders in post-manifestation period will broaden the theoretical understanding of these diseases and provide an opportunity to conduct differential diagnosis of a high level of reliability.

The objective of the work is the study of clinical and psychopathological (using the clinical-ethological method) characteristics of remission states in patients suffering from schizoaffective disorder and affective disorders.

Materials and methods. A comprehensive survey was conducted of 148 patients of the Zaporizhzhia Regional Clinical Psychiatric Hospital suffering from schizoaffective disorder (81 persons) and affective disorders (67 persons) during remission. Methods of research: clinical-catamnestic, clinical-psychopathological and clinical-ethological, as well as medical-statistical analysis.

Results. Patients suffering from schizoaffective disorder, during social-communicative behavior, demonstrate a specific complex of nonverbal behavioral components that is characterized by a significant content of aggressive and preventive elements. Nonverbal signs of subclinical anxiety-depressive manifestations were revealed in patients with affective disorders.

Conclusions. The obtained results indicate the presence of nosospecific pathopersonological transformations in post-manifestation period and can be used for differential diagnosis.

Keywords: schizoaffective disorder, affective disorders, clinic, behavior, pathopersonological features, comparative analysis.

For citation: Khomitskiy M. Ye. Clinical-psychopathological characteristics of remission of schizoaffective disorder and affective disorders in the context of pathopersonological transformations in post-manifestation period (comparative clinical-ethological analysis). *Arkhiv Psykhiatrii*, 2018, 24(4): 207–211. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 26.09.2018

Accepted / Прийнята до друку: 18.10.2018

Актуальність. Рання нозологічна діагностика в групі ендогенних психозів з епізодичним перебігом є однією з важливих теоретичних та практичних проблем сучасної психіатрії, що обумовлено значною питомою вагою в структурі захворюваності, інвалідності та навіть смертності населення внаслідок ауто- та гетероагресії [1–4]. Об'єктивні труднощі диференційної діагностики цих станів у період загострення обумовлені клінічною схожістю афективних станів психотичного рівня, афективно-параноїдних та маячних станів з афективними та кататонічними включеннями. Ускладнює діагностику поліморфність симптоматики, «стертий» характер загострень на фоні прийому підтримувальної терапії, відносна рідкість класичних «клішованих» фаз [1, 4–6].

Гуманістичні зміни парадигми надання психіатричної допомоги диктують необхідність орієнтації на якість життя пацієнта в стані ремісії, яка, в свою чергу, обумовлена збереженням адекватного рівня соціального функціонування. Уявлення про обов'язкову наявність повноцінних інтермісій при шизоафективному розладі (ШАР) та афективних розладах (АР), до яких належать біполярний афективний та рекурентний депресивний розлади, в останні роки піддаються критиці, через те, що в період між фазами захворювання спостерігаються неврозоподібні, нейрокогнітивні порушення та зниження трудової й соціальної адаптації загалом [2, 3]. Стійкість, складна курабельність цих непсихотичних поліморфних симптомів (до яких належать порушення афективної сфери, нейрокогнітивного функціонування, сну, уваги, мотивації, соціальної взаємодії тощо) дає підстави відносити їх до патоперсонологічних трансформацій.

Об'єктивізацію вищезазначених змін утруднює зниження критики, порушення комплаєнсу в пацієнтів, які страждають на ендогенні психози, що призводить до явищ дисимуляції та агравації. Перспективними, тобто такими, що дозволяють нівелювати вищезазначені явища та об'єктивізувати психічний стан і особливості соціально-комунікативної взаємодії, є методики, побудовані на клініко-етологічному підході [7, 8]. Визначення нозоспецифічних маркерів невербальної поведінки як ознак стійких патоперсонологічних трансформацій при ШАР та АР розширить теоретичні уявлення про ці захворювання та дасть можливість проводити диференційну діагностику високого рівня достовірності. Завдяки цьому стане можливим оптимізувати терапевтичні та соціально-реабілітаційні заходи для підвищення рівня соціальної адаптації та якості життя пацієнтів, що страждають на ендогенні психози.

Мета дослідження – вивчення клініко-психопатологічних (з використанням клініко-етологічного методу) характеристик станів ремісії у пацієнтів, які страждають на ШАР та АР.

Матеріали та методи дослідження

На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) було обстежено 148 пацієнтів, серед яких 81 особа із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад» (група 1) та 67 пацієнтів з діагнозами «біполярний афективний розлад» (48 осіб) та «рекурентний депресивний розлад» (19 осіб), яких було об'єднано в групу 2 (афективні розлади). Діагностику вищезазначених захворювань проводили згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10). Група 1 мала наступні характеристики: середній вік обстежених складав $41,8 \pm 8,9$ років; розподіл за статтю – 41 жінка та 40 чоловіків. Тривалість захворювання у вибірці була від 3 до 35 років, середній показник – $15,5 \pm 6,3$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці складав $26,3 \pm 7,4$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 28 епізодів хвороби та пов'язаних з нею госпіталізацій, в середньому в групі 1 цей показник склав $11,4 \pm 5,9$ рази. Група 2 мала наступні характеристики: середній вік дорівнював $43,6 \pm 9,2$ років; розподіл за статтю – 46 жінок та 21 чоловік. Тривалість захворювання у вибірці була від 2 до 38 років, середній показник – $14,4 \pm 7,2$ років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у вибірці – $29,2 \pm 7,7$ років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2 до 24 епізодів хвороби та пов'язаних з нею госпіталізацій, в середньому в групі 2 цей показник склав $6,9 \pm 3,9$ рази. Обов'язковими критеріями включення до вибірки були стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики і відсутність тяжкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-катамнестичний, клініко-психопатологічний та клініко-етологічний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-катамнестичний метод включав аналіз медичної документації (амбулаторна карта), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10 та стану ремісії на момент дослідження, у тому числі шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-етологічний метод було застосовано для вивчення структури та типології невербальної поведінки, а також кількісного аналізу з використанням глосарію, складеного V. P. Samokhvalov та O. E. Samokhvalova [7].

Ми проводили дві 10-хвилинні бесіди на тему анамнезу життя пацієнта в парах пацієнт – лікар з проведенням відеозйомки за умов інформованої згоди. Під час першої бесіди лікар був одягнений у медичний халат, під час другої – у звичайний одяг, без будь-якої атрибутики медичного працівника. Таким чином, під час другої частини дослідження була проведена деформалізація роліової ідентичності лікаря-психіатра як можливого чинника модифікації поведінки пацієнта. Відеозаписи розшифровували клініко-етологічним методом та визначали факт демонстрації пацієнтом окремих поведінкових елементів по каналах пози, жесту та міміки. Оцінку результатів дослідження проводили окремо під час першої та другої частин інтерв'ю. Кінцеві дані для кожного пацієнта обчислювалися як сума обох отриманих результатів.

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. З метою перевірки гіпотези щодо наявності зв'язку для кожної пари якісних ознак було застосовано метод аналізу чотирипольних таблиць із розрахунком непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 , критерій Пірсона χ^2 з поправкою Йейтса, критерій Стюдента t , критерій Фішера ϕ , коефіцієнт Пірсона r).

Результати та їх обговорення

У результаті дослідження невербальної поведінки обстежених виявлено наступні особливості. Позиція тіла в сидячому положенні, що характерна ($\chi^2=5.516$; $p<0,05$) для групи 1, є позою агресії (Р.2.8), тоді як поза вдумливості (Р.2.3) асоціюється ($\chi^2=6.832$; $p<0,05$) з групою 2.

При вивченні інших невербальних елементів виявлено ознаки, які можуть бути асоційовані з групою 1. До них належать: Р.4.2 – Агресивний випад головою ($\chi^2=3.963$; $p<0,05$), Р.6.7 – Гіпертонус плеча ($\chi^2=5.660$; $p<0,05$), Р.8.11 – Обидві руки розміщені на стегні ($\chi^2=6.545$; $p<0,05$), Р.8.13 – Кулак ($\chi^2=4.690$; $p<0,05$), Р.9.3 – Коліна розведені ($\chi^2=7.262$; $p<0,01$), Р.9.11 – Притупування ступеню ($\chi^2=4.311$; $p<0,01$). В групі 2 частіше фіксувались елементи Р.4.1 – Дивиться прямо вперед ($\chi^2=4.509$; $p<0,05$) та Р.9.4 – Коліна зведено ($\chi^2=7.262$; $p<0,01$).

Отримані показники по групах обстеження наведено у таблиці 1.

Дослідження невербальної активності обстежених по каналу міміки дало такі результати. Зоровий контакт пацієнтів групи 1 корелює ($\chi^2=8.132$; $p<0,01$) з елементом М.1.2 – Пильний погляд на обличчя співрозмовника (без моргання більше 2 хвилин та відведення погляду). Мімічні компоненти очей групи 2 характеризувались частішою демонстрацією елементів М.2.5 – Складка Вегаута ($\chi^2=4.419$; $p<0,05$) та М.2.9 – Сльози ($\chi^2=4.179$; $p<0,05$).

Аналіз компонентів лоба та ділянки брів виявив, що елемент М.4.14 – Амімія верхньої частини обличчя – асоціюється з групою 1 ($\chi^2=3.966$; $p<0,05$), а М.4.4 – Фланш бровами – демонструється рідше ($\chi^2=8.396$; $p<0,01$), ніж у групі 2. До невербальних елементів ділянки рота, які корелюють з групою 1, належать: М.5.1

– Посмішка ($\chi^2=9.253$; $p<0,01$), М.5.2 – Оскал ($\chi^2=5.615$; $p<0,05$), М.5.15 – Кусання губ ($\chi^2=3.966$; $p<0,05$). Елемент М.5.23 – Намагання говорити, корелює ($\chi^2=4.912$; $p<0,05$) з групою 2.

Показники, отримані у групах обстеження, наведено у таблиці 2.

При проведенні аналізу показників, що належать до жесту вільною рукою, було виявлено невербальні елементи, які корелюють з групою 2. До них належать: G.3 – Жест-звернення до співрозмовника ($\chi^2=6.832$; $p<0,01$), G.6 – Жест з фіксацією на животі ($\chi^2=4.120$; $p<0,05$), G.8 – Жест-відсторонення ($\chi^2=5.125$; $p<0,05$), G.12 – Прикривання руками обличчя або його частин ($\chi^2=5.516$; $p<0,05$), G.18 – Жест аутогрумінгу: ніс ($\chi^2=4.419$; $p<0,05$). В групі 1 наявні кореляції з G.2 – Жест-указання ($\chi^2=3.900$; $p<0,05$).

Повністю отримані показники по групах обстеження наведено у таблиці 3.

У результаті проведеного дослідження підтверджені та розширені раніше отримані дані вітчизняних [1, 2] та іноземних дослідників [8], які свідчать про наявність при соціальній поведінці пацієнтів з ШАР та АР специфічних невербальних маркерів, за допомогою яких можна підвищити точність диференційної діагностики всередині групи ендогенних психозів з епізодичним перебігом.

Мімічні прояви пацієнтів з АР характеризуються більшою активністю верхньої половини обличчя (ділянки лоба і брів, компоненти очей): фланш бровами ($p<0,01$), складка Вегаута ($p<0,05$) та сльози ($p<0,05$). Міміка при ШАР характеризується підвищенням активності ділянки рота: посмішка ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$).

Пацієнти, що страждають на ШАР, мають специфічний комплекс поведінкових невербальних компонентів, який характеризується значним вмістом агресивно-попереджувальних елементів (поза агресії ($p<0,05$), агресивний випад головою ($p<0,05$), пильний погляд ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$), кулак ($p<0,05$), розведені коліна ($p<0,01$)).

У пацієнтів з АР виявлено комплекс невербальних компонентів, які свідчать про наявність субклінічних тривожно-депресивних проявів: складка Вегаута ($p<0,05$), сльози ($p<0,05$), намагання говорити ($p<0,05$), жест з фіксацією на животі ($p<0,05$), жест-відсторонення ($p<0,05$).

Висновки

1. Клініко-етологічні характеристики соціально-комунікативної взаємодії пацієнтів з ШАР та АР, отримані по каналах пози, міміки та жесту, мають статистично значущі відмінності та є ознакою нозоспецифічних трансформацій патоперсонологічного кола.

2. Мімічні прояви пацієнтів з АР характеризуються більшою активністю верхньої половини обличчя (ділянки лоба і брів, компоненти очей): фланш бровами ($p<0,01$), складка Вегаута ($p<0,05$) та сльози ($p<0,05$). Міміка при ШАР характеризується підвищеною активністю ділянки рота: посмішка ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$).

3. Пацієнти, що страждають на ШАР, мають специфічний комплекс невербальних поведінкових компонентів, який характеризується значним вмістом агресивно-попереджувальних елементів: поза агресії ($p<0,05$), агресивний випад головою ($p<0,05$), пильний погляд ($p<0,01$), оскал ($p<0,05$), кусання губ ($p<0,05$), кулак ($p<0,05$), розведені коліна ($p<0,01$)).

Таблиця 1. Характеристика невербальної поведінки обстежених груп 1 та 2 (поза в сидячому положенні)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (N=81)		Група 2 (N=67)		X ²	X ² з по- правкою Йейтса	Ф	r	t
		абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %	абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %					
Р.2 Позиції в сидячому положенні										
P.2.3	Підтримка голови однією рукою (вдумливість)	1	1,2	9	13,4	8.660	6.832	0.24	0.235	p<0,01
P.2.8	Агресії	15	18,5	3	4,5	6.767	5.516	0.214	0.209	p<0,05
Р.4 Компоненти голови										
P.4.1	Дивиться прямо вперед	62	76,5	61	91,0	5.493	4.509	0.193	0.189	p<0,05
P.4.2	Агресивний випад головою	13	16,0	3	4,5	5.092	3.963	0.185	0.182	p<0,05
Р.6 Компоненти плечей										
P.6.7	Гіпертонус плеча	11	13,6	1	1,5	7.191	5.660	0.220	0.215	p<0,05
Р.8 Компоненти рук										
P.8.11	Обидві руки розміщені на стегні	12	14,8	1	1,5	8.123	6.545	0.234	0.228	p<0,05
Р.8 Особливі позиції однієї руки										
P.8.13	Кулак	12	14,8	2	3,0	5.992	4.690	0.201	0.197	p<0,05
Р.9 Компоненти ніг										
P.9.3	Коліна розведено	19	23,5	4	6,0	8.543	7.262	0.240	0.234	p<0,01
P.9.4	Коліна зведено	62	76,5	4	6,0	8.543	7.262	0.240	0.234	p<0,01
P.9.11	Притупування ступнею	7	8,6	0	0,0	6.078	4.311	0.203	0.199	p<0,05

Таблиця 2. Характеристика невербальної поведінки обстежених груп 1 та 2 (міміка)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (N=81)		Група 2 (N=67)		X ²	X ² з по- правкою Йейтса	Ф	r	t
		абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, % осіб.	абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків %					
М.1 Компоненти зорового контакту										
M.1.2	Пильний погляд в обличчя співрозмовника	20	24,7	4	6,0	9.459	8.132	0.253	0.245	p<0,01
М.2 Компоненти очей										
M.2.5	Складка Верагута	1	1,2	7	10,4	6.087	4.419	0.203	0.199	p<0,05
M.2.9	Сльози	0	0,0	5	7,5	6.256	4.179	0.206	0.201	p<0,05
М.4 Компоненти лоба і ділянки брів										
M.4.4	Фланш бровами	49	60,5	56	83,6	9.483	8.396	0.253	0.245	p<0,01
M.4.14	Амімія верхньої частини обличчя	8	9,9	1	1,5	5.385	3.966	0.191	0.187	p<0,05
М.5 Компоненти ділянки рота										
M.5.1	Посмішка	54	66,7	27	40,3	10.290	9.253	0.264	0.255	p<0,01
M.5.2	Оскал	17	21,0	4	6,0	6.792	5.615	0.214	0.209	p<0,05
M.5.15	Кусання губ	9	11,1	1	1,5	5.385	3.966	0.191	0.187	p<0,05
M.5.23	Намагання говорити	2	2,5	9	13,4	6.407	4.912	0.208	0.204	p<0,05

Таблиця 3. Характеристика невербальної поведінки обстежених груп 1 та 2 (жест вільною рукою)

Код елемента комунікації	Канал та елемент комунікації	Група 1 (N=81)		Група 2 (N=67)		χ^2	χ^2 з по-правкою Йейтса	ϕ	r	t
		абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %	абсолютна кількість випадків, осіб	кількість випадків, %					
G.2	Жест-указання	11	13,6	2	3,0	5.138	3.900	0.186	0.183	$p < 0,05$
G.3	Жест-звернення до співрозмовника	1	1,2	9	13,4	8.660	6.832	0.242	0.235	$p < 0,01$
G.6	Жест з фіксацією на животі	4	4,9	11	16,4	5.306	4.120	0.189	0.186	$p < 0,05$
G.8	Жест-відсторонення	4	4,9	12	17,9	6.400	5.125	0.208	0.204	$p < 0,05$
G.12	Прикривання руками обличчя або його частин	3	3,7	11	16,4	6.921	5.516	0.216	0.211	$p < 0,05$
G.18	Жести аутогрумінгу: ніс	1	1,2	7	10,4	6.087	4.419	0.203	0.199	$p < 0,05$

сивний випад головою ($p < 0,05$), пильний погляд ($p < 0,01$), оскал ($p < 0,05$), кусання губ ($p < 0,05$), кулак ($p < 0,05$), розведені коліна ($p < 0,01$).

4. У пацієнтів з АР у стані клінічної ремісії наявні невербальні ознаки субклінічних тривожно-депресивних проявів: складка Верагута ($p < 0,05$), сльози ($p < 0,05$), намагання говорити ($p < 0,05$), жест з фіксацією на животі ($p < 0,05$), жест-відсторонення ($p < 0,05$).

5. Наявні при ендогенних психозах з періодичним перебігом стійкі патоперсоналогічні трансформації потребують подальшого комплексного вивчення нозоспецифічної структури, типології, чинників формування, з подальшим підбором конгруентних заходів корекції.

Список використаної літератури

- Чугунов В. В., Киреева Е. Н. Медико-психологические предикторы продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства. *Запорожский медицинский журнал*. 2014. № 3. С. 71–76.
- Марута Н. О., Вербенко Г. М. (2017). Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад. *Здоров'я України*. № 3. С. 32–34.
- Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment / J. Lee, L. Altshuler, D. C. Glahn [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 170, issue 3. P. 334–341. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12040490.
- Duffy A. Early identification of recurrent mood disorders in youth: the importance of a developmental approach. *Evidence-Based Mental Health*. 2015. Vol. 18, issue 1. P. 7–9. DOI: 10.1136/eb-2014-101993.
- Ghaemi S. N., Dalley S. The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 48, issue 4. P. 314–324. DOI: 10.1177/0004867413504830.
- Diagnostic reliability in schizoaffective disorder / A. Murru, M. Manchia, M. Tusconi [et al.] // *Bipolar Disorder*. 2016. Vol. 18, issue 1. P. 78–80. DOI: 10.1111/bdi.12366.
- Samokhvalov V. P., Samokhvalova, O. E. Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project // *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders*

Disorders, Volume II. M. S. Ritsner (eds.). Springer, Dordrecht, 2011. P. 121–164. DOI: 10.1007/978-94-007-0831-0_6.

- Is nonverbal behavior in patients and interviewers relevant to the assessment of depression and its recovery? A study with Dutch and Brazilian patients / J. T. Fiquer, R. A. Moreno, J. Z. Canales [et al.] // *Psychiatry Research*. 2017. Vol. 250. P. 59–64. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.01.053.

References

- Chugunov, V. V., & Kireeva, E. N. (2014). Mediko-psihologicheskie prediktory prodromal'nogo perioda povtornogo ehpizoda rekurrentnogo depressivnogo rasstrojstva [Medical and psychological predictors of prodromal period of repeated episode of major depressive disorder]. *Zaporozhskij medicinskij zhurnal – Zaporozhye medical journal*, issue 3 (84), pp. 71–76. (In Russian).
- Maruta, N. O., & Verbenko, G. M. (2017). Kognityvni porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad [Cognitive impairment in patients with bipolar affective disorder]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 3, pp. 32–34. (In Ukrainian).
- Lee, J., Altshuler, L., Glahn, D. C., Miklowitz, D. J., Ochsner, K., & Green, M. F. (2013). Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *American Journal of Psychiatry*, vol. 170, issue 3, pp. 334–341. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12040490.
- Duffy, A. (2015). Early identification of recurrent mood disorders in youth: the importance of a developmental approach. *Evidence-Based Mental Health*, vol. 18, issue 1, pp. 7–9. DOI: 10.1136/eb-2014-101993.
- Ghaemi, S. N., & Dalley, S. (2014). The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 48, issue 4, pp. 314–324. DOI: 10.1177/0004867413504830.
- Murru, A., Manchia, M., Tusconi, M., Carpiello, B., Pacchiarotti, I., Colom, F., & Vieta, E. (2016). Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. *Bipolar Disorder*, vol. 18, issue 1, pp. 78–80. DOI: 10.1111/bdi.12366.
- Samokhvalov, V. P., & Samokhvalova, O. E. (2011). Toward a Neuroethology of Schizophrenia: Findings from the Crimean Project. In: Ritsner M. (eds) *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders* (pp. 121–164), Volume II. Springer, Dordrecht. DOI: 10.1007/978-94-007-0831-0_6.
- Fiquer, J. T., Moreno, R. A., Canales, J. Z., Cavalcanti, A., & Gorenstein, C. (2017). Is nonverbal behavior in patients and interviewers relevant to the assessment of depression and its recovery? A study with Dutch and Brazilian patients. *Psychiatry Research*, vol. 250, pp. 59–64. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.01.053.

Відомості про автора:

ХОМИЦЬКИЙ Микола Євгенович – канд. мед. наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: nhomitski@ukr.net

Сведения об авторе:

ХОМИЦКИЙ Николай Евгеньевич – канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина. e-mail: nhomitski@ukr.net

About the Author:

KHOMITSKIY Mykola Yevhenovych – MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: nhomitski@ukr.net

УДК 616.89-003.96-053.7-08-084

В. М. Сінайко*, М. М. Хаустов

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ДИНАМІКИ СТАНІВ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Розвиток станів дезадаптації студентів під час професійного навчання є головною психологічною, медичною та соціально-економічною проблемою, що несприятливо позначається на ефективності майбутньої професійної діяльності студентів-медиків.

Мета – вивчити систематику та динаміку станів психічної дезадаптації у студентів медичного ВНЗ.

Матеріали та методи. В динаміці 6 років навчання у ХНМУ проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 412 студентів обох статей Харківського національного медичного університету (ХНМУ) віком $19,5 \pm 2,5$ роки, 147 чоловіків (35,7 %) та 265 жінок (64,3 %). Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (використання госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS); опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Дерогатиса (SCL-90-R); шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003)), математико-статистичний.

Результати. Клінічно оформлені стани психічної дезадаптації (СПДА) виявлено в $16,4 \pm 1,6$ % студентів I курсу ($10,0 \pm 6,7$ % чоловіків і $19,9 \pm 4,7$ % жінок). У структурі СПДА у студентів переважали тривожні і депресивні розлади в межах рубрик F43.2 і F41.2, а також соматоформна вегетативна дисфункція. Обґрунтовано необхідність виділення станів психічної субадаптації (СПСА) як нозологічно неокреслених форм психічної патології, наведена їх система-тика, поширеність серед студентів різних курсів.

Поширеність СПСА серед студентів I курсу склала $37,6 \pm 2,1$ % ($31,3 \pm 5,8$ % чоловіків і $41,2 \pm 4,1$ % жінок). Динаміка психічного стану студентів протягом усього періоду навчання характеризується хвилюподібним перебігом. Порівняльний аналіз структури СПДА і СПСА у студентів різних курсів дозволив виділити три періоди, в межах яких психічний стан студентів змінюється незначно, а умови життя і навчання створюють однотипні фактори ризику розвитку психічних розладів: початок навчання (I і II курси), середні курси (III і IV), а також старші курси.

Висновки. Встановлено, що студенти середніх курсів максимально адаптовані до умов навчання, тому частота зазначених розладів як клінічного, так і субклінічного рівня у них мінімальна, тоді як на старших курсах спостерігається чергова хвиля поширеності розладів адаптації з її подальшим зниженням.

Ключові слова: стани психічної дезадаптації, студенти, фактори ризику, функціональна діагностика, прогнозування.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ

В. М. Синайко*, М. Н. Хаустов

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность. Развитие состояний дезадаптации студентов в течение профессионального обучения является главной психологической, медицинской и социально-экономической проблемой, неблагоприятно сказывается на эффективности будущей профессиональной деятельности студентов-медиков.

Цель – изучить систематику и динамику состояний психической дезадаптации у студентов медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 412 студентов обоего пола Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ) в среднем возрасте $19,5 \pm 2,5$ года, 147 мужчин (35,7 %) и 265 женщин (64,3 %), которые были обследованы в динамике 6 лет обучения в ХНМУ. Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностические (использование госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) опросника выраженности психопатологической симптоматики Дерогатиса (SCL-90-R), шкалы оценки профессиональной дезадаптации А. Н. Родиной в адаптации М. А. Дмитриевой (2003)), математико-статистический.

Результаты. Клинически оформленные состояния психической дезадаптации (СПДА) встречались у $16,4 \pm 1,6$ % студентов I курса ($10,0 \pm 6,7$ % мужчин и $19,9 \pm 4,7$ % женщин). В структуре СПДА студентов преобладали тревожные и депрессивные расстройства в пределах рубрик F43.2 и F41.2, а также соматоформная вегетативная дисфункция. Обоснована необходимость выделения состояний психической субадаптации (СПСА) как нозологически неочерченных форм психической патологии, приведены их систематика, распространенность среди студентов разных курсов.

Распространенность СПСА среди студентов I курса составила $37,6 \pm 2,1$ % ($31,3 \pm 5,8$ % мужчин и $41,2 \pm 4,1$ % женщин). Динамика психического состояния студентов в течение всего периода обучения характеризуется волнообразным течением. Сравнительный анализ структуры СПДА и СПСА среди студентов разных курсов позволил выделить три периода, в пределах которых психическое состояние студентов меняется незначительно, а условия жизни и обучения создают однотипные факторы риска развития психических расстройств: начало обучения (I и II курсы), средние курсы (III и IV), а также старшие курсы.

Выводы. Установлено, что студенты средних курсов максимально адаптированы к условиям обучения, поэтому частота указанных расстройств, как клинического, так и субклинического уровня, среди них минимальная, тогда как на старших курсах наблюдается очередная волна распространенности расстройств адаптации с ее последующим снижением.

Ключевые слова: состояния психической дезадаптации, студенты, факторы риска, функциональная диагностика, прогнозирование.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE DYNAMICS
OF MENTAL DISADAPTATION OF STUDENTS AT A MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION

V. M. Sinaiko*, M. M. Khaustov

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. The development of students' disadaptation states during vocational training is a major psychological, medical and socio-economic problem, which adversely affects the effectiveness of the future professional activity of medical students.

Objective – to study the systematics and dynamics of the states of mental maladjustment among students of a medical university.

Materials and methods. We conducted a comprehensive clinical-anamnestic, clinical-psychopathological and psycho-diagnostic examination of 412 students in the dynamics of 6 years of study at Kharkov National Medical University (KNMU) of both sexes (147 men (35.7 %) and 265 women (64.3 %)). An average age was 19.5 ± 2.5 years. Research methods: clinical, psychopathological, psychodiagnostic (using the hospital anxiety and depression scale (HADS), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), scale for assessing occupational maladjustment of A. N. Homeland in adaptation M. A. Dmitrieva (2003)), statistical methods.

Results. Clinically documented states of mental maladjustment (SMMA) were found in 16.4 ± 1.6 % of first-year students (10.0 ± 6.7 % of men and 19.9 ± 4.7 % of women). In the structure of the SMMA of students prevailed anxiety and depressive disorders (within the F43.2 and F41.2), as well as somatoform autonomic dysfunction. The necessity of distinguishing the states of mental subadaptation (SMSA) as nosologically unmarked forms of mental pathology is substantiated, their systematics and prevalence among students of different courses are given. The prevalence of SMSA among first-year students was 37.6 ± 2.1 % (31.3 ± 5.8 % of men and 41.2 ± 4.1 % of women). The dynamics of the mental state of students during the entire period of study is characterized by a wave-like course. Comparative analysis of the structure of SMMA and SMSA among students of different courses allowed us to distinguish three periods within which the mental state of students varies slightly, and living and learning conditions create the same type of risk factors for the development of mental disorders: the start of training (courses I and II), middle courses (III and IV) as well as senior courses.

Conclusions. It has been established that students of secondary courses are maximally adapted to the conditions of study, therefore the frequency of these disorders, both clinical and subclinical, is minimal among them, while at senior courses second wave of prevalence of adaptation disorders is observed with its subsequent decrease.

Keywords: mental disadaptation states, students, risk factors, functional diagnostics, prediction.

For citation: Sinaiko V. M., Khaustov M. M. Comprehensive assessment of the dynamics of mental disadaptation of students at a medical higher educational institution. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(4): 212–215. (In Ukr.)

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

Received / Поступила: 11.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 13.11.2018

Актуальність. Загальні тенденції сучасності – прискорення темпу життя, зростання числа комунікативних зв'язків, посилення соціально-економічної напруги в суспільстві, урбанізація – призводять до підвищення поширеності психічних та психосоматичних захворювань, насамперед межового, невротичного рівня, що зумовлює необхідність їх ранньої діагностики, корекції та профілактики. Розвиток станів дезадаптації студентів протягом професійного навчання є головною психологічною, медичною та соціально-економічною проблемою, що несприятливо позначається на ефективності майбутньої професійної діяльності студентів-медиків [1–3].

Навчання у вищих та середніх спеціальних навчальних закладах можна віднести до специфічного виду діяльності, що відрізняється постійним зростанням обсягу і складності інформації, дефіцитом часу, підвищеними вимогами до розв'язання проблемних ситуацій, жорсткістю контролю та іншими факторами [4, 5].

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів медичних університетів до навчальної діяльності обумовлена тим, що процес навчання відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження [6]. Поширеність дезадаптивних розладів у студентській популяції, за даними літератури, коливається від 5,8 % до 61,35 %. Вони обумовлюють зниження працездатності, погіршення навчальної адаптації й академічної успішності, а також якості життя студентів [7, 8].

Аналіз наукової літератури, присвяченої проблемам адаптації та дезадаптації людини до різних видів діяльності, дозволяє стверджувати, що динаміка процесу адаптації студентів до умов навчання у ВНЗ в умовах кредитно-модульної системи освіти та механізми виникнення у них розладів адаптації досліджені недостатньо, як у теоретичному, так і в практичному плані [9–11].

Незважаючи на значну кількість серйозних досліджень, що стосуються психологічних, педагогічних, медичних аспектів розвитку психічних порушень в осіб, які займаються напруженою розумовою працею, проблему їх ранньої діагностики в сучасних умовах не можна вважати остаточно вирішеною. Найчастіше увагу дослідників привертає вивчення стану психічного здоров'я школярів, учнів випускних класів та студентів перших років навчання у ВНЗ. Водночас в Україні за останні десятиріччя не проводилися проспективні дослідження, спрямовані

на вивчення динаміки психічного стану і формування психічної дезадаптації у студентів ВНЗ різного профілю протягом усього періоду навчання [12–14].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення нашого дослідження.

Мета – на підставі результатів комплексного клініко-психопатологічного та психодіагностичного досліджень вивчити систематику та динаміку станів психічної дезадаптації у студентів.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 412 студентів обох статей, Харківського національного медичного університету. Середній вік обстежених склав $19,5 \pm 2,5$ роки; в динаміці 6 років навчання у ХНМУ були обстежені 147 чоловіків (35,7 %) та 265 жінок (64,3 %).

У роботі використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний – вивчення скарг, оцінка психічного і соматоневрологічного статусу студентів, виділення основних психопатологічних синдромів, їх динаміки. Як діагностичні критерії використовували критерії МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав використання госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Дерогатіса (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) (за Н. В. Тарабриною, 2001); шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003).

Математико-статистичні методи включали методи математичної статистики з обчисленням середніх величин (M) та їх похибок (m). Відмінності показників у групах за t -критерієм Стюдента вважали достовірними при $p \leq 0,05$. При складанні табличних алгоритмів здійснювали просте ранжування факторів (p) у послідовності зменшення їх інформативності.

Результати та їх обговорення

Усі обстежені студенти були поділені на 3 групи. До I групи увійшли умовно здорові студенти, які мали лише поодинокі скарги, в основному на загальне самопочуття

при напруженому навчанні – $46,0 \pm 2,1$ % обстежених ($58,7 \pm 4,5$ % чоловіків і $38,9 \pm 4,1$ % жінок, $p < 0,05$). До II групи увійшли студенти зі станами психічної дезадаптації (СПДА) – $16,4 \pm 1,6$ % обстежених ($10,0 \pm 6,7$ % чоловіків і $19,9 \pm 4,7$ % жінок, $p > 0,05$), яким були притаманні зниження настрою, поява пов'язаних із цим думок про свою невисоку значимість, нездатність впоратися з навчальним навантаженням, клінічні прояви тривоги (за госпітальною шкалою тривоги і депресії) (табл. 1).

Таблиця 1. Клінічна структура станів психічної дезадаптації у студентів (%)

Діагноз за МКХ-10	Чоловіки	Жінки	Всього
Змішаний тривожний і депресивний розлад	20	13,9	15,2
Короткочасна депресивна реакція	10	8,3	8,7
Пролонгована депресивна реакція	20	9,7	12,0
Змішана тривожна і депресивна реакція	15	25	22,8
Розлад адаптації із переважанням порушення інших емоцій	10	20,9	18,5
Соматоформна вегетативна дисфункція	5	9,7	8,7
Іпохондричний розлад	15	6,9	8,7
Неврастенія	5	5,6	5,4

До III групи увійшли студенти зі станами психічної субадаптації (СПСА) – $37,6 \pm 2,1$ % обстежених ($31,3 \pm 5,8$ % чоловіків і $41,2 \pm 4,1$ % жінок, $p > 0,05$), яким були притаманні скарги на головний біль, зниження розумової працездатності, підвищене відволікання уваги, які виникали в ситуаціях, що ставлять підвищені вимоги до рівня психічної організації особистості (заліки, іспити), субклінічні прояви тривоги та депресії. Як видно з таблиці 2, найчастіше трапляються астенічний та субдепресивний варіанти СПСА, що відображає загальні напрямки психічного реагування на високий рівень розумового навантаження, пов'язаного із навчальною діяльністю студентів (табл. 2).

Таблиця 2. Типи станів психічної субадаптації у студентів (%)

Тип станів психічної субадаптації у студентів	Чоловіки	Жінки	Всього
Астенічний	30,2	27,2	28,1
Тривожний	12,7	23,8	20,5
Субдепресивний	14,3	25,9	22,4
Соматоформний вегетативний	17,4	9,5	11,9
Змішаний	25,4	13,6	17,1

Результати проведеного нами дослідження показали, що кількість студентів, віднесених до тієї чи іншої групи спостереження, залежить від їх статі та року навчання (табл. 3).

Так, на I курсі СПДА були виявлені у $16,4 \pm 1,6$ %, а СПСА – у $37,6 \pm 2,1$ % студентів. На II курсі поширеність СПДА трохи зросла – до $17,0 \pm 5,2$ %, тоді як частота СПСА залишилася сталою – $37,6 \pm 4,5$ %. На III курсі спостерігали поліпшення психічного стану студентів і зниження частоти СПДА до $9,8 \pm 4,5$ %, а СПСА до $28,7 \pm 4,0$ %. На IV курсі поширеність СПДА і СПСА змінювалися несуттєво і складала відповідно $12,5 \pm 4,2$ % і $26,4 \pm 3,9$ %. По-

дальше зростання частоти зазначених розладів спостерігалось на V курсі, а на VI поширеність СПДА та СПСА знову знижувалася, відповідно до $9,1 \pm 6,3$ % і $8,2 \pm 6,3$ %.

Динаміка психічного стану студентів впродовж усього періоду навчання характеризується хвилюваним перебігом; найбільша кількість скарг на загальне самопочуття та симптомів у різних психічних сферах виявляється у студентів перших двох курсів, згодом відбувається їх поступове зниження, і на старших курсах цей показник знову зростає.

Результати нашого дослідження показали, що існують загальні закономірності динаміки психічного стану студентів, які не залежать від профілю ВНЗ та тривалості навчання, а пов'язані тільки із його періодами (молодші, середні і старші курси). Очевидно, цей факт можна пояснити дією механізмів адаптації студентів до умов навчання, що й визначають кількість та поєднання скарг і симптомів у різних психічних сферах.

Якісний аналіз дозволив визначити феноменологічну характеристику психічного стану студентів протягом шести років навчання у ВНЗ. Так, погіршення загального самопочуття насамперед визначалося зниженням розумової працездатності (27,7 % студентів), якості нічного сну (31,4 %), наявністю головного болю (51,3 %) та соматовегетативних порушень (26,6 %). Більшість студентів скаржилися на неувважність (87,6 %), розбитість (90,0 %), розумову втому (69,2 %). Розлади пам'яті були представлені зниженням запам'ятовування поточних подій (36,6 %), утрудненням пригадування необхідної інформації (29,5 %) та виникненням мимовільних напливів спогадів (63,3 %). Порушення уваги були представлені підвищеним відволіканням (43,1 %) та прикутістю уваги до неприємних переживань (44,4 %). Емоційні порушення проявлялися швидкою зміною настрою (62,1 %), дратівливістю (80,0 %), занепокоєнням, тривогою, почуттям внутрішньої напруженості (60,8 %), а також зниженням кола інтересів (16,3 %), байдужістю до свого стану і своєї долі (31,6 %), холодністю, а іноді й ворожістю до близьких (46,1 %). Зазначені симптоми частіше спостерігали в період екзаменаційних сесій, особливо у студентів молодших курсів.

Висновки

Наведені закономірності свідчать про те, що порушення емоцій, діяльності, пам'яті, як і погіршення загального самопочуття, є першими проявами погіршення психічного стану в осіб, що займаються напруженою розумовою працею.

Таблиця 3. Поширеність станів психічної дезадаптації та субадаптації у студентів різних курсів (%)

Курс	Здорові			СПСА			СПДА		
	чол.	жін.	всього	чол.	жін.	всього	чол.	жін.	всього
I	58,7	38,9	46,0	31,3	41,2	37,6	10,0	19,9	16,4
II	57,7	39,3	45,4	29,9	41,7	37,6	12,4	19,0	17,0
III	74,6	62,6	61,5	19,7	27,2	28,7	5,7	10,2	9,8
IV	67,1	59,7	61,1	23,7	26,0	26,4	9,2	14,3	12,5
V	68,4	46,4	53,3	15,8	33,3	29,0	15,8	20,3	17,77
VI	89,1	89,1	89,1	5,1	5,9	5,7	5,9	5,0	5,2

Встановлено, що студенти середніх курсів максимально адаптовані до умов навчання, тому частота зазначених розладів як клінічного, так і субклінічного рівня у них мінімальна, тоді як на старших курсах спостерігається чергова хвиля поширеності розладів адаптації з її наступним зниженням.

Результати проведеного дослідження дозволяють прогнозувати динаміку психічного стану студентів уже на підставі оцінки їх на I курсі. Найбільш адаптованими до умов навчання у ВНЗ є студенти, які на I курсі включені в I групу (практично здорові). Імовірність зниження психічної адаптації на момент закінчення ВНЗ в даній групі склала лише 17,2 % (19,6 % чоловіків та 15,4 % жінок), причому в однаковій мірі можливим було виникнення як клінічно оформлених СПДА (7,5 %, в тому числі 9,8 % чоловіків та 5,8 % жінок), так і окремих ознак СПСА (9,7 %, в тому числі 9,8 % чоловіків та 9,6 % жінок). Зазначені особи, як правило, не мали потреби в проведенні психотерапевтичної або психокорекційної роботи, стосовно до них найвиправданіші неспецифічні психогігієнічні заходи.

Список використаної літератури

1. Аймедов К. В., Стрельбицька С. М. Професійна мобільність майбутніх фахівців у процесі навчання у ВНЗ: компетентнісний підхід. *Науково-методичний журнал «Наукові праці», серія педагогіка*. 2014. Т. 251, № 239. С. 49–52.
2. Малахов П. С., Асеева Ю. О., Харітонова А. С. Проблемність адаптації студентів-медиків. *Медицина психологія*. 2016. Т. 11, № 2 (42). С. 3–5.
3. Синайко В. М. Особенности динамики психического состояния студентов медицинского ВУЗа. *Український вісник психоневрології*. 2001. Т. 9, вип. 2 (27). С. 42–44.
4. Кожина Г. М., Маркова М. В., Гриневич Е. Г., Зеленська К. О. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III-IV уровней аккредитации. *Архив психиатрии*. 2011. Т. 17, № 4 (67). С. 32–35.
5. Синайко В. М. Основні напрямки та клінічні особливості дезадаптації студентів ВУЗу. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2002. № 1. С. 116–118.
6. Соколова И. М. Психологические механизмы адаптации студентов. Харьков: ХГМУ, 2007. 412 с.
7. Пшук Н. Г., Слободянюк Д. П. Роль психосоциальных факторов в генезе социальной дезадаптации у студентов-медиков. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 86–91.
8. Лецина І. В. Скринінгова діагностика неспсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. *Вісник проблем біології і медицини*. 2011. Т. 1, № 2. С. 131–135.
9. 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.
10. Юрьева Л. Н. Кризисы профессиональной деятельности врача и пути их преодоления. *Здоров'я України*. 2017. № 2 (41). С. 23–24.
11. Кюсева О. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 1 (86). С. 60–63.
12. Samokhvalov A. V. Las manifestaciones fisiologicas y psicologicas de la adaptacion al stress de instruccion. Abstracts book of WPA International Congress «New Commitments for Psychiatrists». Madrid, Spain, 2001. P. 144–145.
13. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 62–65.
14. В'юн В. В. Принципи та алгоритми психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів інтернів. *Український вісник психоневрології*. 2017. Том 25, вип. 3 (92). С. 26–28.

Відомості про авторів:

СИНАЙКО Вадим Михайлович – д-р. мед. наук, професор, декан VI медичного факультету з підготовки іноземних громадян, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (ХНМУ), м. Харків, Україна;
e-mail: vmsinaiko@ukr.net
ХАУСТОВ Максим Миколайович – канд. мед. наук, доцент, декан II медичного факультету, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, м. Харків, Україна;
e-mail: haustov217@gmail.com

Сведения об авторах:

СИНАЙКО Вадим Михайлович – д-р. мед. наук, професор, декан VI медицинского факультета по подготовке иностранных граждан, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ), г. Харьков, Украина;
e-mail: vmsinaiko@ukr.net
ХАУСТОВ Максим Николаевич – канд. мед. наук, доцент, декан II медицинского факультета, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, г. Харьков, Украина;
e-mail: haustov217@gmail.com

References

1. Ayamedov, K. V., & Strelbitskaya, S. M. (2014). Profesiina mobilnist maibutnikh fakhivtsiv u protsesi navchannia u VNZ: kompetentnisnyi pidkhd [Professional mobility of future specialists in the process of studying at a higher educational institution: competence approach]. *Naukovo-metodychnyi zhurnal «Naukovi pratsi», seria pedahohika – The science-methodical journal «Naukovi Pratsi» (a series of pedagogy)*, vol. 251, no. 239, pp. 49–52. (In Ukrainian).
2. 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).
3. Sinaiko, V. M. (2001). Osobennosti dinamiki psikhicheskogo sostoiianiia studentov meditsinskogo VUza [Features of the dynamics of the mental state of medical students]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 9, issue 2 (27), pp. 42–44. (In Russian).
4. Kozhyna, H. M., Markova, M. V., Hrynevych, Ye. H., & Zelenska, K. O. (2011). K probleme adaptacionnogo sindroma studentov mladshih kursov VUZov III-IV urovnej akkreditatsii [The problem of the undergraduate students of universities III-IV accreditation levels]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 17, no. 4 (67), pp. 32–35. (In Russian).
5. Sinaiko, V. M. (2002). Osnovni napriamky ta klinichni osoblyvosti dezadaptatsii studentiv VUZu [The main directions and clinical features of the students' adaptation of the university]. *Ekspyrymentalna i klinichna medytsyna – Experimental and Clinical Medicine*, no. 1, pp. 116–118. (In Ukrainian).
6. Sokolova, I. M. (2007). Psihofiziologicheskie mehanizmy adaptatsii studentov [Psychophysiological mechanisms of student adaptation]. Kharkiv: KhHMU, 412 p. (In Russian).
7. Pshuk, N. H., & Slobodianiuk, D. P. (2015). Rol psykhosotsialnykh chynnykiv v genezi sotsialnoi dezadaptatsii u studentkoi molodi [Role of psychosocial factors in the genesis of social exclusion among student youth]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 23, issue 2 (83), pp. 86–91. (In Ukrainian).
8. Leshchyna, I. V. (2011). Skryninhova diahnozyka nepsykhotychnykh psykhychnykh rozladiv u studentiv-medykiv [Screening diagnosis of nonpsychotic mental disorders in medical students]. *Visnyk problem biolohii i medytsyny – Bulletin of problems biology and medicine*, vol. 1, no. 2, pp. 131–135. (In Ukrainian).
9. Kornienko, O. V. (2015). Indyvidualno-typolohichniy (introvertovanyi) ta faktorny analiz psykhosomatychnoho 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 pedahohichniy 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).
10. Yuryeva, L. M. (2017). Krizisy professionalnoi deiatelnosti vracha i puti ikh preodoleniia [Crises of the doctor's professional activities and ways of their overcome]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, no. 2 (41), pp. 23–24. (In Russian).
11. Kioseva, O. V. (2016). Psihopatologicheskaja harakteristika jemotsional'noj sfery u studentov mladshih kursov [Psychopathological characteristics of an emotional sphere of university first year students]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 24, issue 1 (86), pp. 60–63. (In Russian).
12. Samokhvalov, A. V. (2001). Las manifestaciones fisiologicas y psicologicas de la adaptacion al stress de instruccion [The physiological and psychological manifestations of the adaptation to the stress of instruction]. *Abstracts book of WPA International Congress «New Commitments for Psychiatrists»*. Madrid, Spain, pp. 144–145. (In Spanish).
13. Herasymenko, L. O. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia (suchasni kontseptualni modeli) [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 26, issue 1 (94), pp. 62–65. (In Ukrainian).
14. Viun, V. V. (2017). Pryntsypy ta alhorytmy psykhoterapevtychnoi korektsii rozladiv adaptatsii u likariv interniv [Principles and algorithms of psychotherapeutic correction of adjustment disorders in internship doctors]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohi – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 25, issue 3 (92), pp. 26–28. (In Ukrainian).

About the Authors:

SINAIKO Vadym Mykhailovych – MD, PhD, Professor, Dean of the VI Faculty for international students, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University (KhNMU), Kharkiv, Ukraine;
e-mail: vmsinaiko@ukr.net
KHAUSTOV Maksym Mykolaiovych – MD, PhD, Docent, Dean of 2nd medical faculty, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of KhNMU, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: haustov217@gmail.com

О. О. Сидоренко

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ
ТА ВНУТРІШНЬОЇ МОТИВАЦІЇ У ДЕРЖСЛУЖБОВЦІВ**ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної
та клінічної медицини» ДУС, м. Київ, Україна

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Складність та інтенсивність стресових впливів робочого середовища на державного службовця обумовлює актуальність дослідження копінг-стратегій, що використовуються як стрес-долаюча поведінка. Враховуючи, які стратегії задіюються для подолання стресу, необхідно дослідити рівень внутрішньої мотивації працівника, оскільки стресові та проблемні ситуації виникають у робочому середовищі, при виконанні робочих завдань.

Метою дослідження було дослідити особливості використання копінг-стратегій у державних службовців (ДС) та рівень їхньої внутрішньої мотивації до робочої діяльності у контексті ефективності обраної копінг-стратегії.

Матеріали та методи. На базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС у 2016–2018 рр. обстежено 159 ДС, серед них 118 жінок (74,22 %) та 41 чоловік (25,78 %). Середній вік респондентів становив 42,7±9,19 років. Середній стаж роботи у державній службі становив 16,37±8,25 років. Дослідження було проведене з використанням психодіагностичного інструментарію, що включав методику «Діагностика копінг-механізмів» (Е. Heim), опитувальник «Внутрішня мотивація» (Е. Deci, R. Ryan).

Результати. В результаті дослідження встановлено, що при виникненні стресової ситуації найменш ефективним є використання поведінкових копінг-стратегій: 103 (64,78 %) респондентів застосовують відносно- та неадаптивні стратегії. Низький рівень ефективності і у випадку застосування когнітивних копінг-стратегій (95 (59,75 %) респондентів). Проте, застосовуючи емоційні копінг-стратегії, більшість респондентів застосовує ефективний копінг – 112 (70,44 %) опитаних, неефективні стратегії застосовує 47 (29,56 %) опитаних.

Рівень внутрішньої мотивації до робочої діяльності серед держслужбовців можна оцінити як задовільний. Зі 159 респондентів 53 (33,31 %) вказали, що незадоволені своєю діяльністю; 62 (38,99 %) респонденти зазначили, що рівень докладених ними зусиль є недостатнім; 128 (80,55 %) респондентів мають незадоволену потребу у самодетермінованості. Незважаючи на вищевказане, 136 (85,53 %) респондентів високо оцінюють рівень власної робочої компетентності та професіоналізму.

Висновки. При неадаптивній моделі когнітивного копіngu (n=64; 40,25 %) респонденти застосовують стратегії «дисимуляція» (n=43; 67,20 %) та «ігнорування» (n=12; 18,75 %) – пасивні форми копіngu, що базуються на невпевненості та/або приховуванні власних сил та інтелектуальних можливостей, а також на навмисному ігноруванні наслідків невирішених проблемних ситуацій. Це певною мірою пояснює низький рівень докладених зусиль серед 62 (38,99 %) респондентів, що складає більше третини вибірки.

При неадаптивній моделі поведінкового копіngu (n=36; 22,65 %) респонденти застосовують стратегії «активне уникнення» (n=27; 75,00 %) та «відступ» (n=9; 25,00 %) – поведінка, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, ізоляцію, прагнення до уникнення активних інтерперсональних контактів, відмову від вирішення проблем. При незадоволенні перерахованих потреб цієї поведінкової моделі може виникати почуття незадоволеності роботою та робочим середовищем (n=53; 33,31 %).

Оскільки загальний рівень власної професійної компетентності серед респондентів оцінений досить високо – 136 (85,53 %) опитаних, можемо зробити висновок, що на зниження рівня внутрішньої мотивації до робочої діяльності впливає незадоволена потреба у самодетермінованості (n=128; 80,55 %), що може відображатися у контролі робочого процесу працівника, відсутності власної ініціативи/можливості внести робочу пропозицію, строгій регламентації праці. Це, в свою чергу, відображається на зниженні задоволення від роботи та небажанні прикладати зусилля для виконання робочих завдань, що може істотно вплинути на обсяги та якість виконуваної роботи.

Ключові слова: копінг-поведінка, внутрішня мотивація, державні службовці.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ВНУТРЕННЕЙ МОТИВАЦИИ У ГОССЛУЖАЩИХ

О. А. Сидоренко

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, г. Киев, Украина
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Актуальность. Сложность и интенсивность стрессовых воздействий рабочей среды на государственного служащего обуславливает актуальность исследования копинг-стратегий, используемых как стресс-преодолевающее поведение. Учитывая, какие стратегии задействуются для преодоления стресса, необходимо исследовать уровень внутренней мотивации работника, поскольку стрессовые и проблемные ситуации возникают в рабочей среде, при выполнении рабочих задач.

Целью исследования было изучить особенности использования копинг-стратегий у государственных служащих (ГС) и уровень их внутренней мотивации к рабочей деятельности в контексте эффективности выбранной копинг-стратегии.

Матеріали і методи. На базі ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД в 2016–2018 гг. обследовано 159 ГС, среди них 118 женщин (74,22 %) и 41 мужчина (25,78 %). Средний возраст респондентов составил 42,7±9,19 лет. Средний стаж работы в государственной службе составлял 16,37±8,25 лет. Исследование было проведено с использованием психодиагностического инструментария, включавшего методику «Диагностика копинг-механизмов» (E. Heim), опросник «Внутренняя мотивация» (E. Deci, R. Ryan).

Результаты. При возникновении стрессовой ситуации наименее эффективны поведенческие копинг-стратегии: 103 (64,78 %) респондента применяют относительно- и неадаптивные стратегии. Низкий уровень эффективности и в случае применения когнитивных копинг-стратегий (95 (59,75 %) респондентов). Однако, применяя эмоциональные копинг-стратегии, большинство респондентов применяет эффективный копинг – 112 (70,44 %) опрошенных, неэффективные стратегии применяет 47 (29,56 %) опрошенных.

Уровень внутренней мотивации к рабочей деятельности среди госслужащих можно оценить как удовлетворительный. Из 159 респондентов 53 (33,31 %) указали, что недовольны своей деятельностью; 62 (38,99 %) респондента отметили, что уровень прилагаемых ими усилий недостаточен; 128 (80,55 %) респондентов имеют неудовлетворенную потребность в самодетерминированности. Несмотря на вышеуказанное, 136 (85,53 %) респондентов высоко оценивают уровень своей рабочей компетентности и профессионализма.

Выводы. При неадаптивной модели когнитивного копинга (n=64; 40,25 %) респонденты применяют стратегии «диссимуляция» (n=43; 67,20 %) и «игнорирование» n=12 (18,75 %) – пассивные формы копинга, которые базируются на неуверенности и/или сокрытии собственных сил и интеллектуальных возможностей, а также на преднамеренном игнорировании последствий нерешенных проблемных ситуаций. Это в определенной степени объясняет низкий уровень прилагаемых усилий среди 62 (38,99 %) респондентов, что составляет более трети выборки.

При неадаптивной модели поведенческого копинга (n=36; 22,65 %) респонденты применяют стратегии «активное избегание» (n=27; 75,00 %) и «отступление» (n=9; 25,00 %) – поведение, предусматривающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, изоляцию, стремление к избеганию активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем. При неудовлетворенности перечисленных потребностей этой поведенческой модели может возникать чувство неудовлетворенности работой и рабочей средой (n=53; 33,31 %).

Поскольку общий уровень собственной профессиональной компетентности среди респондентов оценен достаточно высоко – 136 (85,53 %) опрошенных, можем сделать вывод, что на снижение уровня внутренней мотивации к рабочей деятельности влияет неудовлетворенная потребность в самодетерминированности (n=128; 80,55%), что может отображаться в контроле рабочего процесса работника, отсутствии собственной инициативы/возможности внести рабочее предложение, строгой регламентации труда. Это, в свою очередь, отражается на снижении удовольствия от работы и нежелании прикладывать усилия для выполнения рабочих задач, что может существенно повлиять на объемы и качество выполняемой работы.

Ключевые слова: копинг-поведение, внутренняя мотивация, государственные служащие.

FEATURES OF USE OF COPING STRATEGIES AND INTERNAL MOTIVATION BY CIVIL SERVANTS

O. O. Sydorenko

State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Background. The complexity and intensity of the stresses of the working environment on a civil servant determines the relevance of the study of coping strategies that are used as stress-breaking behavior. Looking at strategies that are used to overcome stress, we need to investigate the level of internal employee motivation, as stress and problem situations emerge in the work environment when performing work tasks.

Objective – to investigate the peculiarities of the use of coping strategies for civil servants (CS) and the level of their internal motivation to work in the context of the effectiveness of the selected coping strategy.

Materials and methods. On the basis State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department in 2016–2018 we examined 159 CS participated (118 women (74.22 %) and 41 men (25.78 %)). The average age of respondents was 42.7±9.19 years. The average length of service in the civil service was 16.37±8.25 years.

The research was carried out using psychodiagnostic tools, which included: the method of «Diagnosis of Coping Mechanisms» (E. Heim), the questionnaire «Inner Motivation» (E. Deci, R. Ryan).

Results. As a result of the study, it was found that in the event of a stressful situation, the use of behavioral coping strategies is the least effective: 103 (64.78 %) respondents use relative and non-adaptive strategies. Low level of effectiveness in case of use of cognitive coping strategies (95 (59.75 %) of respondents). However, using emotional coping strategies, the majority of respondents use effective copying – 112 (70.44 %) of respondents, 47 (29.56 %) respondents use ineffective strategies.

The level of internal motivation for work among CS can be assessed as satisfactory. Of the 159 respondents, 53 (33.31 %) indicated that they were dissatisfied with their activities; 62 (38.99 %) respondents noted that the level of efforts they are trying to do is insufficient; 128 (80.55 %) of respondents have a dissatisfied need for self-determinism. Notwithstanding the above, 136 (85.53 %) respondents highly value their own professional competence and professionalism.

Conclusions. In the non-adaptive model of cognitive coping (n=64, 40.25 %), respondents use «disimulation» strategies n=43 (67.20 %) and «ignoring» n=12 (18.75 %) – passive forms of coping that based on the uncertainty and/or concealment of their own strengths and intellectual capabilities, as well as the deliberate neglect of the effects of unresolved problem situations. This is to a certain extent due to the low level of effort among 62 (38.99 %) respondents, accounting for more than a third of the sample.

In the non-adaptive model of behavioral coping (n=36, 22.65 %), respondents use «active avoidance» strategies n=27 (75.00 %) and «retreat» n=9 (25.00 %) – behavior that implies avoiding thoughts about troubles, passivity, isolation, the desire to avoid active interpersonal contacts, refusal to solve problems. If dissatisfied with the listed needs of this behavioral model, there may be a sense of dissatisfaction with work and work environment (n=53; 33.31 %).

As the general level of professional competence among CS is estimated quite high – 136 (85.53 %) of the respondents, we can conclude that the decrease in the level of internal motivation to work is affected by the dissatisfied need for self-determinism (n=128, 80.55 %), which can be reflected in the control of the employee's workflow, lack of own initiative/opportunity to make a job offer, strict regulation of labor. This, in turn, reflects a reduction in work satisfaction and an unwillingness to exert efforts to perform work tasks, which can significantly affect the volume and quality of work performed.

Keywords: coping behavior, internal motivation, civil servants.

For citation: Sydorenko O. O. Features of use of coping strategies and internal motivation by civil servants. *Arkhiv Psykhatrii*, 2018, 24(4): 216–222. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): olegsydorenko259@gmail.com

Received / Поступила: 08.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 02.11.2018

Актуальність. У нинішніх умовах швидкого розвитку за умов потреби у зростанні кадрових ресурсів у більшості країн світу працівники різних сфер перебувають в умовах щоденного стресу. Одна з основних загроз цієї ситуації – збільшення кількості проявів негативних симптомів психічного здоров'я серед працівників [1]. Психічні захворювання у 2017 році стали другою причиною відсутності на робочому місці через захворювання [2] та головною причиною дострокового виходу на пенсію [3]. На особистісному ж рівні у працівника виникає дисбаланс моделі «прикладені зусилля – винагорода» через надмірне робоче навантаження та обов'язки [4, 5]. Прояви характеризуються використанням неадаптивних

копінг-стратегій, неможливістю індивідуального дистанціювання від роботи, а також надзвичайно амбіційною поведінкою, що обумовлює використання шаблонних алгоритмів вирішення стресової ситуації та виснажує психічний ресурс працівника [1]. Тому надмірне робоче навантаження та ступінь відповідальності можуть викликати відчуття несправедливо оцінених зусиль, прикладених до виконання робочого завдання, та, як було зазначено у наукових працях, – викликати порушення у сфері психічного та фізичного здоров'я індивіда [6, 7]. Інші ж дослідження вказують, що вміння розумово та фізично «дистанціюватися» від роботи важливе для здоров'я індивіда, а також забезпечує його психічне і

фізичне благополуччя й запобігає розвитку професійних деформацій [8, 9]. Також автори пишуть, що виникнення професійної деформації (у контексті довготривалого стресового впливу та фізичного прояву стресу в роботі та робочому середовищі) залежить не лише від особистості працівника, а й від його керівництва – неналежна організація та умови праці, неефективне керування кадрами, нечітко окреслені вимоги та обов'язки [10, 11]. Німецькі вчені, провівши дослідження серед держслужбовців, встановили, що жорсткі часові обмеження для виконання робочих завдань великих обсягів створюють граничний психологічний тиск на працівників та ставлять під загрозу досягнення ними кінцевої цілі. Для подолання цієї стресової ситуації працівники використовують стратегії «працюй швидше», «працюй довше», але дані дослідження показують, що ці копінг-стратегії належать до відносно- або неадаптивних [12]. Австрійські вчені провели дослідження, у якому вивчалася явище «навмисного затягування» робочого процесу працівником при встановлених часових рамках і заздалегідь відомих негативних наслідках. До причин «затягування» виконання завдань відносять дефіцит мотивації і вольових процесів, наростання тривожно-депресивної симптоматики та стресу, ситуаційні випадки (наприклад, складність завдання) [13, 14]. У дослідженні ролі саморегуляції працівника в умовах робочого стресу автори поділяють останній на «позитивний стрес» та «негативний стрес» [15]. До позитивного відносять стрес-ситуацію «виклик», коли від співробітника вимагається впоратися з високим робочим навантаженням, відповідальністю і складністю роботи. До негативного – стрес-ситуацію «перешкода», коли співробітник зіштовхується з невизначеністю ролі або конфліктом ролей, бюрократизмом [16]. Стрес «виклик» може бути мотивуючим стимулом для виникнення позитивних емоцій, особистісного розвитку і навчання, виконання завдань, подолання труднощів з використанням адаптивних копінг-стратегій, тоді як стрес «перешкода» стимулюватиме розвиток негативних емоцій та перешкоджатиме особистісному розвитку, навчанню, виконанню завдань, знижуватиме рівень робочої мотивації та ґрунтуватиметься на використанні неадаптивних копінг-стратегій [10, 15].

Говорячи про копінг-стратегії варто зазначити, що сам термін «coping» уперше був запропонований L. Murphy у 1962 р. у контексті дослідження подолання дітьми вимог, спричинених кризою розвитку. У вітчизняній психології термін «coping» перекладений як «подолання» та означає когнітивні, поведінкові та емоційні дії людини, спрямовані на подолання складних ситуацій і адаптації до обставин, що виникли. Для подолання стресової ситуації людина спрямовує свою діяльність, використовуючи копінг-стратегії, або на ситуацію, що виникла, або на себе, або на щось інше [17–21]. Дослідники підкреслюють значимість когнітивного аналізу при виникненні стресової ситуації: якщо ситуація оцінюється як підконтрольна – індивід використовує проблемно-фокусовані стратегії, якщо ж ні – емоційно-фокусовані стратегії або стратегії уникнення [18]. R. H. Moss і J. A. Schaefer виділяють наступні копінг-стратегії: 1) сфокусовані на оцінці (розуміння ситуації і наслідків); 2) сфокусовані на проблемі (прийняття конкретних рішень і дій); 3) сфо-

кусовані на емоціях (контроль емоцій та підтримання емоційного балансу) [17]. J. H. Amirkhan з точки зору скерованості дій на подолання проблеми виділяв три групи копінг-стратегій: 1) вирішення проблем; 2) пошук соціальної підтримки; 3) уникнення [19]. E. Frydenberg з погляду адаптивності-деадаптивності виділяє наступні три стратегії: 1) звернення до інших (відносно адаптивна стратегія); 2) когнітивний аналіз проблеми (адаптивна стратегія); 3) уникнення (неадаптивна стратегія) [22]. E. Heim розглядає копінг стратегії з точки зору їх модальності, відповідно до конкретної психологічної сфери: когнітивні, емоційні, поведінкові [23].

Більшість авторів відзначає когнітивні копінг-стратегії як ефективні або адаптивні – аналіз проблемної ситуації, пошук шляхів та способів вирішення проблеми, збереження психічного ресурсу [19, 22, 23]. Також відзначають, що негативний вплив на психічний стан чинить не стільки складність стресової ситуації, її проблемність або складність самого завдання, скільки вибір неадаптивної копінг-стратегії – до таких автори відносять уникнення проблем, втечу [19, 22, 23].

Деякі з авторів пропонують оцінювати не лише спрямованість копінг-стратегій, а й ступінь інтенсивності, поділяючи їх на активні або пасивні [22, 24]. До активних належать базові копінг-стратегії, що включають усі варіанти поведінки, спрямовані на вирішення стресової ситуації, включно з використанням стратегії «пошук соціальної підтримки» – пошук соціальних контактів, зв'язків, допомоги. Така поведінка є цілеспрямованим подоланням, чи модифікацією впливу стресової ситуації, що ослаблює стресовий фактор. До пасивних копінг-стратегій належать ті, базовою стратегією яких є уникнення або втеча. Поведінка спрямована на редукцію емоційної напруги, а не на подолання стресової ситуації.

Сучасна психологія розглядає копінг-стратегії і моделі поведінки як стабілізуючі механізми, що допомагають людям у підтриманні психосоціальної адаптації. Задачею цих механізмів є адаптація особистості до стресових ситуацій через зниження стресового впливу.

Мета роботи – дослідити особливості використання копінг-стратегій у державних службовців (ДС) та рівень їхньої внутрішньої мотивації до робочої діяльності у контексті ефективності обраної копінг-стратегії.

Матеріали та методи дослідження

На базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС у 2016–2018 рр. обстежено 159 ДС, в тому числі 118 жінок (74,22 %) та 41 чоловік (25,78 %). Середній вік респондентів становив $42,7 \pm 9,19$ років. Середній стаж роботи у державній службі становив $16,37 \pm 8,25$ років.

Критеріями включення в дослідження були: 1) інформована згода на участь у дослідженні; 2) вік респондента від 25 до 65 років; 3) стаж роботи у державній службі більше 1 року; 4) відсутність епізодів психічних розладів в анамнезі; 5) повністю заповнений психодіагностичний інструментарій.

Дослідження було проведене з використанням психодіагностичного інструментарію, що включав:

- методику «Діагностика копінг-механізмів» (E. Heim [25, 26]). Це методика, що дозволяє дослідити 26 си-

туаційно-специфічних варіантів копіngu відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності людини та поділяється на: «когнітивний», «емоційний» і «поведінковий» копінг-механізми;

- опитувальник «Внутрішня мотивація» (Е. Deci, R. Ryan [27], у адаптації В. О. Климчука, О. Л. Музики [28]). Виходячи з тези, що внутрішня мотивація – це прагнення виконати певну діяльність заради самого процесу діяльності, відчуття задоволення та радості від цієї активності, а не для одержання винагороди чи внаслідок зовнішніх вимог, опитувальник складається з 14 запитань, що об'єднані в 4 субшкали: задоволення від діяльності, докладені зусилля, почуття компетентності, почуття само-детермінованості.

Результати та їх обговорення

У результаті дослідження з використанням методики «Діагностика копінг-механізмів» було встановлено наступне.

У стресових ситуаціях 64 (40,25 %) респонденти застосовують адаптивний копінг, 31 (19,50 %) респондент застосовує відносно адаптивний копінг, 64 (40,25 %) респонденти застосовують неадаптивний копінг (рис. 1).



Рис. 1. Розподіл копіngu за ефективністю при виборі когнітивних копінг-стратегій

При застосуванні адаптивного копіngu 24 (37,50 %) респонденти використовують стратегію «збереження самовладання», 35 (54,70 %) респондентів використовують стратегію «проблемний аналіз», 5 (7,80 %) респондентів використовують стратегію «установка власної цінності» – форми поведінки, спрямовані на аналіз проблем, що виникли, можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки та самоконтролю, глибше усвідомлення власної цінності як особистості, наявності впевненості у власних ресурсах та подоланні труднощів.

При застосуванні відносно адаптивного копіngu 12 (38,70 %) респондентів використовують стратегію «відносність», 5 (16,12 %) використовують стратегію «релігійність», 14 (45,18 %) використовують стратегію «надання сенсу» – форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подоланню, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами.

При застосуванні неадаптивного копіngu 12 (18,75 %) респондентів використовують стратегію «ігнорування», 5 (7,80 %) використовують стратегію «смирненість», 43 (67,20 %) використовують стратегію «дисимуляція»,

4 (6,25 %) використовують стратегію «розгубленість» – пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невпевненість у своїх силах або інтелектуальних ресурсах, із навмисним недооцінюванням наслідків проблем.

При використанні емоційних копінг-стратегій для подолання стресових та проблемних ситуацій 112 (70,44 %) респондентів застосовують адаптивний копінг, 15 (9,43 %) респондентів використовують відносно адаптивний копінг, 32 (20,13 %) респонденти – неадаптивний копінг (рис. 2).



Рис. 2. Розподіл копіngu за ефективністю при виборі емоційних копінг-стратегій

При застосуванні адаптивного копіngu 11 (9,82 %) респондентів використовують стратегію «протест», 101 (90,18 %) респондент використовує стратегію «оптимізм» – емоційний стан з активним обуренням і протестом відносно труднощів, що виникли, і впевненістю у наявності виходу з будь-якої, навіть найскладнішої ситуації.

При застосуванні відносно адаптивного копіngu 3 (20,00 %) респонденти використовують стратегію «емоційна розрядка», 12 (80,00 %) респондентів використовують стратегію «пасивна кооперація» – поведінка, що спрямована або на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним реагуванням, або на перекладання відповідальності за вирішення проблем на інших осіб.

При застосуванні неадаптивного копіngu 25 (78,12 %) респондентів використовують стратегію «пригнічення емоцій», 3 (9,38 %) респонденти використовують стратегію «покірність», 2 (6,25 %) респонденти використовують стратегію «самозвинувачення», 2 (6,25 %) респонденти – стратегію «агресивність» – поведінкові варіанти, що характеризуються пригніченим емоційним станом, станом безнадії і витісненням інших почуттів, переживанням злості та покладанням вини на себе або інших.

При використанні поведінкових копінг-стратегій для подолання стресових та проблемних ситуацій 56 (35,22 %) респондентів застосовують адаптивний копінг, 67 (42,13 %) респондентів – відносно адаптивний копінг, 36 (22,65 %) респондентів – неадаптивний копінг (рис. 3).

При застосуванні адаптивного копіngu 19 (33,92 %) респондентів використовують стратегію «альтруїзм», 24 (42,85 %) респонденти використовують стратегію «співпраця», 13 (23,23 %) респондентів використовують стратегію «звернення» – мається на увазі така поведінка особистості, при якій вона вступає у співпрацю зі значимими (досвідченішими) людьми, шукає підтримки



Рис. 3. Розподіл копінгу за ефективністю при виборі поведінкових копінг-стратегій

у найближчому соціальному оточенні або пропонує її особисто близьким для подолання труднощів.

При застосуванні відносно адаптивного копінгу 42 (62,68 %) респонденти використовують стратегію «відволікання», 6 (8,95 %) – стратегію «компенсація», 19 (28,35 %) – стратегію «конструктивна активність» – поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх мрій.

При застосуванні неадаптивного копінгу 27 (75,00 %) респондентів використовують стратегію «активне уникнення», 9 (25,00 %) респондентів використовують стратегію «відступ» – поведінка, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, спокій, ізоляцію, прагнення до уникнення активних інтерперсональних контактів, відмову від вирішення проблем.

За результатами дослідження з використанням опитувальника «Внутрішня мотивація» було встановлено таке:

1. За шкалою «Задоволення від діяльності»:

- високий рівень задоволення від діяльності має 31 (19,50 %) респондент;
- вище середнього рівня – 37 (23,29 %) респондентів;
- середній рівень – 38 (23,90 %) респондентів;
- нижче середнього рівня – 32 (20,12 %) респонденти;
- низький рівень – 19 (11,94 %) респондентів;
- незадовільний рівень – 2 (1,25 %) респонденти.

З результатів бачимо, що тією чи іншою мірою незадоволені своєю професійною діяльністю 53 (33,31 %) респонденти, що складає третину вибірки.

2. За шкалою «Докладені зусилля»:

- високий рівень докладених зусиль зазначає 6 (3,79 %) респондентів;
- вище середнього рівня – 31 (19,50 %) респондент;
- середній рівень – 60 (37,73 %) респондентів;
- нижче середнього рівня – 39 (24,52 %) респондентів;
- низький рівень – 23 (14,46 %) респонденти.

Більше третини респондентів – 62 (38,99 %) – оцінюють власні зусилля, докладені для виконання робочих завдань, як низькі або недостатні.

3. За шкалою «Почуття компетентності»:

- високо оцінюють свій рівень компетентності 47 (29,55 %) респондентів;
- вище середнього рівня – 52 (32,70 %) респонденти;

- середній рівень – 37 (23,29 %) респондентів;
- нижче середнього рівня – 17 (10,67 %) респондентів;
- низький рівень – 6 (3,79 %) респондентів.

Як бачимо, високо оцінюють свій рівень професійної компетентності 99 (62,25 %) респондентів, тоді як недостатньо компетентними або некомпетентними себе відчувають 23 (14,46 %) респонденти.

4. За шкалою «Почуття самодетермінованості»:

- високий рівень самодетермінованості відзначає 1 (0,62 %) респондент;
- вище середнього – 3 (1,85 %) респонденти;
- середній рівень – 27 (16,98 %) респондентів;
- нижче середнього рівня – 44 (27,67 %) респонденти;
- низький рівень – 70 (44,02 %) респондентів;
- незадовільний рівень – 14 (8,80 %) респондентів.

Потреба у самодетермінованості (або потреба в автономності, коли особистість мотивована на діяльність внутрішньо, є ініціатором власної діяльності, не будучи під зовнішнім контролем/зовнішньо мотивованою) незадоволена у переважній більшості – 128 (80,55 %) респондентів.

З отриманих даних дослідження бачимо, що основною проблемою є незадоволене почуття самодетермінованості серед ДС – 128 (80,55 %) працівників, що може вказувати на відчуття постійного та/або надмірного контролю з боку керівництва та/або вищих за рангом колег, відсутність персональної автономії у робочому процесі та середовищі, неможливість виступити в ролі ініціатора або внести персональну робочу пропозицію в робочий процес, що в результаті може стати причиною зниження рівня внутрішньої мотивації через постійне посилення рівня зовнішньої. Зниження рівня внутрішньої мотивації до робочої діяльності може проявлятися у зниженні рівня задоволення від роботи та зниженні якості її виконання, що й демонструють результати нашого дослідження – 62 (38,99 %) респонденти зазначають, що докладені ними зусилля для виконання робочих завдань були недостатніми або незначними, а 53 (33,31 %) респонденти вказують, що незадоволені робочою діяльністю та робочим процесом. На противагу цим даним виступає самооцінка рівня власної компетентності серед ДС – 99 (62,25 %) респондентів оцінюють свій рівень професійної компетентності як високий і лише 23 (14,46 %) з них – як недостатній чи низький.

Висновки

В умовах стресової чи проблемної ситуації більшість респондентів схильні до використання адаптивних (ефективних) емоційних копінг-стратегій – 112 (70,44 %) опитаних. Проте, використовуючи когнітивні та поведінкові копінг-стратегії, більшість респондентів застосовує неефективний копінг: 95 (59,75 %) і 103 (64,78 %) респонденти відповідно, що становить 2/3 вибірки.

При неадаптивній моделі когнітивного копінгу (n=64; 40,25 %) респонденти застосовують стратегії «дисимуляція» (n=43; 67,20 %) та «ігнорування» (n=12; 18,75 %) – пасивні форми копінгу, що базуються на невпевненості та/або приховуванні власних сил та інтелектуальних можливостей, а також на навмисному ігноруванні на-

слідків невирішених проблемних ситуацій. Це певною мірою пояснює низький рівень докладених зусиль серед 62 (38,99 %) респондентів, що складає більше третини вибірки.

При неадаптивній моделі поведінкового копіювання (n=36; 22,65 %) респонденти застосовують стратегії «активне уникнення» (n=27; 75,00 %) та «відступ» (n=9; 25,00 %) – поведінка, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, ізоляцію, прагнення до уникнення активних інтерперсональних контактів, відмову від вирішення проблем. При незадоволенні перерахованих потреб цієї поведінкової моделі може виникати почуття незадоволеності роботою та робочим середовищем (n=53; 33,31 %).

Оскільки загальний рівень власної професійної компетентності серед респондентів оцінений досить високо – 136 (85,53 %) опитаних, можемо зробити висновок, що на зниження рівня внутрішньої мотивації до робочої діяльності впливає незадоволена потреба у самодетермінованості (n=128; 80,55 %), що може відображатися у контролі робочого процесу працівника, відсутності власної ініціативи/можливості внести робочу пропозицію, строгій регламентації праці. Це, в свою чергу, відображається на зниженні задоволення від роботи та небажанні прикладати зусилля для виконання робочих завдань, що може істотно вплинути на обсяги та якість виконуваної роботи.

Список використаної літератури

1. Voltmer J. B., Voltmer E., Deller J. Differences of Four Work-Related Behavior and Experience Patterns in Work Ability and Other Work-Related Perceptions in a Finance Company. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018. Vol. 15, issue 7. Pii: E1521. DOI: 10.3390/ijerph15071521.
2. Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit. BKK Gesundheitsreport 2017. F. Knieps & H. Pfaff (eds.). Germany, Berlin : Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2017. Режим доступа: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2014/BKK_Gesundheitsreport.pdf (дата звернення: 01.09.2018).
3. Nöllenheidt C., Brenscheidt S. Arbeitswelt im Wandel: Zahlen – Daten – Fakten (2015). 1 edition. Dortmund, Germany : Federal Institute for Occupational Safety and Health, 2015. 80 p.
4. The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons / J. Siegrist, D. Starke, T. Chandola [et al.] // *Soc. Sci. Med.* 2004. Vol. 58, no. 8. P. 1483–1499. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4.
5. Steptoe A., Siegrist J., Kirschbaum C., Marmot M. Effort-reward imbalance, overcommitment, and measures of cortisol and blood pressure over the working day. *Psychosom. Med.* 2004. Vol. 66, issue 3. P. 323–329.
6. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J. Occup. Health Psychol.* 1996. Vol. 1, issue 1. P. 27–41. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.27.
7. Work stress in the etiology of coronary heart disease: A meta-analysis / M. Kivimäki, M. Virtanen, M. Elovainio [et al.] // *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2006. Vol. 32, issue 6. P. 431–442. DOI: 10.5271/sjweh.1049.
8. Richter P., Hille B., Rudolf M. Gesundheitsrelevante Bewältigung von Arbeitsanforderungen. *Z. Differ. Diagn. Psychol.* 1999. Vol. 20. P. 25–38. DOI: 10.1024/0170-1789.20.1.25.
9. Sonnentag S., Binnewie C., Mojza E. J. Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *J. Appl. Psychol.* 2010. Vol. 95, issue 5. P. 965–976. DOI: 10.1037/a0020032.
10. LePine J. A., LePine M. A., Saul J. R. Relationships among work and non-work challenge and hindrance stressors and non-work and work criteria: A model of cross-domain stressor effects // *Exploring the work and non-work interface*. Emerald Group Publishing Limited, 2007. P. 35–72.
11. Meurs J. A., Perrewé P. L. Cognitive activation theory of stress: An integrative theoretical approach to work stress. *Journal of Management*. 2011. Vol. 37, issue 4. P. 1043–1068. DOI: 10.1177/0149206310387303.
12. Baethge A., Deci N., Dettmers J., Rigotti T. «Some days won't end ever»: Working faster and longer as a boundary condition for challenge versus hindrance effects of time pressure. *Journal of occupational health psychology*. 2018. DOI: 10.1037/ocp0000121.
13. Procrastination in Daily Working Life: A Diary Study on Within-Person Processes That Link Work Characteristics to Workplace Procrastination / R. Prem, T. E. Scheel, O. Weigelt [et al.] // *Frontiers in psychology*. 2018. Vol. 9. P. 1087. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01087.

14. Klingsieck K. Procrastination: when good things don't come to those who wait. *Eur. Psychol.* 2013. Vol. 18. P. 24–34. DOI: 10.1027/1016-9040/a000138.
15. Mackey J. D., Perrewé P. L. The AAA (appraisals, attributions, adaptation) model of job stress: The critical role of self-regulation. *Organizational Psychology Review*. 2014. Vol. 4, issue 3. P. 258–278. DOI: 10.1177/2041386614525072.
16. LePine J. A., Podsakoff N. P., LePine M. A. A meta-analytic test of the challenge stressor–hindrance stressor framework: an explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Acad. Manage. J.* 2005. Vol. 48, issue 5. P. 764–775. DOI: 10.5465/AMJ.2005.18803921.
17. Moss R. H., Schaefer J. A. Life transitions and crises: A conceptual overview // *Coping with life crises: An integrative approach* / R. H. Moss & J. A. Schaefer (eds.). N.Y. : Plenum Press, 1986. P. 3–28.
18. Lazarus R. S., Folkman S. *Manual for Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1988.
19. Amirkhan J. H. Seeking person-related predictors of coping: Exploratory analyses. *European Journal of Personality*. 1999. Vol. 4. P. 13–30.
20. Skinner E., Edge K. Parenting, motivation, and the development of children's coping // Vol. 48 of the Nebraska symposium on motivation. Agency, motivation, and the life course / L. J. Crockett (Ed.). Lincoln, NE, US : University of Nebraska Press. P. 77–143.
21. Weber H. Breaking the rules: Personal and social responses to coping norm-violations. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*. 2003. Vol. 16, issue 2. P. 133–153. DOI: 10.1080/10615806.2003.10382969.
22. Frydenberg E. Coping competencies. *Theory into Practice*. 2004. Vol. 43, issue 1. P. 14–22. DOI: 10.1207/s15430421tip4301_3.
23. Heim E. Coping and psychosocial adaptation. *Journal of Mental Health Counseling*. 1988. Vol. 10. P. 13–144.
24. Maddi S. R. The personality construct of hardiness: Effects on experiencing, coping, and strain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 1999. Vol. 51, issue 2. P. 83–94. DOI: 10.1037/1061-4087.51.2.83.
25. Набуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). Казань : изд-во КГМА, 2003. 99 с.
26. Heim E. Coping-based intervention strategies. *Patient education and counseling*. 1995. Vol. 26, issue 1–3. P. 145–151. DOI: 10.1016/0738-3991(95)00733-G.
27. Deci E. L., Ryan R. M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York : Plenum Press., 1985. DOI: 10.2307/2070638.
28. Климух В. О. Опытувальник внутрішньої мотивації. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія №12. Психологічні науки: 36 наукових праць*. К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2006. № 12 (37). С. 71–76.

References

1. Voltmer, J. B., Voltmer, E., & Deller, J. (2018). Differences of Four Work-Related Behavior and Experience Patterns in Work Ability and Other Work-Related Perceptions in a Finance Company. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, issue 7, pii: E1521. DOI: 10.3390/ijerph15071521.
2. Knieps, F., & Pfaff, H. (eds.). (2017). *Digitale Arbeit – Digitale Gesundheit. BKK Gesundheitsreport 2017* [Digital Work – DIGITAL health: BKK Health Report 2017]. Berlin, Germany: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Retrieved from: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2014/BKK_Gesundheitsreport.pdf (access date: 01.09.2018). (In German).
3. Nöllenheidt, C., & Brenscheidt, S. (2015). *Arbeitswelt im Wandel: Zahlen – Daten – Fakten (2015)* [Changing World of Work: Facts and Figures (2015)]. (1st ed.). Germany, Dortmund: Federal Institute for Occupational Safety and Health, 80 p. (In German).
4. Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Soc. Sci. Med.*, vol. 58, no. 8, pp. 1483–1499. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4.
5. Steptoe, A., Siegrist, J., Kirschbaum, C., & Marmot, M. (2004). Effort-reward imbalance, overcommitment, and measures of cortisol and blood pressure over the working day. *Psychosom. Med.*, vol. 66, issue 3, pp. 323–329.
6. Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J. Occup. Health Psychol.*, vol. 1, issue 1, pp. 27–41. DOI: 10.1037/1076-8998.1.1.27.
7. Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., & Vahtera, J. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease: A meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 32, issue 6, pp. 431–442. DOI: 10.5271/sjweh.1049.
8. Richter, P., Hille, B., & Rudolf, M. (1999). Gesundheitsrelevante Bewältigung von Arbeitsanforderungen [Health relevant coping with job demands]. *Z. Differ. Diagn. Psychol.*, vol. 20, pp. 25–38. DOI: 10.1024/0170-1789.20.1.25. (In German).
9. Sonnentag, S., Binnewie, C., & Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *J. Appl. Psychol.*, vol. 95, issue 5, pp. 965–976. DOI: 10.1037/a0020032.
10. LePine, J. A., LePine, M. A., & Saul, J. R. (2007). Relationships Among Work and Non-Work Challenge and Hindrance Stressors and Non-Work and Work Criteria: A Model of Cross-Domain Stressor Effects. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (eds.). *Exploring the Work and Non-Work Interface (Research in Occupational Stress and Well-being. Volume 6)*. (pp. 35–72). Emerald Group Publishing Limited.

11. Meurs, J. A., & Perrewé, P. L. (2011). Cognitive activation theory of stress: An integrative theoretical approach to work stress. *Journal of Management*, vol. 37, issue 4, pp. 1043–1068. DOI: 10.1177/0149206310387303.
12. Baethge, A., Deci, N., Dettmers, J., & Rigotti T. (2018). «Some days won't end ever»: Working faster and longer as a boundary condition for challenge versus hindrance effects of time pressure. *Journal of occupational health psychology*. DOI: 10.1037/ocp0000121.
13. Prem, R., Scheel, T. E., Weigelt, O., Hoffmann, K., & Korunka, C. (2018). Procrastination in Daily Working Life: A Diary Study on Within-Person Processes That Link Work Characteristics to Workplace Procrastination. *Frontiers in psychology*, vol. 9, pp. 1087. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01087.
14. Klingsieck, K. (2013). Procrastination: when good things don't come to those who wait. *Eur. Psychol.*, vol. 18, pp. 24–34. DOI: 10.1027/1016-9040/a000138.
15. Mackey, J. D., & Perrewé, P. L. (2014). The AAA (appraisals, attributions, adaptation) model of job stress: The critical role of self-regulation. *Organizational Psychology Review*, vol. 4, issue 3, pp. 258–278. DOI: 10.1177/2041386614525072.
16. LePine, J. A., Podsakoff, N. P., & LePine, M. A. (2005). A meta-analytic test of the challenge stressor–hindrance stressor framework: an explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Acad. Manage. J.*, vol. 48, issue 5, pp. 764–775. DOI: 10.5465/AMJ.2005.18803921.
17. Moss, R. H., & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R. H. Moss & J. A. Schaefer (eds.), *Coping with life crises: An integrative approach* (pp. 3–28). N.Y.: Plenum Press.
18. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1988). *Manual for Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
19. Amirkhan, J. H. (1999). Seeking person-related predictors of coping: Exploratory analyses. *European Journal of Personality*, vol. 4, pp. 13–30.
20. Skinner, E., & Edge, K. (2002). Parenting, motivation, and the development of children's coping. In L. J. Crockett (Ed.), *Vol. 48 of the Nebraska symposium on motivation. Agency, motivation, and the life course* (pp. 77–143). Lincoln, NE, US: University of Nebraska Press.
21. Weber, H. (2003). Breaking the rules: Personal and social responses to coping norm-violations. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, vol. 16, issue 2, pp. 133–153. DOI: 10.1080/10615806.2003.10382969.
22. Frydenberg, E. (2004). Coping competencies. *Theory into Practice*, vol. 43, issue 1, pp. 14–22. DOI: 10.1207/s15430421tip4301_3.
23. Heim, E. (1988). Coping and psychosocial adaptation. *Journal of Mental Health Counseling*, vol. 10, pp. 13–144.
24. Maddi, S. R. (1999). The personality construct of hardiness: Effects on experiencing, coping, and strain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, vol. 51, issue 2, pp. 83–94. DOI: 10.1037/1061-4087.51.2.83.
25. Nabiullina, R. R., & Tuhtarova, I. V. (2003). *Mekhanizmy psichologicheskoy zashchity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funkci, vidy, psihoterapevticheskaya korrekciya)* [Mechanisms of psychological defense and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)]. Kazan: KGMA, 99 p. (In Russian).
26. Heim, E. (1995). Coping-based intervention strategies. *Patient education and counseling*, vol. 26, issue 1–3, pp. 145–151. DOI: 10.1016/0738-3991(95)00733-G.
27. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press. DOI: 10.2307/2070638.
28. Klymchuk, V. O. (2006). Opytvalnyk vnutrishnoi motyvatsii [Questionnaire for internal motivation]. *Naukovyi chasopys NPU imeni M. P. Dragomanova – Scientific journal of National Pedagogical Dragomanov University*, series number 12, Psychological Sciences: Coll. scientific works. Kyiv: National Pedagogical Dragomanov University, pp. 71–76. (In Ukrainian).

Відомості про автора:

СИДОРЕНКО Олег Олексійович – науковий співробітник ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ, Україна; здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна;
e-mail: olegsydorenko259@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-5359-6683

Сведения об авторе:

СИДОРЕНКО Олег Алексеевич – научный сотрудник ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, г. Киев, Украина; соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков, Украина;
e-mail: olegsydorenko259@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-5359-6683

About the Author:

SYDORENKO Oleg Oleksiiovych – Researcher of State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine; applicant of a degree at Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: olegsydorenko259@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-5359-6683

Т. П. Яворська

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. На сьогодні гостро стоїть питання про якість життя при захворюваннях, які мають високу соціальну значимість та супроводжуються значною втратою функцій. До таких захворювань належить і цереброваскулярна патологія.

Мета – вивчити самосприйняття якості життя у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку в аспекті клініко-психологічного критерію оцінки психологічного стану.

Матеріали та методи. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016–2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією (ЦВП) різного ступеня прояву. Дослідження якості життя проводили з використанням опитувальника Mezzich. Обробку отриманих результатів проводили статистичним методом.

Результати. У континуумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалася чітка тенденція до погіршення самооцінки якості життя при появі соматичного неблагополуччя, що найвиразніше проявлялося у хворих, які перенесли мозковий інсульт. У структурі самооцінки якості життя при появі клінічно розгорнутої симптоматики ЦВП спостерігалось суттєве зниження психологічного та фізичного благополуччя, більш негативна оцінка соціоемоційної та суспільної підтримки, що вказувало на зростання значення психологічної та психосоціальної складової адаптації. Самооцінка якості життя залежала від рівня стресового ризику, який переживала особистість: високий та вкрай високий стресовий ризик супроводжувалися більш негативною оцінкою якості життя.

Висновки. Самооцінка якості життя як відображення внутрішньопсихологічних патернів суб'єктивної природи може бути цінним клініко-психологічним критерієм діагностики психологічного стану пацієнтів на різних етапах розвитку цереброваскулярної патології.

Ключові слова: якість життя, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЗАБОЛЕВАННЯ

Т. П. Яворська

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Сегодня особенно остро стоит вопрос о качестве жизни при заболеваниях, имеющих высокую социальную значимость и сопровождающихся значительной потерей функций. К таким заболеваниям относится и цереброваскулярная патология.

Цель – изучить самовосприятие качества жизни у больных с цереброваскулярной патологией в динамике ее развития в аспекте клинико-психологического критерия оценки психологического состояния.

Материалы и методы. На базе Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф на протяжении 2016–2018 гг. было обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией (ЦВП) разной степени развития. Исследование качества жизни проводилось с использованием опросника Mezzich. Обработка полученных результатов проводилась статистическим методом.

Результаты. В континууме «соматическое здоровье – группа риска – клинические признаки ЦВП – мозговой инсульт» определялась четкая тенденция к ухудшению самооценки качества жизни при появлении соматического неблагополучия, что наиболее отчетливо проявлялось среди больных, перенесших мозговой инсульт. В структуре самооценки качества жизни при появлении клинически развернутой симптоматики ЦВП наблюдалось существенное снижение психологического и физического благополучия, более негативная оценка социоэмоциональной и общественной поддержки, что указывало на рост значения психологической и психосоциальной составляющих адаптации к заболеванию. Самооценка качества жизни зависела от уровня стрессового риска, который переживала личность: высокий и крайне высокий стрессовый риск сопровождался более негативной оценкой качества жизни.

Выводы. Самооценка качества жизни как отражение внутриспсихологических паттернов субъективной природы может являться ценным клинико-психологическим критерием диагностики психологического состояния пациентов на разных этапах развития цереброваскулярной патологии.

Ключевые слова: качество жизни, цереброваскулярная патология, медико-психологическая помощь.

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AT DIFFERENT STAGES OF DISEASES

T. P. Yavorska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Background. At present, the quality of life especially important in diseases that are of high social significance and accompanied by significant loss of function. Such diseases include cerebrovascular pathology also.

Objective – to study self-perception of quality of life in patients with cerebrovascular pathology in the dynamics of its development in the aspect of clinical and psychological criteria for assessing the psychological state.

Materials and methods. During 2016–2018 we observed 383 patients with cerebrovascular pathology (CVP) on different stage of diseases at Kharkiv Regional Clinical Hospital – Emergency and Emergency Medicine Center. The quality of life assessed by using the Mezzich questionnaire. We used the statistical method to process the obtained results.

Results. In the continuum, «somatic health – a risk group – clinical signs of CVP – cerebral stroke» determined a clear tendency to deteriorate quality of life according level of somatic distress, which most clearly manifested among patients with cerebral stroke. In case of clinically developed symptoms of the CVP strongly decreased psychological and physical well-being, present a more negative assessment of socio-emotional and social support, indicating about increasing role of the psychological and psychosocial component of adaptation to the disease. Quality of life depended on the level of stress experienced by the person: high and extremely high stress risk accompanied by a more negative assessment quality of life.

Conclusions. The self-assessment quality of life as a reflection of intrapsychological patterns can serve as an important psychological criterion for diagnosing psychological state of patients at different stages of cerebrovascular pathology.

Keywords: quality of life, cerebrovascular pathology, psychological help.

For citation: Yavorska T. P. Quality of life in patients with cerebrovascular pathology at different stages of diseases. *Arkhiv Psykhatrii*, 2018, 24(4): 223–228. (In Ukr.)

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): yavorska.tp@gmail.com

Received / Поступила: 01.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 24.10.2018

Актуальність. ВООЗ визначає якість життя як сприйняття індивідами їх положення в житті в контексті культури і систем цінностей, в яких вони живуть, відповідно до цілей, очікувань (планів), норм (можливостей) і турбот (проблем). Альтернативні якості життя постулюють співвідношення ряду важливих життєвих параметрів. Одне з пояснень якості життя виражається через адекватність психосоматичного стану індивіда його соціальному статусу [1]. Інше визначення говорить про те, що якість життя – це задоволеність від психосоціальної та інших форм діяльності в умовах обмежень, викликаних хворобою [2]. За П. Джонсом, якість життя – це відповідність бажань можливостям, які обмежує захворювання [3].

У кінці XX ст. було запропоновано термін «health-related quality of life» в аспекті якості життя, обумовленої здоров'ям, що включає параметри, які характеризують стан фізичного та психічного благополуччя, якість медичної допомоги. Це поняття дозволяє більш повно описати фізіологічні, психологічні, емоційні та соціальні проблеми хворої людини [4].

На оцінку якості життя впливають вік, стать, національність, соціально-економічний статус людини, трудова діяльність, релігійні переконання, культурний рівень, регіональні особливості та багато інших чинників [5, 6].

При оцінці ефективності лікування і реабілітації особливе значення надається саме думці хворого, яка може не збігатися з точкою зору лікаря і родичів [7, 8].

Особливо гостро постає питання якості життя при захворюваннях, які мають високу соціальну значимість та супроводжуються значною втратою функцій. До них належить і церебральний інсульт, який посідає 1 місце серед причин інвалідності [9]. До трудової діяльності повертаються лише 12–20 % хворих, які перенесли це тяжке захворювання [10, 11].

Зниження показників фізичного і психологічного статусу якості життя у хворих з мозковим інсультом обумовлене наявністю болю, астенії, когнітивної дисфункції, депресії [12–16]. Крім того, виявлена залежність якості життя у постінсультних хворих від характеру медикamentозної терапії [18, 19] і соціального оточення [20].

Незважаючи на позитивні результати лікування хворих в умовах спеціалізованого стаціонару, в постінсультному періоді показники фізичного і душевного благополуччя тривалий час залишаються зниженими, з переважанням фізичних розладів, обумовлених вогнищевим неврологічним дефіцитом. Досягнута в ході первинної госпіталізації хворих позитивна динаміка неврологічних функцій не зберігається на амбулаторному етапі. Часто виникають порушення у психоемоційній сфері, що потребують, поряд з медичною реабілітацією, спеціальної психологічної допомоги.

Важливими характеристиками якості життя є її багаторівневість та суб'єктивізм в оцінці [21].

Мета роботи – вивчити самосприйняття якості життя у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку в аспекті клініко-психологічного критерію оцінки психологічного стану.

Матеріали та методи дослідження

На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

протягом 2016–2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією (ЦВП) різного ступеня прояву (основна група – ОГ): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) (з його клініко-лабораторною верифікацією з визначенням ліпідного профілю) до судинної катастрофи в анамнезі. В дослідження були включені 122 пацієнти, які мали серцево-судинні захворювання з високим ризиком розвитку ЦВП – група 1 (Г1), 134 пацієнти з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) в анамнезі – група 2 (Г2), та 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ) – група 3 (Г3).

Критеріями включення у дослідження були наступні: високий ризик чи клінічно розгорнута картина ЦВП, які розвинулися на фоні серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості та психотичних станів на момент огляду.

Критеріями виключення були наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів, тяжкої супутньої соматичної патології (стани декомпенсації), виражених соматичних захворювань (окрім серцево-судинної та ЦВП), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів.

Поділ пацієнтів саме на такі групи, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних, психосоціальних факторів на розвиток та перебіг ЦВП на різних, з погляду медичної практики та медико-психологічної парадигми, етапах хвороби.

У пацієнтів Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від 1 до 3 років, хворих з ТІА у Г2 клінічна симптоматика спостерігалася від 6 міс. до 2 років, пацієнти з МІ перебували у періоді після судинної катастрофи у терміні від 3 до 18 міс. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,5 %, жінки склали 41,5 %. Пацієнтів з гіпертонічною хворобою було 59,8 %, з ішемічною хворобою серця – 40,2 %.

В якості групи порівняння (ГП) було обстежено 47 умовно здорових осіб з відсутністю ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням.

Дослідження якості життя проводили з використанням опитувальника Mezzich. Статистичну обробку проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

Пацієнти на різних етапах розвитку ЦВП мали нижчі показники самооцінки якості життя, порівняно з умовно здоровими опитуваними, за кожним із досліджуваних параметрів (табл. 1). Чим сильнішими були зміни у фізичному здоров'ї пацієнтів, тим гірше вони оцінювали якість життя, що особливо виразно спостерігалось у хворих Г3, які мали мозковий інсульт в анамнезі.

Найвищі показники якості життя серед всіх груп були в умовно здорових опитуваних (ГП), а найнижчі результати виявлені у групі пацієнтів з мозковим інсультом (Г3), що обумовлено тяжкими соматичними наслідками ЦВП (парези, паралічі, органічні когнітивні та афективні розлади) та психогенною реакцією пацієнтів.

У пацієнтів з групи ризику (Г1) та з клінічними проявами ЦВП (Г2) показники якості життя мали проміжні

значення, між опитуваними без соматичної патології та з мозковим інсультом.

Опитувані у ГП вище оцінювали такі показники якості життя як автономію, працездатність, фізичне та психологічне благополуччя, дещо нижче – міжособистісну взаємодію, соціоемоційну та суспільну підтримку, відчуття особистісної та духовної реалізованості. В опитуваних з Г1 структура самооцінки якості життя була подібною, тоді як у Г2, поряд з тим, що автономія та працездатність також займали перші позиції, психологічна та фізична складові якості життя сприймалися як гірші, спостерігалася більш негативна оцінка соціоемоційної та суспільної підтримки. У Г3 вкрай низькі показники, навпаки, стосувалися фізичного здоров'я, працездатності, менше – автономії, психологічного благополуччя, соціоемоційної та суспільної підтримки. На їх фоні відносно вищими були результати щодо міжособистісної взаємодії, самореалізації та духовної реалізації.

Враховуючи критерій поділу опитуваних на групи у континумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалася чітка тенденція до погіршення самооцінки якості життя при появі соматичного неблагополуччя.

Для аналізу самооцінки якості життя залежно від наявності факторів потенційного стресового навантаження, які прогностично вказують на вищий ризик прояву дистресу у соматичній та психічній сферах, кожну з груп на основі Бостонського тесту на стресостійкість (тест Аналізу стилю життя) (за Р. В. Купріяновим, Ю. М. Кузьміною, 2012) було поділено на підгрупи з помірним, високим та дуже високим стресовим ризиком (табл. 2).

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили покроково. Враховуючи змістовні особливості ступеня порушення фізичного здоров'я у кожній з груп – від стану умовного соматичного благополуччя, наявності факторів ризику розвитку патології, клінічних її ознак та значимих наслідків, було проведено аналіз за параметрами якості життя між 1) ГП, Г1 та Г2 – «здорові – група ризику – з клінічними проявами» та окремо; 2) ГП та Г1 – «здорові – група ризику»; 3) ГП та Г2 – «здорові – з клінічними проявами»; 4) Г1 та Г2 – «група ризику – з клінічними проявами». Враховуючи змістовно інші фактори, що впливають на самооцінку якості життя у пацієнтів з Г3, які перенесли мозковий інсульт, а саме,

суттєві порушення фізичного та психічного здоров'я, цю групу було виключено з даного етапу аналізу.

Статистичний аналіз показників якості життя у ГП, Г1 та Г2 показав, що:

- у підгрупах, що мали помірний стресовий ризик, відсутні значимі відмінності щодо параметрів якості життя;
- у підгрупах, в яких було діагновено високий рівень дистресу, гірші показники спостерігалися за критеріями фізичного ($8,57 \pm 0,66$ балів у ГП, $8,46 \pm 0,69$ балів у Г1 та $7,38 \pm 0,99$ балів у Г2, $p < 0,05$) та психологічного благополуччя (відповідно $8,13 \pm 0,55$ балів, $8,13 \pm 0,61$ балів та $7,31 \pm 0,88$ балів, $p < 0,05$), працездатності ($9,57 \pm 0,59$ балів, $9,29 \pm 0,83$ балів та $9,0 \pm 0,99$ балів, $p < 0,05$), соціоемоційної ($7,26 \pm 0,75$ балів, $7,06 \pm 0,78$ балів та $6,83 \pm 0,80$ балів, $p < 0,05$) та суспільної підтримки ($7,30 \pm 0,82$ балів, $7,10 \pm 0,78$ балів та $6,30 \pm 0,87$ балів, $p < 0,05$), самореалізації ($7,48 \pm 0,59$ балів, $7,48 \pm 1,01$ балів та $6,97 \pm 1,18$ балів, $p < 0,05$) та духовної реалізації ($7,57 \pm 0,84$ балів, $7,30 \pm 0,98$ балів та $7,01 \pm 0,99$ балів, $p < 0,05$), загального сприйняття якості життя у Г1 та Г2 ($8,13 \pm 0,76$ балів, $8,0 \pm 0,82$ балів та $7,36 \pm 0,97$ балів, $p < 0,05$), та суттєво не відрізнялися за автономією ($9,83 \pm 0,39$ балів, $9,75 \pm 0,54$ балів та $9,58 \pm 0,68$ балів) та міжособистісною взаємодією ($7,43 \pm 0,73$ балів, $7,60 \pm 0,75$ балів та $7,36 \pm 0,89$ балів);
- у підгрупах з дуже високим стресовим ризиком зниження якості життя визначалося у Г1 та Г2 за параметрами фізичного ($7,83 \pm 0,41$ балів у ГП, $6,96 \pm 0,20$ балів у Г1 та $5,59 \pm 1,27$ балів у Г2, $p < 0,05$), психологічного благополуччя (відповідно $7,0 \pm 0,63$ балів, $7,24 \pm 0,78$ балів та $6,0 \pm 0,88$ балів, $p < 0,05$), автономії ($9,83 \pm 0,41$ балів, $9,72 \pm 0,46$ балів та $9,06 \pm 0,67$ балів, $p < 0,05$), працездатності ($9,67 \pm 0,52$ балів, $8,68 \pm 0,69$ балів та $7,34 \pm 0,55$ балів, $p < 0,05$), соціоемоційної ($6,83 \pm 0,75$ балів, $6,76 \pm 0,44$ балів та $5,97 \pm 0,82$ балів, $p < 0,05$) та суспільної підтримки ($6,33 \pm 0,52$ балів, $6,24 \pm 0,66$ балів та $5,25 \pm 0,88$ балів, $p < 0,05$), духовної реалізації ($7,17 \pm 0,41$ балів, $6,72 \pm 0,46$ балів та $6,28 \pm 0,52$ балів, $p < 0,05$) та сприйняття якості життя ($7,33 \pm 0,82$ балів, $7,24 \pm 0,44$ балів та $6,16 \pm 0,68$ балів, $p < 0,05$), та були відсутні відмінності для міжособистісної взаємодії ($6,50 \pm 0,55$ балів, $6,92 \pm 0,91$ балів та $6,41 \pm 0,95$ балів) і самореалізації ($7,0 \pm 0,89$ балів, $6,48 \pm 1,42$ балів та $6,25 \pm 1,16$ балів).

Таблиця 1. Якість життя хворих досліджуваних груп, $\bar{x} \pm \sigma$ (бали)

Показник	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
Фізичне благополуччя*	$8,62 \pm 0,74$	$8,25 \pm 0,91$	$7,20 \pm 1,45$	$4,50 \pm 0,93$
Психологічне благополуччя*	$8,15 \pm 0,91$	$7,98 \pm 0,84$	$7,12 \pm 1,10$	$5,35 \pm 1,07$
Автономія*	$9,87 \pm 0,34$	$9,79 \pm 0,47$	$9,51 \pm 0,68$	$5,38 \pm 0,81$
Працездатність*	$9,60 \pm 0,54$	$9,24 \pm 0,78$	$8,72 \pm 1,15$	$4,12 \pm 0,85$
Міжособистісна взаємодія*	$7,53 \pm 0,78$	$7,52 \pm 0,81$	$7,21 \pm 0,97$	$6,0 \pm 1,15$
Соціоемоційна підтримка*	$7,40 \pm 0,77$	$7,15 \pm 0,76$	$6,78 \pm 0,95$	$5,65 \pm 1,40$
Суспільна підтримка*	$7,36 \pm 0,79$	$7,07 \pm 0,84$	$6,30 \pm 1,13$	$5,11 \pm 1,17$
Самореалізація*	$7,79 \pm 0,83$	$7,46 \pm 1,19$	$7,03 \pm 1,26$	$6,46 \pm 1,19$
Духовна реалізація*	$7,74 \pm 0,85$	$7,37 \pm 0,94$	$7,02 \pm 1,04$	$6,38 \pm 0,91$
Сприйняття якості життя*	$8,28 \pm 0,85$	$8,0 \pm 0,85$	$7,32 \pm 1,19$	$6,11 \pm 0,94$

Примітка. * достовірність різниці між групами $p < 0,01$.

Таблиця 2. Якість життя хворих досліджуваних підгруп залежно від рівня стресового ризику, $\bar{x} \pm \sigma$ (бали)

Показник	Стресовий ризик	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
Фізичне благополуччя	Помірний	8,94±0,73	8,79±0,73	8,72±0,79	5,75±0,68
	Високий*	8,57±0,66	8,46±0,69	7,38±0,99	4,64±0,65
	Дуже високий*	7,83±0,41	6,96±0,20	5,59±1,27	3,84±0,82
Психологічне благополуччя	Помірний	8,56±1,04	8,24±0,96	7,96±0,84	6,50±0,63
	Високий*	8,13±0,55	8,13±0,61	7,31±0,88	5,74±0,66
	Дуже високий*	7,00±0,63	7,24±0,78	6,00±0,88	4,38±0,91
Автономія	Помірний	9,94±0,24	9,91±0,29	9,84±0,37	6,31±0,48
	Високий	9,83±0,39	9,75±0,54	9,58±0,68	5,17±0,80
	дуже високий*	9,83±0,41	9,72±0,46	9,06±0,67	5,36±0,68
Працевдатність	Помірний	9,61±0,50	9,56±0,50	9,64±0,49	4,75±0,58
	Високий*	9,57±0,59	9,29±0,83	9,0±0,99	4,20±0,85
	Дуже високий*	9,67±0,52	8,68±0,69	7,34±0,55	3,78±0,79
Міжособистісна взаємодія	Помірний	8,00±0,49	7,79±0,59	7,76±0,60	7,50±0,52
	Високий	7,43±0,73	7,60±0,75	7,36±0,89	6,39±0,80
	Дуже високий	6,50±0,55	6,92±0,91	6,41±0,95	4,89±0,68
Соціоемоційна підтримка	Помірний	7,78±0,65	7,59±0,70	7,64±0,70	7,38±0,72
	Високий*	7,26±0,75	7,06±0,78	6,83±0,80	6,24±0,91
	Дуже високий*	6,83±0,75	6,76±0,44	5,97±0,82	4,16±0,56
Суспільна підтримка	Помірний	7,78±0,43	7,62±0,55	7,64±0,57	6,94±0,57
	Високий*	7,30±0,82	7,10±0,78	6,30±0,87	5,26±0,85
	Дуже високий*	6,33±0,52	6,24±0,66	5,25±0,88	4,24±0,86
Самореалізація	Помірний	8,44±0,62	8,15±0,78	8,20±0,65	7,75±0,77
	Високий*	7,48±0,59	7,48±1,01	6,97±1,18	6,41±1,21
	Дуже високий	7,00±0,89	6,48±1,42	6,25±1,16	6,07±0,94
Духовна реалізація	Помірний	8,17±0,79	7,97±0,76	8,0±0,87	7,81±0,75
	Високий*	7,57±0,84	7,30±0,98	7,01±0,99	6,26±0,66
	Дуже високий*	7,17±0,41	6,72±0,46	6,28±0,52	6,04±0,80
Сприйняття якості життя	Помірний	8,78±0,65	8,56±0,70	8,68±0,75	7,06±0,68
	Високий*	8,13±0,76	8,00±0,82	7,36±0,97	6,42±0,72
	Дуже високий*	7,33±0,82	7,24±0,44	6,16±0,68	5,31±0,70

Примітка. * достовірність різниці між ГП, Г1 та Г2, $p < 0,05$.

За результатами порівняння якості життя окремо між обстеженими ГП та Г1 виявлено:

- відсутність відмінностей за всіма параметрами якості життя між підгрупами з помірним та високим стресовим ризиком;
- між підгрупами з вкрай високим ризиком виявлено нижчі показники у Г1 щодо фізичного благополуччя (7,83±0,41 балів у ГП проти 6,96±0,20 балів у Г1, $p < 0,05$), працевдатності (9,67±0,52 балів проти 8,68±0,69 балів, $p < 0,05$), духовної реалізації (7,17±0,41 балів проти 6,72±0,46 балів, $p < 0,05$).

У результаті зіставлення даних щодо якості життя у ГП та Г2 виявлено:

- нижчі показники психологічного благополуччя у Г2 між підгруп з помірним стресовим ризиком (8,56±1,04 балів у ГП проти 7,96±0,84 балів у Г2, $p < 0,05$);
- зниження фізичного (8,57±0,66 балів у ГП проти 7,38±0,99 балів у Г2, $p < 0,01$), психологічного благопо-

луччя (відповідно 8,13±0,55 балів проти 7,31±0,88 балів, $p < 0,01$), автономії (9,83±0,39 балів проти 9,58±0,68 балів, $p < 0,05$), працевдатності (9,57±0,59 балів проти 9,0±0,99 балів, $p < 0,01$), соціоемоційної (7,26±0,75 балів проти 6,83±0,80 балів, $p < 0,05$) та суспільної підтримки (7,30±0,82 балів проти 6,30±0,87 балів, $p < 0,01$), самореалізації (7,48±0,59 балів проти 6,97±1,18 балів, $p < 0,01$) та духовної реалізації (7,57±0,84 балів проти 7,01±0,99 балів, $p < 0,01$), загального сприйняття якості життя (8,13±0,76 балів проти 7,36±0,97 балів, $p < 0,01$), відсутність різниці – щодо міжособистісної взаємодії (7,43±0,73 балів проти 7,36±0,89 балів) між підгруп з високим стресовим ризиком;

- у підгрупах з вкрай високим стресовим ризиком виявлено погіршення якості життя за всіма параметрами у Г2, окрім міжособистісної взаємодії та самореалізації.

Під час порівняння параметрів якості життя між Г1 та Г2 виявлено:

- відсутність різниці між параметрами якості життя у підгрупах з помірним стресовим ризиком;
- нижчі показники за критеріями фізичного ($8,46 \pm 0,69$ балів у Г1 проти $7,38 \pm 0,99$ балів у Г2, $p < 0,01$) та психологічного благополуччя (відповідно $8,13 \pm 0,61$ балів проти $7,31 \pm 0,88$ балів, $p < 0,01$), суспільної підтримки ($7,10 \pm 0,78$ балів проти $6,30 \pm 0,87$ балів, $p < 0,01$), самореалізації ($7,48 \pm 1,01$ балів проти $6,97 \pm 1,18$ балів, $p < 0,01$), загальної самооцінки якості життя у Г2 ($8,0 \pm 0,82$ балів проти $7,36 \pm 0,97$ балів, $p < 0,01$) поміж підгруп з високим стресовим ризиком;
- зниження всіх параметрів якості життя, окрім відчуття реалізованості, у Г2 між підгрупами з вкрай високим стресовим ризиком.

Висновки

1. Соматична складова у вигляді чинників ризику, клінічних симптомів та ускладнень хвороби на різних етапах перебігу ЦВП спричиняла погіршення самооцінки якості життя.

2. У континуумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалася чітка тенденція до погіршення самооцінки якості життя при появі соматичного неблагополуччя, що найвиразніше проявлялося у хворих, які перенесли мозковий інсульт.

3. У структурі самооцінки якості життя при появі клінічно розгорнутої симптоматики ЦВП спостерігали суттєве зниження психологічного та фізичного благополуччя, більш негативну оцінку соціоемоційної та суспільної підтримки, що вказувало на зростання значення психологічної та психосоціальної складових адаптації.

4. Самооцінка якості життя залежала від рівня стресового ризику, який переживала особистість: високий та вкрай високий стресовий ризик супроводжувалися більш негативною оцінкою якості життя, тоді як у пацієнтів з помірним стресовим ризиком, незалежно від етапу ЦВП (окрім Г3), самооцінка якості життя залишалася досить високою, що вказувало на наявність ряду особистісних, психосоціальних протективних чинників, що потребують подальшого дослідження (персональний рівень сприйнятливості та протидії стресу, рівень зовнішньої підтримки тощо).

5. Самооцінка якості життя як відображення внутрішньопсихологічних патернів суб'єктивної природи (установок, сприйняття хвороби, ресурсів подолання) може бути цінним клініко-психологічним критерієм діагностики психологічного стану пацієнтів на різних етапах розвитку ЦВП.

Список використаної літератури

1. Basskin L. E. Practical Pharmacoeconomics: How to design, perform and analyze outcomes research. Cleveland : Advanstar Communication, 1998. 174 p.
2. Куадрыков Е. К., Абдрахманов Ж. С. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного (Обзор литературы). *Валеология*. 2010. № 3. С. 9–12.
3. Jones P. W. Quality of life measurement the value of standardization. *Eur. Respir. Rev.* 1997. Vol. 7, issue 42. P. 42–49.
4. WHO Quality of Life Assessment Group. What Quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum*. 1996. Vol. 17, issue 4. P. 354–336.
5. Евсина О. В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы). *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2013. Т. 1, № 1. С. 119–133.
6. Жолдасбекова А. С., Калматаева Ж. А. Современные подходы к изучению качества жизни в медицине и кардиологии (литературный обзор). *Вестник КазНМУ*. 2016. № 3. С. 246–251.

7. Захаров Д. В., Балунов О. А. Динамика показателей функционального состояния и качества жизни у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в процессе лечения. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева*. 2007. Том 4, № 2. С. 10–12.
8. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения. *Consilium Medicum*. Неврология и ревматология. (Прил.). 2010. № 1. С. 53–58. Режим доступа: https://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-01-2010/reabilitatsiya_bolnykh_s_ostрым_narusheniem_mozgovogo_krovoobrashcheniya (дата обращения: 04.09.2018).
9. Бельская Г. Н., Лукьянчикова Л. В. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебрально-базиллярной системе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2013. Т. 113, № 12. С. 24–28.
10. Improved cognitive function after transcranial, light-emitting diode treatments in chronic, traumatic brain injury: two case reports / M. A. Naeser, A. Saltmarche, M. H. Kregel [et al.] // *Photomed Laser Surg.* 2011. Vol. 29, issue 5. P. 351–358. DOI: 10.1089/pho.2010.2814.
11. Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS) / J. W. Sturm, G. A. Donnan, H. M. Dewey [et al.] // *Stroke*. 2004. Vol. 35, issue 10. P. 2340–2345. DOI: 10.1161/01.STR.0000141977.18520.3b
12. Кислицын Ю. В., Борисов Д. Н. Качество жизни больных, перенесших атеротромботический инсульт в каротидной системе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2015. Том 115, № 9. С. 20–22. DOI: 10.17116/jnevro20151159220-22.
13. Медведкова С. А. Динамика показателей качества жизни больных в раннем восстановительном периоде мозгового ишемического полушарного инсульта. *Международный неврологический журнал*. 2013. № 4 (58). С. 15–22.
14. Амирахова Л. Ш. Качество жизни и когнитивный статус больных в период восстановления после инсульта. *Пермский медицинский журнал*. 2013. Т. 30, № 3. С. 82–86.
15. Эмоциональные расстройства и качество жизни у пациентов с постинсультной астенией / А. Н. Бойко, А. В. Лебедева, И. А. Щукін [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2013. Т. 113, № 11. С. 27–33.
16. Naess H., Lunde L., Brogger J. The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag.* 2012. Vol. 8. P. 407–413. DOI: 10.2147/VHRM.S32780.
17. Каракулова Ю. В., Амирахова Л. Ш. Нейропсихологический статус и качество жизни пациентов в восстановительном периоде ишемического инсульта под влиянием нейропротективной терапии. *Уральский медицинский журнал*. 2013. № 1 (106). С. 21–24.
18. de Weerd L., Luijckx G. J., Groenier K. H., van der Meer K. Quality of life of elderly ischaemic stroke patients one year after thrombolytic therapy. A comparison between patients with and without thrombolytic therapy. *BMC Neurol.* 2012. Vol. 12. P. 61. DOI: 10.1186/1471-2377-12-61.
19. Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke / V. R. Venna, Y. Xu, S. J. Doran [et al.] // *Transl Psychiatry*. 2014. Vol. 4. P. e351. DOI: 10.1038/tp.2013.128.
20. Naughton M. J., Wiklund I. A critical review of six dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research. *Qual Life Res.* 1993. Vol. 2, issue 6. P. 397–432.

References

1. Basskin, L. E. (1998). *Practical Pharmacoeconomics: How to design, perform and analyze outcomes research*. Cleveland: Advanstar Communication, 174 p.
2. Kuadrykov, E. K., & Abdrakhmanov, Zh. S. (2010). Kachestvo zhizni kak odin iz informativnykh metodov otsenki sostoiianiia bolnogo (Obzor literatury) [Quality of life as one of the informative methods for assessing the patient's condition (Literature review)]. *Valeologiya – Journal of Health and Life Sciences*, issue 3, pp. 9–12. (In Russian).
3. Jones, P. W. (1997). Quality of life measurement the value of standardization. *Eur. Respir. Rev.*, vol. 7, issue 42, pp. 42–49.
4. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What Quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum*, vol. 17, issue 4, pp. 354–336.
5. Evsina, O. V. (2013). Kachestvo zhizni v meditsine vazhnyi pokazatel sostoiianiia zdorovia patsienta (obzor literatury) [The quality of life in medicine – an important indicator of patient health status (review)]. *Lichnost v meniaiushchemsya mire zdorove, adaptatsiia, razvitiie* – *Personality in a changing world: health, adaptation, development*, vol. 1, issue 1, pp. 119–133. (In Russian).
6. Zholdasbekova, A. S., & Kalmatayeva, Zh. A. (2016). Sovremennye podkhody k izucheniiu kachestva zhizni v meditsine i kardiologii (literaturnyi obzor) [Modern approaches to the study of the quality of life in medicine and cardiology]. *Vestnik KazNMU – Scientific-Practical Journal of Medicine «Vestnik KazNMU»*, no. 3, pp. 246–251. (In Russian).
7. Zakharov, D. V., & Balunov, O. A. (2007). Dinamika pokazatelei funktsionalnogo sostoiianiia i kachestva zhizni u patsientov s distsirkuliatornoii entsefalopatiei v protsesse lecheniia [Dynamics of indicators of the functional state and quality of life in patients with dyscirculatory encephalopathy during treatment]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva – Review of psychiatry and medical psychology named Bekhterev*, vol. 4, no. 2, pp. 10–12. (In Russian).
8. Markin, S. P. (2010). Reabilitatsiia bolnykh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniia [Rehabilitation of patients with acute cerebrovascular accident]. *Consilium Medicum. Nevrologiia i revmatologiya. (Pril.)* – *Consilium*

- Medicum. Neurology and rheumatology. (Suppl.)*, issue 1, pp. 53–58. Available at: https://con-med.ru/magazines/neurology/neurology-01-2010/reabilitatsiya_bolnykh_s_ostрым_narusheniem_mozgovogo_krovoobrashcheniya (access date: 04.09.2018). (In Russian).
9. Belskaya, G. N., & Lukyancikova, L. V. (2013). Kachestvo zhizni bolnykh pereneshikh ishemicheskii insult v vertebro-bazilarnoi sisteme [Quality of life of patients with ischemic stroke in the vertebrobasilar system]. *Zhurnal Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 113, issue 12, pp. 24–28. (In Russian).
10. Naeser, M. A., Saltmarche, A., Krengel, M. H., Hamblin, M. R., & Knight, J. A. (2011). Improved cognitive function after transcranial, light-emitting diode treatments in chronic, traumatic brain injury: two case reports. *Photomed Laser Surg.*, vol. 29, issue 5, pp. 351–358. DOI: 10.1089/pho.2010.2814.
11. Sturm, J. W., Donnan, G. A., Dewey, H. M., Macdonell, R. A., Gilligan, A. K., Srikanth, V., & Thrift, A. G. (2004). Quality of life after stroke: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*, vol. 35, issue 10, pp. 2340–2345. DOI: 10.1161/01.STR.0000141977.18520.3b
12. Kislytsyn, Yu. V., & Borisov, D. N. (2015). Kachestvo zhizni bolnykh pereneshikh aterotromboticheskii insult v karotidnoi sisteme [Quality of life of the patients who had an atherotrombotic stroke in the carotid artery territory]. *Zhurnal Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 115, issue 9, pp. 20–22. DOI: 10.17116/jnevro20151159220-22. (In Russian).
13. Medvedkova, S. A. (2013). Dinamika pokazatelei kachestva zhizni bolnykh v rannem vosstanovitelnom periode mozgovogo ishemicheskogo polusharnogo insulta [Dynamics of indicators of quality of life of patients in the early recovery period of cerebral ischemic hemispheric stroke]. *Mezhdunarodnyi neurologicheskii zhurnal – International Neurological Journal*, issue 4(58), pp. 15–22. (In Russian).
14. Amirakhova, L. Sh. (2013). Kachestvo zhizni i kognitivnyi status bolnykh v period vosstanovleniia posle insulta [Patients' quality of life and cognitive status during period of rehabilitation after insult]. *Permskii meditsinskii zhurnal – Perm Medical Journal*, vol. 30, issue 3, pp. 82–86. (In Russian).
15. Boyko, A. N., Lebedeva, A. V., Shchukin, I. A., Soldatov, M. A., Petrov, S. V., Khozova, A. A., ... Shikhkerimov, R. K. (2013). Emotsionalnye rasstroistva i kachestvo zhizni u patsientov s postinsultnoi asteniei [Emotional disorders and quality of life in patients with post stroke asthenia]. *Zhurnal Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova – S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 113, issue 11, pp. 27–33. (In Russian).
16. Naess, H., Lunde, L., & Brogger, J. (2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Vasc Health Risk Manag.*, vol. 8, pp. 407–413. DOI: 10.2147/VHRM.S32780.
17. Karakulova, Y. V., & Amirakhova, L. Sh. (2013). Neiropsikhologicheskii status i kachestvo zhizni patsientov v vosstanovitelnom periode ishemicheskogo insulta pod vlianiem neiroprotektivnoi terapii [Neuropsychological status and quality of life of patients in the recovery period of ischemic stroke during neuroprotective therapy]. *Uralskii meditsinskii zhurnal – Ural Medical Journal*, issue 1 (106), pp. 21–24. (In Russian).
18. de Weerd, L., Luijckx, G. J., Groenier, K. H., & van der Meer K. (2012). Quality of life of elderly ischaemic stroke patients one year after thrombolytic therapy. A comparison between patients with and without thrombolytic therapy. *BMC Neurol.*, vol. 12, pp. 61. DOI: 10.1186/1471-2377-12-61.
19. Venna, V. R., Xu, Y., Doran, S. J., Patrizz, A., & McCullough, L. D. (2014). Social interaction plays a critical role in neurogenesis and recovery after stroke. *Transl Psychiatry*, vol. 4, pp. e351. DOI: 10.1038/tp.2013.128.
20. Naughton, M. J., & Wiklund, I. (1993). A critical review of six dimension-specific measures of health-related quality of life used in cross-cultural research. *Qual Life Res.*, vol. 2, issue 6, pp. 397–432.

Відомості про автора:

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

Сведения об авторе:

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

About the Author:

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

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.33-0.85:616.822.1

S. I. Tabachnikov^{1*}, I. Ya. Pinchuk¹, Ye. M. Kharchenko¹, O. S. Osukhovska¹, O. Yu. Tabachnikov²,
V. B. Mazbits¹, A. M. Cherpurna¹, V. I. Salden¹, T. V. Tovalovych¹, N. O. Mykhalchuk³

PSYCHOLOGICAL, CLINICAL AND INSTRUMENTAL-LABORATORY METHODS
FOR THE DIAGNOSIS OF THE USAGE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
BY SOMATIC PATIENTS IN THE PRACTICE OF FAMILY MEDICINE

¹State institution «Research Institute
of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine

²Kiev Medical University, Kyiv, Ukraine

³Rivne State University of the Humanities, Rivne, Ukraine

Background. The use of psychoactive substances among the population of different countries of the world, in particular in Ukraine, is one of the most significant medical and social problems of our time. The situation is even more threatening due to not only the mental and behavioral consequences of the use of surfactants, but also somatic. These comorbid disorders are severe and sometimes complete with mortality, especially in adolescence, young or adult age. In the view of modern medical reform in Ukraine, family doctors have a wide range of professional functions at the primary level of medical care, which determines the provision of qualification assistance to the contingent under review in full. Until recently, there are no scientific and practical standards on this important topic in the country.

Objective – determination of criteria for psychological, clinical and instrumental and laboratory methods for diagnosing the use of surfactants in somatic patients in family medicine practice.

Materials and methods. With the help of clinical-anamnestic, psychodiagnostic, clinical-psychopathological and instrumental-laboratory methods, 220 somatic patients (men – 54 %, women – 46 %) who use psychoactive substances visited by a family doctor were examined. The study was conducted on the basis of the Center of Primary Health Care in Kiev, during 2017-2018.

Results. On the grounds of the presented diagnostics, in particular, the developed 4-step specific and quantitative use of various psychoactive substances, the ratio of the nature of psychoactive substances and their somatic consequences was found by medical evidence for the most common pathogenicity profiles: cardiovascular, gastrointestinal, and respiratory. Age, gender and follow-up indicators are presented.

Conclusion. Clinical-anamnestic, socio-demographic, psychodiagnostic, clinical-psychopathological, instrumental and laboratory criteria for the characteristics of patients with comorbid pathology (use of surfactants with somatic consequences) were determined. Diagnostic psychocorrectional and preventive measures of this category of patients in the practice of family medicine are indicated.

Keywords: psychoactive substances, somatic patients, methods of modern diagnostics.

ПСИХОЛОГІЧНІ, КЛІНІЧНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН
У СОМАТИЧНИХ ХВОРИХ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

C. I. Табачніков^{1*}, І. Я. Пінчук¹, Є. М. Харченко¹, О. С. Осуховська¹, О. Ю. Табачніков², В. Б. Мажбіц¹,
А. М. Чепурна¹, В. І. Салден¹, Т. В. Товалович¹, Н. О. Михальчук³

¹ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна

²Київський медичний університет, м. Київ, Україна

³Рівненський державний гуманітарний університет, м. Рівне, Україна

Актуальність. Вживання психоактивних речовин (ПАР) серед населення різних країн світу, зокрема в Україні, є однією з найбільш значущих медико-соціальних проблем сучасності. Становище має ще більш загрозливий характер у зв'язку з наслідками вживання ПАР не тільки психічними і поведінковими, а й соматичними. Ці коморбідні розлади мають тяжку динаміку і часом завершуються летально, особливо в юнацько-молодому або літньому віці. В сфері сучасної медичної реформи в Україні сімейним лікарям належать професійні функції широкого кола на первинному рівні медичної допомоги, що визначає і надання повної кваліфікованої допомоги означеному контингенту осіб у повному обсязі. До останнього часу в країні відсутні науково-практичні стандарти з даної важливої теми.

Мета – визначення критеріїв психологічних, клінічних та інструментально-лабораторних методів діагностики вживання ПАР у соматичних хворих в практиці сімейної медицини.

Матеріали та методи. За допомогою клініко-анамнестичного, психодіагностичного, клініко-психопатологічного і інструментально-лабораторних методів обстежено 220 соматичних хворих (чоловіків 54 %, жінок 46 %), які вживали ПАР і звернулись до сімейного лікаря. Дослідження проводилось на базі Центру первинної медико-санітарної допомоги м. Києва протягом 2017–2018 рр.

Результати. На основі представленої діагностики, зокрема розробленого 4-ступеневого видового і кількісного вживання різних ПАР, виявлено медично-доказове співвідношення характеру ПАР та соматичних наслідків їх вживання за найпоширенішим профілем патогенності: серцево-судинним, шлунково-кишковим та дихально-легеневим. Наведені вікові, гендерні та катамнестичні показники.

Висновки. Визначено клініко-анамнестичні, соціально-демографічні, психодіагностичні, клініко-психопатологічні та інструментально-лабораторні критерії характеристики хворих з коморбідною патологією (вживання ПАР з соматичними наслідками). Окреслені діагностичні психокорекційні та профілактичні заходи для даної категорії пацієнтів у практиці сімейної медицини.

Ключові слова: психоактивні речовини, соматичні хвороби, методи сучасної діагностики.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

С. И. Табачников^{1*}, И. Я. Пинчук¹, Е. Н. Харченко¹, Е. С. Осуховская¹, А. Е. Табачников², В. Б. Мажбиц¹,А. Н. Чепурная¹, В. И. Салден¹, Т. В. Товалович¹, Н. А. Михальчук³¹ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина²Киевский медицинский университет, г. Киев, Украина³Ровенский государственный гуманитарный университет, г. Ровно, Украина

Актуальность. Употребление психоактивных веществ (ПАВ) среди населения разных стран мира, в частности в Украине, является одной из наиболее значительных медико-социальных проблем современности. Положение имеет еще более угрожающий характер в связи не только с психическими и поведенческими последствиями употребления ПАВ, но и соматическими. Данные коморбидные расстройства имеют тяжелую динамику и иногда завершаются летально, особенно в юношеско-молодом или пожилом возрасте. В сфере современной медицинской реформы в Украине семейным врачам принадлежат профессиональные функции широкого круга на первичном уровне медицинской помощи, что определяет предоставление квалифицированной помощи рассматриваемому контингенту лиц в полном объеме. До последнего времени в стране отсутствуют научно-практические стандарты по данной важной теме.

Цель – определение критериев психологических, клинических и инструментально-лабораторных методов диагностики употребления ПАВ у соматических больных в практике семейной медицины.

Материалы и методы. С помощью клиничко-анамнестического, психодиагностического, клиничко-психопатологического и инструментально-лабораторных методов обследовано 220 соматических больных (мужчин 54 %, женщин 46 %), принимавших ПАВ и обращавшихся к семейному врачу. Исследование проводилось на базе Центра первичной медико-санитарной помощи г. Киева в течение 2017–2018 гг.

Результаты. На основе представленной диагностики, в частности разработанного 4-ступенчатого видового и количественного употребления различных ПАВ, медико-доказательно обнаружено соотношение характера психоактивных веществ и соматических последствий их употребления по наиболее распространенным профилям патогенности: сердечно-сосудистым, желудочно-кишечным и дыхательно-легочным. Представлены возрастные, гендерные и катamnестические показатели.

Выводы. Определены клиничко-анамнестические, социально-демографические, психодиагностические, клиничко-психопатологические и инструментально-лабораторные критерии характеристики больных с коморбидной патологией (употребления ПАВ с соматическими последствиями). Указаны диагностические психокоррекционные и профилактические мероприятия данной категории пациентов в практике семейной медицины.

Ключевые слова: психоактивные вещества, соматические больные, методы современной диагностики.

For citation: Tabachnikov S. I., Pinchuk I. Ya., Kharchenko Ye. M., Osukhovska O. S., Tabachnikov O. Yu., Mazbits V. B., Chepurna A. M., Salden V. I., Tovalovych T. V., Mykhalchuk N. O. Psychological, clinical and instrumental-laboratory methods for the diagnosis of the usage of psychoactive substances by somatic patients in the practice of family medicine. *Arkhiv Psykhatrii*, 2018, 24(4): 229–234.

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

Received / Поступила: 16.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 13.11.2018

Background. The usage of psychoactive substances (surfactants) (PS) among the population in different countries, particular in Ukraine, is one of the most urgent medical and social issues [1–3]. The consequences of this addictive behavior are not only mental and behavioral, but also significant somatic disorders that lead to severe comorbid disorders, and in the future they lead to severe psycho-physiological disorders of a human body and often to fatal cases [2, 3]. The problem of methods of diagnostics of the usage of psychoactive substances, especially in so called initial stages, is quite complicated in the medical and social paradigm, taking into account the persistent reluctance of treatment and even recognition of their usage by patients [3–6]. The motivational factors of such behavior are quite diverse, ranging from the misunderstanding that the abuse of the surfactant is a disease and, more often; it is severe, to a sustained protest, while fixing only on obtaining subjectively pleasing mental and physical sensations, especially when there is a degree of dependence. Medical reform in our country, in Ukraine, has been greatly expanding the professional functions of family doctors, reoriented primary health care for them with the somatic consequences of the usage of surfactants, the general level of which among the contingent with the appropriate addiction, according to scientists, is from 42 to 58 %. In this sense, the problem of diagnosis and further primary health care for somatic patients who are taking surfactants is very relevant [1, 7–9].

The objective of the research – the determination of criteria of psychological, clinical and instrumental-laboratory methods of diagnostics the usage of surfactants by somatic patients in the practice of family medicine.

Materials and methods of research

With the help of clinical-anamnestic, psycho-diagnostic, clinical-psychopathological and instrumental-laboratory methods, 220 somatic patients who have used PS and asked

the help of family doctors, were examined. The patients were of 2 age categories: 18–35 years old and 36–60 years old. There were 54 % of men, 46 % of women. The research was organized during 2017–2018 on the basis of the Center of Primary Health Care in Kyiv.

Results

In the process of examination of these patients, specific characteristics of different types were identified, such as in the socio-demographic plan: such patients who have been educated in dysfunctional families – 20.9 % (parents constantly use PS, incomplete families, divorce or civil relations, conflicts in the family, grave living conditions and other social problems). 14.1 % of patients previously identified related somatic diseases. Most of them began to use PS in adolescent age (66 %), much less – in the elderly one (34 %). The main types of motivation for the usage of surfactant in the young age were the negative impact of the micro-environment, the desire to imitate modern fashion, negative behavior of peers, obtaining unusual feelings, subjective freedom of conduct. At older age we fixed fluctuations in mental and physical conditions, departure from difficult domestic and social circumstances, negative micro- and macro-social problems. Personally, respondents often had features of accentuation (54 %): anxiety – in 29 % of cases, demonstrability – in 22 % of cases, exaltation – in 16 %, hypertension – in 9 %, cyclothymy – in 7 %, excitability – in 5 %, and others. From the side of the psychopathological plan, a significant part of the patients having been examined had a depressive component (73 %) of varying degrees or anxiety: the category of boundary condition was in 63.6 % of cases; pathological – in 22.7 %; the norm is in 13.7 % of cases. In the psycho-pathological plan, at the initial stages of the usage of surfactants, respondents had depressive, anxiety component which was dominant, and in the future they would probably have compatible anxiety-

depressive or astheno-depressive syndromes: the first one is more often combined with alcohol abuse, the second – with tobacco-related illness. Different surfactants gave a variety of somatic effects, so the corresponding somatization profiles take place in their dynamics. Violation of the cardiovascular system was in 48 % cases; gastrointestinal tract – in 32 %; pulmonary-respiratory system – in 20 %, etc., which were combined with mental pathology, as well as the gender characteristics of respondents; in general, more rapid decompensation in the psychosomatic and social terms the women had, compared with the men. Clinical indices of the usage of surfactants are of a general or chronic nature. The general ones include the following: external ones – pallor of the skin, enlarged or narrowed pupil, reddened or cloudy eyes, slowed speech, impaired coordination of movements. Behavioral indices are: the growth of indifference from the side of parents, family, schoolchildren, partners in work, having been escaped from home, omissions of occupations, work, reduction of concentration, memory, logical thinking, inadequate responses to criticism, frequent mood changes, problems with lack of money, antisocial behavior. Such signs are the same as «evidence»: traces of injections, cuts, bruises, and etc. Indicators of chronic abnormal PS are common: fatigue, general malaise, hyperventilation, excessive sweating, changes in body weight (more often in the side if weight loss), oral odor due to the usage of substances (alcohol, tobacco, etc.). Cardiovascular system: fluctuations in blood pressure (more often it is hypertension), cardiomyopathy, heart rhythm disorders (arrhythmia), insolvency in physical activity and so on. Gastrointestinal system: esophageal reflux, gastritis, peptic ulcer, enlargement of the size or cirrhosis of the liver, pancreatitis, appetite disorder, alimentary events in the abdominal area and etc. Urogenital system: sexual problems – it is reduced fertility, impotence of men, menstrual disorders and decreased libido, disorders in the sphere of pregnancy of women.

Table 1. The symptoms of opiate by narcotic opioid (opioids)

PS	External changes	Physiological changes
Morphine (opium, heroin, codeine)	• the action is from 8 to 12 hours; • strong narrowing of the pupil; • eyes are slightly reddish and strongly shine; • bruises under the eyes; • superficial intermittent slow breathing; • itchy skin (especially nose); • sluggish and sleepy appearance; • confusing language; • passivity and general relaxation; • apathy to everything except himself/herself; • euphoria and carelessness; • excessive «courage» and determination; • nervousness and others	• respiratory depression (with possible manifestations of severe conditions) – the level of pathological manifestations depends on the dose of the substance and the tolerance of the organism; • dry skin and mucous membranes (lips, tongue); • superficial sleep; • reduction of urine output; • frequent constipation; • when it is a cold there is not a cough; • slight decrease of body temperature
Methadone	• the action is from 1 to 3 days; • the pupil are narrowing; • slow and confused language; • slow motion; • irritability through trifles; • appetite disturbance; • superficial sleep; • superficial breathing; • «good nature» and so on	• breathing violations of various degrees; • light itchy skin; • euphoria; • disturbance of concentration; • hallucinations; • elevated heartbeat; • muscle cramps, etc

Among contemporary methods of psycho-diagnostics of using PS, we have selected the most informative and not difficult to use. They are: the method of diagnostics of the accentuation of the character of the person (the method of K. Leonhard – G. Shmyshek); the method of the evaluation of the severity of depressive disorder (PHQ-9); diagnostics of emotional disturbances by «the hospital scale of anxiety and depression» (HADS); SUN technique: well-being, activity, mood: Stress Response Questionnaire (COPE); Questionnaire «Quality of Life-100» (Mezzich); clinical and psychopathological method of AUDIT-tests (modified by I. Linsky, O. Minko, 2014). The AUDIT test method is a screening tool for identifying the usage of different types of PS, in addition to 4 steps of quantification and the dynamics of the pathogenic process: safe usage (grade A), hazardous usage («B»), harmful effects («C»), dependent states («D»). Particularly it is useful to use this method because with its help it is possible to identify the degree of primary usage of PS by a general physician, that is, in family practice. As far as the level of psycho-corrective assistance is concerned, the family doctor in this case deals with three stages («A», «B», «C») usage of surfactants, especially with the third (grade «C»). Patients with the last fourth degree («D») – «dependent states» are referred to a specialized specialist – narcologist. In addition to the AUDIT test, you can use the CAGE test, which has a series of 4 questions for screening; while positive answers, even for 2 questions, it is possible to characterize the abuse of surfactants. Different groups of psychoactive substances have an appropriate characteristic of their actions, preservation in a human body and different effects. Here are the indicators of the most significant types of PS: 1 – the symptoms of opiate by narcotic opioid (opioids).

External symptoms of narcotic intoxication with cannabinoids such as marijuana («anasha», «hashish», «plan», «gangja», «charas», «ma», «kif», «dacha», «synthetic cannibolol», «Mary-Jane», «tempo», others):

- the pupil are slightly enlarged; shine in the eyes; redness of the eye proteins; eyes are slightly swollen;
- constant licking of lips; bad breath;
- a specific smell of garments from clothing;
- excessive joy and laugh without reason;
- attenuated attention;
- confusion of thoughts;
- memory impairment;
- sharply emerging state of incomprehensible sorrow and thoughtfulness;
- increased need for linguistic communication, which eventually changes to the desire for solitude for music (for hours);
- incomprehensible statements;
- incompatible language, with a noticeable lack of logic between phrases;
- jumping from topic to topic;
- in the conversation, paying attention to minor parts;
- slight disruption of coordination of movements;
- sometimes illusions, hallucinations;
- with a sharp change in the situation of fear and paranoid phenomena;
- increased appetite (insomnia);
- general euphoria, kindness and others.

It should be emphasized that early signs of problems because of the usage of surfactants are psychosocial and behavioral. Physical signs usually become apparent at later stages. Therefore, in any case you need to ask the patient several screening questions.

Such laboratory studies have to take place: the 1-st is for alcohol (macrocytosis of red blood cells, anemia, increased cholesterol and high density lipoprotein, gamma glutamyl-transferase (GGT), ACAT, ALAT, uric acid). The alcohol problem is confirmed if in the biochemical analysis of blood increases gamma-glutamyl-transpeptidase (the norm for women is up to 580 N/mol (l) or up to 35 IU/L; for men is up to 800 n/mol (l) or up to 48 IU/L); in general analysis of blood, an increase in the average volume of red blood cells (MCV) (the MCV-75-76 mkm for cubic meter). Immuno-chromatographic analysis (IHA) is a method for determining the meager

concentrations of substances in biological materials. The last ones can be: urine, whole blood, serum or blood plasma, saliva, feces, etc. The method is based on the «Antigen-Antibody» reaction. The most up-to-date and easy to use is the immuno-chromatographic method of test strips, which allows the fastest and the most qualitative detection of surfactants. In Ukraine, the following types of tests are produced and used:

- Alcohol test (ALCO-SCRIN, in saliva);
- Test for 5 types of narcotic substances (Morphine / Heroin, Marijuana, Amphetamine, Methamphetamine, Cocaine) (Immunohrom-5-Multic Express, in urine);
- Test for 3 types of narcotic substances (Morphine / Heroin, Marijuana, Amphetamine) (Immunohrom-3-multic Express, in urine);
- Test for 2 types of narcotic substances (Morphine / Heroin, Marijuana) (Immunohrom-2-multic Express, in urine);

Table 2. Symptoms of Drug Addiction from Psycho-stimulants

PS	External changes	Physiological changes
Cocaine	• runs from 30 minutes up to 1 hour; • excessively excited state; • lack of fatigue; • feelings of strength and benefits; • lack of appetite; • exhaustion; • insomnia; • sometimes trembling of the limbs; • hallucinations	• hyperactivity; • decay behavior; • slowness with a violation of coordination; • increased communication skills; • euphoria; • increasing sexuality
Methamphetamine (dexamethamine, methylphenidane, fenometrazine, metedrine, ephedrone («jeff», «hair dryer»), pervitinum («screw»), phenamine («ecstasy»)	• runs from 12 to 24 hours; • pupil are expanded; • the eyes are rounded, like the owl has; • increased activity and endurance of the organism; • all actions are performed at an accelerated tempo	• accelerated pulse, arrhythmias, increased blood pressure; • chills • mydriasis; • increase reflexes, etc
Amphetamine (prelude, ritalin, romolar, deoxyn)	• runs from 6 to 12 hours; • the need to constantly move and do something; • feeling of emotional uplift; • euphoria; • excessively «good» mood; • reassessment of opportunities; • lack of hunger; • increased sexual activity; • strong desire to speak	• hyperactivity, sometimes unproductive; • affective states (anxiety, depression, dysphoria); • high blood pressure; • acceleration of the pulse; • increase reflexes, etc

Table 3. Symptoms of narcotic intoxication by sedative-hypnotics means

PS	External changes	Physiological changes
Barbiturates (chloral hydrate, meprobamate, metaqualone, barbamil, phenobarbital, raedodrom, cyclobarbitol)	• run from 6 to 12 hours; • the pupil are normal, but the eyes are sleepy; • difficult language and stuttering; • drowsiness; • obscuration of consciousness; • hallucinations; • uncontrolled and uncoordinated movements, disturbances (as the person is drunk); • slowed down mental reactions; • difficult mental processes and speed like the person is making a logical decision; • indecision; • foggy utterances; • depressed mood and others	• weak breathing and pulse; • retardation; • lability of the effect; • discoordination of movements; • change of self-awareness, critical assessment of circumstances, behavior; • motor disorders; • oscillations of the affection
Benzodiazepines (phenazepam, radedorm, relanium (diazepam), elenium, immunized, donorrim)	• run from 6 to 12 hours; • drowsiness; • lethargy; • confusion of consciousness; • slowed down reaction; • deviation of the ability to concentrate; • lively confused language; • dizziness; • muscle weakness; • articulation disorders; • uncertain steps; • hallucinations; • suicidal tendencies	• dry mouth; • lowering blood pressure; • pulse fluctuations; • Increased motor activity, but actions are in disorder, they are overlocking, rough; • retardation, mental impairment; • inadequacy of emotions; • increasing sexuality

- Mono-express tests (in urine) on morphine / heroin, marijuana, amphetamine, methamphetamine, cocaine, barbiturates, benzodiazepine, phencyclidine, methadone, oxycodone, ketamine, cotinine, nicotine, propoxyphene, buprenorphine, extracts, tricyclic antidepressants.

The main advantages of using immuno-chromatographic test strips are:

- simplicity and convenience – allow you to get results without special expensive equipment and highly skilled personnel; this test doesn't require special storage conditions (stored at room temperature);
- efficiency – allows you to get the result in a few minutes and start treatment at the earliest time when it is possible;
- reliability – the reliability of the tests reaches 99.9 %, with each test has built-in internal control;
- cost-effectiveness – the minimum costs to buy a test and save time for the survey;
- anonymity – which is especially important in detecting the usage of narcotic substances.

Consequently, the presented research has been used modern psycho-diagnostic methods, clinical psycho-pathological examination, studying and targeting the thematic contingent of patients with instrumental and laboratory methods for diagnosis of PS. The results of our research can significantly improve the volume of professional medical care for patients with the indicated comorbid pathology in the practice of family medicine.

Conclusions

1. Clinical and anamnestic and socio-demographic criteria for diagnosing the usage of PS by patients with

somatic pathology in the practice of family medicine were determined.

2. The psychological methods of diagnosing the usage of surfactant by patients with somatic pathology in the practice of family medicine were presented.

3. Clinico-psychopathological methods of diagnostics of PS abnormalities of somatic patients in the complex treatment in the practice of family medicine were revealed.

4. The modern instrumental-laboratory methods of diagnosing the usage of surfactants of somatic patients in the practice of family medicine were outlined.

References

1. Pinchuk, I. Ya. (2017). Narcology in Ukraine: comfortable myths and inexhaustible figures. *National Mental Health Program. Important steps in the transformation process*. Kiev. pp. 85–88. (In Ukrainian).
2. Sosin, I. K., & Chuyev, Yu. F. (2010). About Narcological Situation in Ukraine. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 18, issue 3, pp. 174. (In Russian).
3. Tabachnikov, S. I., Lebedev, D. S., Trofimchuk, G. E., & Martynova, Yu. Yu. (2009). The epidemiological situation regarding the usage of psychoactive substances in Ukraine. *Arkhiv Psikhatrii*, vol. 15, issue 1, pp. 81–88. (In Ukrainian).
4. WHO Documentation Center. *Primary health care is more urgent than ever*. World Health Report. 2008. Geneva, pp.1–125. (In Russian).
5. Tabachnikov, S. I., Kharchenko, Ye. M., & Prib, G. A. (2011). Medical and sociological aspects of the characteristics of substance abuse of teenagers and young people. *Arkhiv Psikhatrii*, vol. 17, issue 3, pp. 61–66. (In Russian).
6. Pinchuk, I. Ya., Tabachnikov, S. I., & Kharchenko, Ye. M. (2016). *Psychotherapy and psycho-correction of addictive behavior of people with post-traumatic stress disorders who use psychoactive substances*. P. 53. (In Ukrainian).
7. Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine (September 13, 2010. No. 1808-r). About approval of the Concept for the implementation of the state policy in the area of combating the spread of drug addiction, combating the illegal circulation of narcotic drugs, psychotropic substances and precursors for 2011–2015. *Government courier*, No. 175 (September, 22, 2010). (In Ukrainian).
8. About the approval of the National Program «Health 2020: Ukrainian Dimension». *Draft Law of Ukraine*. Available at: http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html#2 (In Ukrainian).
9. World Health Organization (2010). *Global Strategy for Reducing Harmful Usage of Alcohol*. WHO, 48 p. (In Russian).

About the Authors:

TABACHNIKOV Stanislav Isakovich – MD, PhD, Professor, Acting Director of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

PINCHUK Iryna Yakivna – MD, PhD, Senior researcher, Head of the psychiatry department of addictions of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Director of International PEPFAR Addiction Technology Transfer Center Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

KHARCHENKO Yevgen Mykolaiovych – MD, PhD, Professor of the psychiatry department of addictions of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

OSUKHOVSKA Olena Sergiivna – MD, PhD, Leading Researcher psychiatry department of addictions of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

TABACHNIKOV Olexander Yuhimovich – MD, PhD, Professor of the Department of Neurology, Psychiatry, Reflex and Manual Therapy, Exercise Physics and Sports Medicine, Kiev Medical University, Kiev, Ukraine; e-mail: aetabachnikov@yahoo.com

MAZHBITZ Valentyna Borysova – MD, PhD, Senior researcher department of psychosomatic medicine and psychotherapy of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

CHEPURNA Alina Mukolayvna – MD, Researcher psychiatry department of addictions of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

SALDEN Viktoriya Igorivna – MD, PhD student of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

TOVALOVYCH Tatyana Volodimirovna – Leading Specialist psychiatry department of addictions of State institution «Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine», Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

MYKHALCHUK Natalia Oleksandrivna – Doctor of science, Professor, Head of the department of English practice, Rivne State Humanitarian University, Rivne, Ukraine; e-mail: natasha1273@ukr.net

Відомості про авторів:

ТАБАЧНИКОВ Станіслав Ісакович – д-р мед. наук, професор, в.о. директора ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ПІНЧУК Ірина Яківна – д-р мед. наук, с.н.с., завідувач відділу психіатрії станів залежності ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», директор АТТС (Центр обміну технологіями у сфері залежностей), м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ХАРЧЕНКО Євген Миколайович – д-р мед. наук, професор, г.н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ОСУХОВСЬКА Олена Сергіївна – д-р мед. наук, п.н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ТАБАЧНИКОВ Олександр Юхимович – д-р мед. наук, професор кафедри неврології, психіатрії, рефлекс- і мануальної терапії, ЛФК і спортивної медицини, Київський медичний університет, г. Київ, Україна; e-mail: aetabachnikov@yahoo.com

МАЖБИЦЬ Валентина Борисівна – канд. мед. наук, с.н.с. відділу психосоматичної медицини та психотерапії ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ЧЕПУРНА Аліна Миколаївна – н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

САЛДЕНЬ Вікторія Ігорівна – аспірант ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ТОВАЛОВИЧ Тетяна Володимирівна – провідний фахівець відділу психіатрії станів залежності ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

МИХАЛЬЧУК Наталія Олександрівна – д-р психол. наук, професор, завідувач кафедри практики англійської мови, Рівненський державний гуманітарний університет, м. Рівне, Україна; e-mail: natasha1273@ukr.net

Сведения об авторах:

ТАБАЧНИКОВ Станислав Исакович – д-р мед. наук, профессор, и.о. директора ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ПИНЧУК Ирина Яковлевна – д-р мед. наук, с.н.с., заведующая отделом психиатрии состояний зависимости ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», директор АТТС (Центр обмена технологиями в сфере зависимостей), г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ХАРЧЕНКО Евгений Николаевич – д-р мед. наук, профессор, г.н.с. отдела психиатрии состояний зависимости ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ОСУХОВСКАЯ Елена Сергеевна – д-р мед. наук, в.н.с. отдела психиатрии состояний зависимости ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ТАБАЧНИКОВ Александр Ефимович – д-р мед. наук, профессор кафедры неврологии, психиатрии, рефлекс- и мануальной терапии, ЛФК и спортивной медицины, Киевский медицинский университет, г. Киев, Украина; e-mail: aetabachnikov@yahoo.com

МАЖБИЦ Валентина Борисовна – канд. мед. наук, с.н.с. отдела психосоматической медицины и психотерапии ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ЧЕПУРНАЯ Алина Николаевна – н.с. отдела психиатрии состояний зависимости ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

САЛДЕНЬ Виктория Игоревна – аспирант ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ТОВАЛОВИЧ Татьяна Владимировна – ведущий специалист отдела психиатрии состояний зависимости ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

МИХАЛЬЧУК Наталья Александровна – д-р. психол. наук, профессор, заведующая кафедрой практики английского языка Ровенского государственного гуманитарного университета, г. Ровно, Украина; e-mail: natasha1273@ukr.net

К. Д. Гапонов

НАПРУЖЕНІСТЬ АДДИКТИВНОГО СТАТУСУ В ОСІБ ІЗ АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ТА РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер», м. Харків, Україна
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків, Україна

Актуальність. Взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджений результатами епідеміологічних, генетичних, біохімічних, нейрофізіологічних, клінічних та інших досліджень. Враховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування алкогольної залежності (АЗ) із коморбідними постстресовими та/або аддиктивними станами мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектора дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Мета – встановити особливості аддиктивного статусу осіб, залежних від алкоголю, з різним рівнем психосоціального стресу та психотравматичного досвіду.

Матеріали та методи. Обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, 89 вимушено переміщених осіб та 116 осіб – цивільних мешканців м. Харків і Харківської області. Методи дослідження: клінічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Результати. Встановлено, що об'єкти нехімічного походження мають більшу представленість серед аддиктивних феноменів, проте, меншу вираженість, ніж хімічні. Виявлено, що напруженість аддиктивного статусу стосовно об'єктів нехімічного походження здебільшого знаходиться в діапазоні вживання зі шкідливими наслідками, тоді як хімічного походження (за тютюном) – на рівні залежної поведінки.

Доведено, що напруженість аддиктивного статусу щодо таких об'єктів нехімічного походження, як зловживання їжею або роботою, зростає пропорційно тяжкості стресу, а заняттям спортом або сексом – обернено пропорційно. Аддиктивна напруженість стосовно схильності до перегляду телебачення та користування Інтернетом у осіб без наднормового психотравматичного досвіду зростає зі збільшенням вираженості психосоціального стресу, а серед інших осіб – навпаки. Серед інших об'єктів хімічного походження (окрім тютюну) напруженість аддиктивного статусу на рівні вживання зі шкідливими наслідками у осіб з АЗ спостерігається по відношенню до кави і чаю, причому вираженість схильності до аддикції збільшується у міру зростання тяжкості психосоціального стресу.

Висновки. Важливим фактором, що визначає особливості аддиктивного статусу осіб з АЗ, є вираженість психосоціального стресу. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для осіб, що страждають на АЗ.

Ключові слова: алкогольна залежність, психосоціальний стрес, аддиктивний статус.

НАПРЯЖЕННОСТЬ АДДИКТИВНОГО СТАТУСА ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

К. Д. Гапонов

КНП ХОС «Областной наркологический диспансер», г. Харьков, Украина

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков, Украина

Актуальность. Взаимосвязь между наличием стрессовой нагрузки и употреблением алкоголя подтверждена результатами эпидемиологических, генетических, биохимических, нейрофизиологических, клинических и других исследований. Учитывая системное взаимовлияние двух указанных феноменов, подходы к лечению алкогольной зависимости (АЗ) с коморбидными постстрессовыми и/или аддиктивными состояниями должны базироваться на биопсихосоциальных началах, а существующие терапевтические и реабилитационные стратегии должны быть существенно модифицированы с учетом вектора действия стресса на формирование и течение АЗ.

Цель – установить особенности аддиктивного статуса лиц, зависимых от алкоголя, с разным уровнем психосоциального стресса и психотравмирующего опыта.

Материалы и методы. Обследовано 312 мужчин, больных АЗ: 107 комбатантов, 89 вынужденно перемещенных лиц и 116 человек – гражданских жителей г. Харьков и Харьковской области. Методы исследования: клинический, клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический.

Результаты. Установлено, что объекты нехимического происхождения имеют большую представленность среди аддиктивных феноменов, однако, меньшую выраженность, чем химические. Вывявлено, что напряженность аддиктивного статуса относительно объектов нехимического происхождения в основном находится в диапазоне употребления с вредными последствиями, в то время как химического происхождения (за табаком) – на уровне зависимого поведения.

Доказано, что напряженность аддиктивного статуса в отношении таких объектов нехимического происхождения, как злоупотребление пищей или работой, возрастает пропорционально тяжести стресса, а занятиями спортом или сексом – обратно пропорционально. Аддиктивная напряженность относительно склонности к просмотру телевидения и пользования Интернетом у лиц без избыточного психотравмирующего опыта возрастает с увеличением выраженности психосоциального стресса, а у других лиц – наоборот. Среди других объектов химического происхождения (кроме табака) напряженность аддиктивного статуса на уровне употребления с вредными последствиями у лиц с АЗ наблюдается по отношению к кофе и чаю, причем выраженность склонности к аддикции увеличивается по мере роста тяжести психосоциального стресса.

Выводы. Важным фактором, определяющим особенности аддиктивного статуса лиц с АЗ, является выраженность психосоциального стресса. Вывявленные закономерности должны учитываться при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий для лиц, страдающих АЗ.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психосоциальный стресс, аддиктивный статус.

TENSION OF ADDICTIVE STATUS OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE AND DIFFERENT LEVELS OF PSYCHOSOCIAL STRESS

K. D. Gaponov

Regional Clinical Hospital «Regional Narcological Dispensary», Kharkiv, Ukraine

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

Background. Results of epidemiological, genetic, biochemical, neurophysiological, clinical and other studies confirmed relationship between the presence of stress and alcohol use. Taking into account the systemic interaction of these two phenomena, approaches to the treatment of alcohol dependence (AD) with comorbid post-stress and / or addictive

states should be based on biopsychosocial principles, and the existing therapeutic and rehabilitation strategies should be significantly modified to reflect the action of stress on the formation and course of AD.

Objective – to establish the peculiarities of the addictive status of alcohol addicts with different levels of psychosocial stress and psycho-traumatic experience.

Materials and methods. 312 men with AD were examined: 107 combatants, 89 internally displaced persons and 116 people – civilians of the city of Kharkiv and the Kharkiv region. Research methods: clinical, psychopathological, psychodiagnostic and statistical.

Results. It has been established that objects of non-chemical origin are more representative among addictive phenomena, however, less pronounced than chemical ones. It has been revealed that the intensity of addictive status with respect to objects of non-chemical origin is mainly in the range of use with harmful consequences, while chemical origin (after tobacco) is at the level of dependent behavior.

It has been proved that the tension of addictive status with respect to such objects of non-chemical origin, such as the abuse of food or work, increases in proportion to the severity of stress, and playing sports or sex is inversely proportional. Addictive tensions with respect to the propensity to watch television and use the Internet in individuals without excessive psycho-traumatic experience increase with an increase in the severity of psychosocial stress, and in other persons – vice versa. Among other objects of chemical origin (except tobacco), addictive status at the level of use with harmful consequences in people with AD is observed in relation to coffee and tea, and the severity of addiction to addiction increases with the severity of psychosocial stress.

Conclusions. The severity of psychosocial stress is an important factor determining the characteristics of the addictive status of people with AD. The revealed patterns should be taken into account when developing treatment-and-rehabilitation and preventive measures for people with AD.

Keywords: alcohol dependence, psychosocial stress, addictive status.

For citation: Gaponov K. D. Tension of addictive status of persons with alcohol dependence and different levels of psychosocial stress. *Arkhiv Psykhiatrii*, 2018, 24(4): 235–244. (In Ukr.).

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): kostiantyn1807@gmail.com

Received / Поступила: 05.11.2018

Accepted / Прийнята до друку: 22.11.2018

Актуальність. Дослідження глобального тягаря захворювань, пов'язаних із вживанням алкоголю, в 195 країнах світу за 1990–2016 роки, відносить Україну до другого місця в світі за кількістю років, втрачених через непрацездатність або передчасну смерть унаслідок вживання алкоголю (DALY). За показником смертності від алкоголю Україна займає 9 місце у світі. В середньому, 2,7 % життя українців втрачається через проблеми, пов'язані з алкоголем [1].

Поширеність алкогольної залежності (АЗ) є віддзеркаленням суспільно-політичних процесів, що відбуваються зараз у країні. Насамперед, йдеться про фактори, пов'язані з дією надсильних стресорів – таких як політична та економічна нестабільність і бойові дії на Сході України [2–4].

Взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджений великою кількістю досліджень зі значною доказовою базою і визнаний усіма науковими школами та напрямками: результати епідеміологічних, генетичних, біохімічних, нейрофізіологічних, клінічних та інших досліджень переконливо свідчать про його наявність [5, 6].

Проте накопичення цих знань поки що не привело до розуміння того, яким чином, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від вживання алкоголю та збільшити ефективність лікування АЗ у осіб, що переживають надзвичайний стрес. Враховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими та/або аддиктивними станами мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а наявні терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектора дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Мета роботи – проаналізувати особливості аддиктивного статусу осіб, залежних від алкоголю, з різним рівнем психосоціального стресу та психотравматичного досвіду, для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу та коморбідних аддиктивних феноменів на формування й перебіг АЗ.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на базі КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер» за умови інфор-

мованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ (F10.24 – вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність; F10.25 – постійне вживання; F10.26 – епізодичне вживання, дипсоманія): 107 комбатантів, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України в якості учасників АТО/ООС; 89 вимушено переміщених осіб із тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей; 116 осіб – мешканців м. Харків і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Дослідження проведено з використанням клінічного, клініко-психопатологічного й психодіагностичного методів.

Діагностику АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений використанням, окрім клінічного структурованого інтерв'ю згідно з діагностичними критеріями МКХ-10, психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT, шкали оцінки стану відміни алкоголю CIWA-Ar та шкали SADQ-C. Вимір тяжкості психосоціального стресу здійснювали за однойменною шкалою Л. Рідера [7]. Аддиктивний статус досліджували за допомогою батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [8], а також «Тесту для виявлення розладів, пов'язаних із захопленістю спортом (фітнесом) SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів» [9].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики та аналіз розбіжностей з використанням непараметричних методів: тесту Манна-Уїтні та точного критерію Фішера.

Результати та їх обговорення

На початку обстеження у кожній з категорій обстежених ми виділили по три групи – зі слабкою, помірною та тяжкою вираженістю психосоціального стресу. Віднесення респондента до групи залежно від тяжкості психосоціального стресу проводили на підставі аналізу результатів обстеження за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера [7]: якщо показник за цією шкалою складав до 0,99 балів, обстежуваного відносили до групи

з низьким рівнем стресу; якщо показник був у межах 1,00 – 1,99 балів – до групи із помірним рівнем стресу; якщо показник перевищував 1,99 балів – до групи з тяжким стресом.

Серед комбатантів виявлено 2 особи з низьким (K1), 29 осіб з помірним (K2) і 76 осіб – з високим рівнем стресу (K3). Серед переселенців 9 осіб мали низький (P1), 22 особи – помірний (P2), 58 осіб – високий рівень стресового реагування (P3). У місцевих у 24 випадках реєстрували низький рівень стресу (M1), у 33 – помірний (M2) і 59 випадках – високий (M3).

Результати вимірювання показників за AUDIT-подібними тестами у комбатантів з АЗ та різною вираженістю стресу наведено в таблиці 1.

Результати дослідження показників за AUDIT-подібними тестами у переселенців з АЗ і різною вираженістю стресу наведено у таблиці 2.

У таблиці 3 наведено середні показники за AUDIT-подібними тестами у місцевих мешканців з АЗ та різною вираженістю стресу.

Результати аналізу статистичної значущості розбіжностей при порівнянні різних груп хворих на АЗ за різними аддиктивними об'єктами наведено у таблиці 4.

Аналіз напруженості аддиктивного статусу за різноманітними об'єктами серед респондентів з різним рівнем психосоціального стресу дозволив встановити ряд важливих закономірностей.

Напруженість аддиктивного статусу щодо занять спортом здебільшого спостерігалась у комбатантів та переселенців. При цьому «вживання» на рівні шкідливих наслідків виявлено у осіб з легким стресом: 14,50±6,36 балів у групі K1 (верхні значення шкідливого вживання), 14,78±4,15 балів у групі P1 (верхні значення шкідливого

вживання), і 12,29±5,32 балів у групі M1 (помірні значення шкідливого вживання). Зі збільшенням тяжкості переживання стресу значення показника зменшувалося; на нашу думку, це може бути пов'язане з поступовим погіршенням соціальної адаптації у хворих з АЗ та високим рівнем стресу, і згасанням інтересу до певних форм поведінки, зокрема, до занять спортом, на противагу хімічним залежностям, інтенсивність яких прогресивно наростає пропорційно до тяжкості стресу. У групах K2, P2 та M2 значення показників аддиктивної поведінки щодо занять спортом було на рівні низьких значень амплітуди шкідливого вживання і склало, відповідно, 9,48±6,34 балів, 9,27±7,34 балів та 8,06±6,75 балів; у групах з високим рівнем психосоціального стресу схильності до спорту не виявлено – показники були в амплітуді безпечних значень: K3, P3 та M3 – відповідно, 6,26±6,85 балів, 6,29±6,02 балів та 4,93±5,83 балів. Розбіжності між показниками груп з легким, помірним та тяжким стресом статистично значущі для всіх рівнів тяжкості стресу ($p < 0,05$ і менше), при порівнянні груп K1 і P1, K1 і M1, M1 і P1; K2 і P2, K2 і M2, M2 і P2; K3 і P3, K3 і M3, M3 і P3 між собою – статистично незначущі ($p > 0,05$) (табл. 1–4, рис. 1).

Інша тенденція виявлена при дослідженні особливостей аддиктивної поведінки стосовно їжі як об'єкта аддикції: напруженість аддиктивного статусу зростала пропорційно тяжкості стресу, причому найбільше ця тенденція була виражена у комбатантів. Так, серед осіб з помірним і тяжким рівнем стресового реагування схильність до використання їжі як об'єкта аддикції була на рівні вживання зі шкідливими наслідками (K1 – 6,00±1,41 балів, K2 – 12,10±2,76 балів, у групі K3 – 13,36±2,41 балів; розбіжності між групами статистично значущі, $p < 0,05$). У переселенців та місцевих мешканців виявлена та ж

Таблиця 1. Середні показники напруженості аддиктивного статусу за різними об'єктами у комбатантів з алкогольною залежністю та різною вираженістю психосоціального стресу

Аддиктивний об'єкт	Групи			p		
	K1	K2	K3	K1 vs K2	K1 vs K3	K2 vs K3
Спорт	14,50±6,36	9,48±6,34	6,26±6,85	<0,05	<0,05	<0,05
Їжа	6,00±1,41	12,10±2,76	13,36±2,41	<0,05	<0,05	<0,05
Секс	13,50±4,95	9,21±10,35	7,16±11,17	<0,05	<0,05	<0,05
Робота	8,50±0,71	9,59±9,32	15,08±10,41	>0,05	<0,05	<0,05
Телебачення	10,50±0,71	9,72±10,08	7,26±11,04	<0,05	<0,05	<0,05
Інтернет	11,50±0,71	10,66±8,91	8,71±9,87	<0,05	<0,05	<0,05
Азартні ігри	5,50±2,12	7,62±8,42	9,43±11,72	>0,05	>0,05	>0,05
Комп'ютерні ігри	16,00±1,41	12,66±2,02	14,67±4,21	<0,05	>0,05	<0,05
Шопінг	4,50±0,71	5,41±4,98	6,17±7,27	>0,05	>0,05	>0,05
Читання	1,50±0,71	2,97±2,23	5,36±3,52	>0,05	>0,05	>0,05
Куріння	20,00±1,41	24,21±1,80	26,82±9,36	<0,05	<0,05	<0,05
Кава та чай	7,50±0,71	11,34±3,18	13,82±4,12	<0,05	<0,05	<0,05
Канабіноїди	5,00±1,41	5,38±3,70	6,11±6,18	>0,05	>0,05	>0,05
Леткі органічні сполуки	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	>0,05	>0,05	>0,05
Седативні та снодійні засоби	6,50±3,54	7,55±5,25	9,47±5,72	>0,05	<0,05	<0,05
Психостимулятори	7,00±0,00	8,00±3,27	11,00±6,85	>0,05	>0,05	>0,05
Опіати	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	>0,05	>0,05	>0,05
Психоделічні засоби	0,00±0,00	0,00±0,00	0,00±0,00	>0,05	>0,05	>0,05

тенденція, однак, вона була менш очевидною: у групі П1 середнє значення показника склало $5,56 \pm 1,88$ балів (безпечне вживання), у групі П2 – $8,32 \pm 2,48$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі П3 – $9,84 \pm 2,50$ балів (низькі значення шкідливого вживання) (розбіжності між групами статистично значущі – $p < 0,05$ і менше);

у групі М1 – $6,08 \pm 2,38$ балів (безпечне вживання), М2 – $7,61 \pm 2,44$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання), М3 – $8,66 \pm 1,86$ балів (низькі значення шкідливого вживання) (розбіжності між групами статистично значущі – $p < 0,05$ і менше) (табл. 1–4, рис. 2).

Таблиця 2. Середні показники напруженості аддиктивного статусу за різними об'єктами у переселенців з алкогольною залежністю та різною вираженістю психосоціального стресу

Аддиктивний об'єкт	Групи			p		
	П1	П2	П3	П1 vs П2	П1 vs П3	П2 vs П3
Спорт	$14,78 \pm 4,15$	$9,27 \pm 7,34$	$6,29 \pm 6,02$	$<0,05$	$<0,01$	$>0,05$
Їжа	$5,56 \pm 1,88$	$8,32 \pm 2,48$	$9,84 \pm 2,50$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Секс	$13,56 \pm 14,75$	$8,05 \pm 15,16$	$7,12 \pm 7,60$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$
Робота	$8,89 \pm 7,34$	$10,14 \pm 8,74$	$13,69 \pm 11,21$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Телебачення	$14,11 \pm 14,74$	$8,18 \pm 15,19$	$7,71 \pm 7,51$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$
Інтернет	$14,67 \pm 13,12$	$9,23 \pm 13,64$	$9,31 \pm 6,75$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$
Азартні ігри	$5,33 \pm 4,33$	$7,09 \pm 8,87$	$9,12 \pm 8,24$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Комп'ютерні ігри	$9,89 \pm 0,93$	$11,45 \pm 1,92$	$12,98 \pm 5,81$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Шопінг	$3,56 \pm 2,35$	$4,95 \pm 4,97$	$5,12 \pm 5,16$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Читання	$1,78 \pm 1,79$	$3,73 \pm 2,78$	$5,48 \pm 3,88$	$>0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Куріння	$19,33 \pm 1,87$	$23,50 \pm 1,74$	$26,47 \pm 15,94$	$<0,01$	$<0,05$	$<0,01$
Кава та чай	$7,00 \pm 1,66$	$10,14 \pm 5,37$	$13,36 \pm 7,02$	$<0,05$	$0,001$	$<0,05$
Канабіноїди	$4,22 \pm 1,72$	$4,86 \pm 3,92$	$5,84 \pm 3,77$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Леткі органічні сполуки	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Седативні та снодійні засоби	$6,56 \pm 1,81$	$8,50 \pm 4,68$	$9,66 \pm 4,93$	$<0,05$	$<0,01$	$>0,05$
Психостимулятори	$8,22 \pm 2,59$	$8,59 \pm 3,96$	$10,40 \pm 7,47$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Опіати	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Психodelічні засоби	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$

Таблиця 3. Середні показники напруженості аддиктивного статусу за різними об'єктами у місцевих мешканців з алкогольною залежністю та різною вираженістю психосоціального стресу

Аддиктивний об'єкт	Групи			p		
	М1	М2	М3	М1 vs М2	М1 vs М3	М2 vs М3
Спорт	$12,29 \pm 5,32$	$8,06 \pm 6,75$	$4,93 \pm 5,83$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Їжа	$6,08 \pm 2,38$	$7,61 \pm 2,44$	$8,66 \pm 1,86$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Секс	$11,58 \pm 12,80$	$9,42 \pm 14,23$	$7,25 \pm 5,25$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$
Робота	$10,17 \pm 5,88$	$10,82 \pm 8,87$	$11,47 \pm 9,36$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Телебачення	$11,08 \pm 6,49$	$14,36 \pm 10,44$	$16,63 \pm 11,41$	$>0,05$	$<0,05$	$>0,05$
Інтернет	$6,54 \pm 2,81$	$10,15 \pm 7,31$	$12,83 \pm 7,83$	$<0,05$	$<0,01$	$<0,05$
Азартні ігри	$5,04 \pm 7,49$	$6,91 \pm 8,86$	$8,92 \pm 10,28$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Комп'ютерні ігри	$9,88 \pm 0,80$	$9,79 \pm 5,45$	$10,59 \pm 6,40$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$
Шопінг	$4,88 \pm 5,24$	$4,70 \pm 4,84$	$6,76 \pm 6,88$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Читання	$2,17 \pm 2,39$	$4,00 \pm 3,98$	$7,07 \pm 5,60$	$>0,05$	$<0,01$	$<0,01$
Куріння	$17,42 \pm 5,79$	$23,36 \pm 4,49$	$24,10 \pm 16,20$	$<0,01$	$<0,01$	$<0,01$
Кава та чай	$6,54 \pm 2,38$	$7,85 \pm 5,36$	$10,54 \pm 9,48$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$
Канабіноїди	$4,96 \pm 3,56$	$4,79 \pm 4,08$	$6,34 \pm 5,26$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Леткі органічні сполуки	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Седативні та снодійні засоби	$3,79 \pm 1,47$	$4,67 \pm 5,54$	$5,15 \pm 3,92$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Психостимулятори	$8,29 \pm 2,91$	$8,85 \pm 5,46$	$11,56 \pm 4,78$	$>0,05$	$<0,01$	$<0,01$
Опіати	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$
Психodelічні засоби	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$0,00 \pm 0,00$	$>0,05$	$>0,05$	$>0,05$

Таблиця 4. Рівні статистичної значущості розбіжностей при порівнянні напруженості аддиктивного статусу у груп досліджених хворих з АЗ за різними аддиктивними об'єктами

Аддиктивні фактори	Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп								
	K1 vs P1	K1 vs M1	P1 vs M1	K1 vs P1	K1 vs M1	P1 vs M1	K1 vs P1	K1 vs M1	P1 vs M1
Спорт	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Їжа	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Секс	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
Робота	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05
Телебачення	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Інтернет	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Азартні ігри	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Комп'ютерні ігри	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05
Шопінг	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Читання	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Куріння	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	>0,05
Кава та чай	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05
Канабіноїди	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Леткі органічні сполуки	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Седативні та снодійні засоби	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Психостимулятори	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
Опіати	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Психоделічні засоби	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Аддиктивна напруженість, що відповідала рівню вживання зі шкідливими наслідками, за таким об'єктом аддикції як секс, продемонструвала закономірність, схожу зі схильністю до занять спортом: найбільші показники виявилися притаманними комбатантам і переселенцям; по мірі збільшення тяжкості стресу показники зменшувалися, що, на наш погляд, відображає закономірну тенденцію до згасання статевого потягу при тяжкій вираженості стресового реагування. Середній показник вираженості секс-аддикції склав у групі K1 $13,50 \pm 4,95$ балів (близький до високих значень рівень шкідливого вживання), у групі K2 – $9,21 \pm 10,35$ балів (низький рівень шкідливого вживання), у групі K3 – $7,16 \pm 11,17$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання) (розбіжності між групами статистично значущі – $p < 0,05$ і менше); у групі П1 – $13,56 \pm 14,75$ балів (близький до високих значень рівень шкідливого вживання), у групі П2 – $8,05 \pm 15,16$ балів (низький рівень шкідливого вживання), у групі П3 – $7,12 \pm 7,60$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання) (розбіжності між групами статистично зна-

чуші – $p < 0,05$ і менше); у групі M1 – $11,58 \pm 12,80$ балів (помірне шкідливе вживання), M2 – $9,42 \pm 14,23$ балів (близький до низького рівня шкідливого вживання), M3 – $7,25 \pm 5,25$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання) (розбіжності між групами статистично значущі – $p < 0,05$ і менше) (табл. 1–4, рис. 3).

При дослідженні роботи як об'єкта аддикції були виявлені більш складні закономірності (табл. 1–4, рис. 4). Найбільші кількісні значення за цим фактором, що не виходили за нижчі показники амплітуди вживання зі шкідливими наслідками, були виявлені у місцевих мешканців, при цьому розбіжності між показниками у групах з різним рівнем стресу були статистично незначущими і знаходилися в діапазоні помірних значень шкідливого вживання: у групі M1 – $10,17 \pm 5,88$ балів; у групі M2 – $10,82 \pm 8,87$ балів, у групі M3 – $11,47 \pm 9,36$ балів ($p > 0,05$). Схожа картина була виявлена у переселенців: середній показник у групі П1 склав $8,89 \pm 7,34$ балів (низькі значення шкідливого діапазону), у групі П2 – $10,14 \pm 8,74$ балів (близькі до помірних значень шкідливого вживання), у

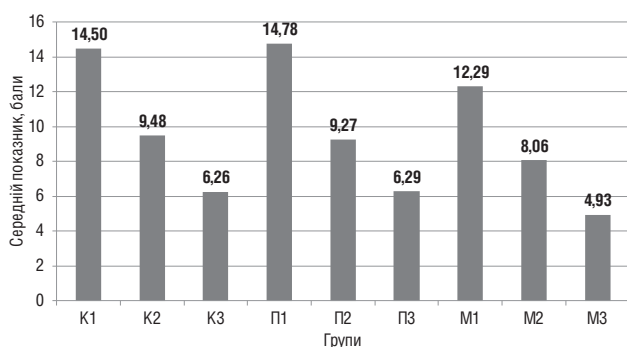


Рис. 1. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо занять спортом у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

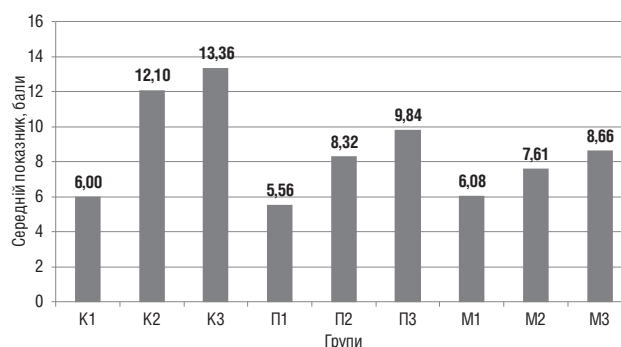


Рис. 2. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо їжі як об'єкта аддикції у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

групі ПЗ – $13,69 \pm 11,21$ балів (помірні, близько до високих значень шкідливого вживання) ($p > 0,05$). У комбатантів у групах з легким та помірним стресом виявлені найнижчі значення показників на рівні низьких значень шкідливого вживання: у групі К1 – $8,50 \pm 0,71$ балів, у групі К2 – $9,59 \pm 9,32$ балів, а у групі з тяжким стресом – найвищі (на перетині між шкідливим і небезпечним вживанням): $15,08 \pm 10,41$ балів. Розбіжності статистично значущі при порівнянні груп К1 з К3, та К2 з К3 ($p < 0,05$).

Складні закономірності виявлені також при дослідженні особливостей аддиктивної поведінки стосовно перегляду телевізійних програм (табл. 1–4, рис. 5). Найнижчі показники аддиктивної напруженості за таким об'єктом як телебачення виявились притаманні комбатантам, причому зі збільшенням тяжкості стресу значення показника ще більше зменшувалося: у групі К1 його середнє значення склало $10,50 \pm 0,71$ балів (середні значення діапазону шкідливого вживання), у групі К2 – $9,72 \pm 10,08$ балів (ближче до низьких значень шкідливого вживання), у групі К3 – $7,26 \pm 11,04$ балів (практично безпечне вживання). Розбіжності між показниками груп з легким, помірним та тяжким стресом статистично значущі ($p < 0,05$ і менше). У переселенців зберігалася та ж закономірність, при цьому кількісні показники у групах з різним ступенем психосоціального стресу були більшими: П1 – $14,11 \pm 14,74$ балів (верхні значення шкідливого діапазону), П2 – $8,18 \pm 15,19$ балів (низький рівень шкідливого вживання), ПЗ – $7,71 \pm 7,51$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання). Для місцевих мешканців виявилась характерною інша закономірність, а саме, зростання аддиктивної напруженості щодо перегляду телебачення зі зростанням вираженості психосоціального стресу: найнижчі рівні були притаманні обстеженим з низьким рівнем стресу ($11,08 \pm 6,49$ балів, середній рівень шкідливого вживання), більші – з помірним ($14,36 \pm 10,44$ балів, верхні значення шкідливого діапазону), і найвищі – з тяжким ($16,63 \pm 11,41$ балів, небезпечне вживання). На нашу думку, ці закономірності тісно пов'язані з наявністю психотравматичного досвіду та обумовленого ним постстресового дезадаптивного реагування у вигляді ознак посттравматичного стресу з притаманною йому симптоматикою уникання. Типове для таких проявів прагнення уникати переживань, асоційованих з перенесеним стресом, сприяє дистанціюванню від перегляду телевізійних програм, що можуть містити травматичні сюжети (війна, соціальна напруженість, переміщення тощо). Досліджені нами хворі-комбатанти і переселенці зазначали, що перегляд телевізійних програм, які містять подібні сюжети (а це практично всі випуски новин, більшість ток-шоу, політичних, аналітичних та інших телевізійних програм) справляли на них гнітюче, болісне враження, тому вони намагалися уникати або мінімізувати перегляд телевізійних програм.

Аналогічні закономірності виявлені нами і при вивченні особливостей користування Інтернетом: хворі з посттравматичною симптоматикою уникання (комбатанти і переселенці) прагнули уникати Інтернет-сторінок та новинних сайтів, де міститься травмуюча для них інформація. Однак, користування Інтернетом пов'язане з набагато більшою свободою вибору інформації та різноманіттям інформаційних ресурсів, порівняно з теле-

баченням, тому описані закономірності були виражені менше (табл. 1–4, рис. 6). Середній показник аддиктивної напруженості за таким об'єктом як Інтернет, у групі К1 склав $11,50 \pm 0,71$ балів (середні значення шкідливого вживання), у групі К2 – $10,66 \pm 8,91$ балів (ближче до низьких значень шкідливого вживання), у групі К3 – $8,71 \pm 9,87$ балів (низький поріг шкідливого вживання); розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,05$). У групі П1 середнє значення показника склало $14,67 \pm 13,12$ балів

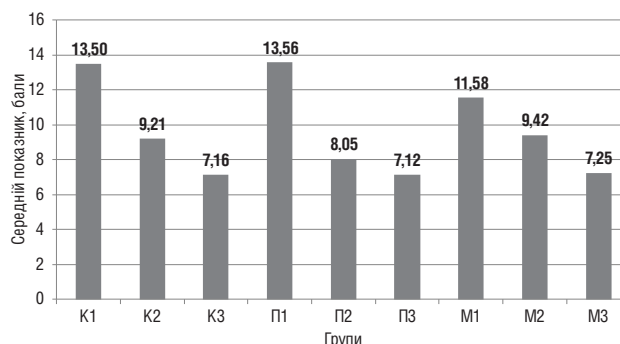


Рис. 3. Середні показники напруженості аддиктивного статусу за сексом як об'єктом аддикції у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

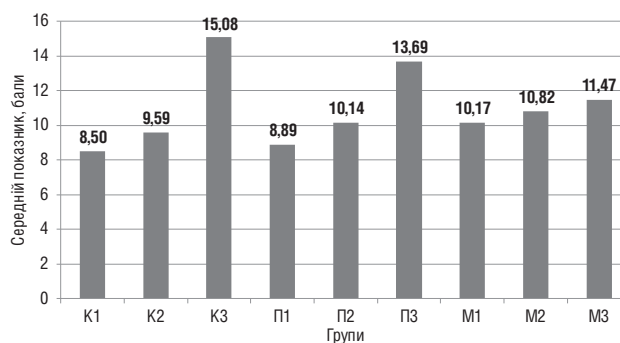


Рис. 4. Середні показники напруженості аддиктивного статусу стосовно роботи як аддиктивного об'єкта у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

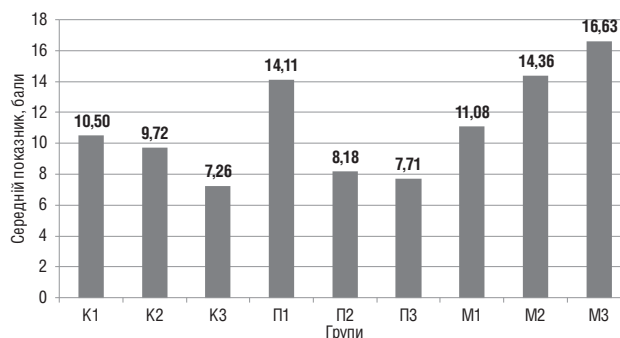


Рис. 5. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо перегляду телевізійних програм у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

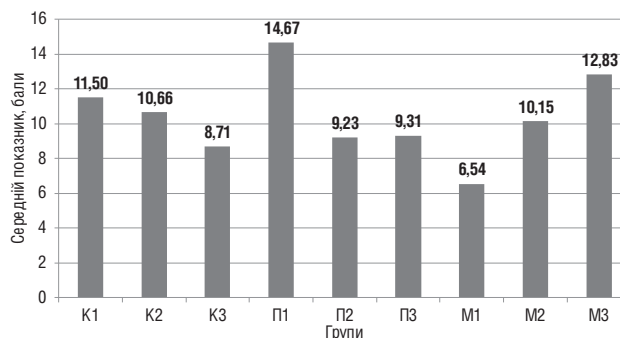


Рис. 6. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо користування Інтернетом у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

(високі значення шкідливого вживання), у групі П2 – $9,23 \pm 13,64$ балів (низький поріг шкідливого вживання), у групі П3 – $9,31 \pm 6,75$ балів (низький поріг шкідливого вживання); розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$). Середнє значення показника у групі М1 склало $6,54 \pm 2,81$ балів (безпечне вживання), у групі М2 – $10,15 \pm 7,31$ балів (ближче до низьких значень шкідливого вживання), у групі М3 – $12,83 \pm 7,83$ балів (середні значення шкідливого вживання); розбіжності статистично значущі ($p < 0,05$).

Щодо схильності до азартних ігор, то загальною тенденцією було збільшення напруженості аддиктивного статусу по мірі наростання тяжкості переживання психосоціального стресу, однак розбіжності у значеннях показників між групами з різним ступенем тяжкості стресу були статистично незначущі. Так, середнє значення даного показника у групі К1 склало $5,50 \pm 2,12$ балів (безпечне вживання), у групі К2 – $7,62 \pm 8,42$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання), у групі К3 – $9,43 \pm 11,72$ балів (нижній поріг шкідливого вживання); у групі П1 – $5,33 \pm 4,33$ балів (безпечне вживання), у групі П2 – $7,09 \pm 8,87$ балів (практично безпечне вживання), у групі К3 – $9,12 \pm 8,24$ балів (нижній поріг шкідливого вживання); у групі М1 – $5,04 \pm 7,49$ балів (безпечне вживання), у групі М2 – $6,91 \pm 8,86$ балів (безпечне вживання), у групі М3 – $8,92 \pm 10,28$ балів (нижній поріг шкідливого вживання) ($p > 0,05$) (табл. 1–4, рис. 7).

Більш складні закономірності виявлені при аналізі аддиктивної поведінки обстежених стосовно такого об'єкта як комп'ютерні ігри (табл. 1–4, рис. 8). Найвищі значення даного показника були виявлені серед комбатантів у групі К1: $16,00 \pm 1,41$ балів (діапазон небезпечного вживання); зі збільшенням тяжкості психосоціального стресу значення показника спочатку зменшувалося до $12,66 \pm 2,02$ балів у групі К2 (середні значення діапазону шкідливого вживання), а при подальшому зростанні тяжкості стресу знову збільшувалося до $14,67 \pm 4,21$ балів у групі К3 (верхні значення діапазону шкідливого вживання). На нашу думку, така динаміка пов'язана насамперед з використанням комп'ютерної гри як моделі реальності. Агресивні ігри дозволяють відреагувати накопичені емоції, насамперед, негативні стеничні емоції – гнів, агресію, злість, і зняти емоційну напругу. Найбільшою мірою така потреба виражена при крайніх формах стресу – легкому та тяжкому; тому закономірним було зростання показника у цих групах. Певну роль відіграють також комп'ютерні ігри – моделі віртуальної реальності, що дозволяють суб'єкту відгородитися від болісної, травматичної реальності й збудувати віртуаль-

ний світ за власними вподобаннями. До такого типу ігор тяжіють особи, схильні до ескапізму, фантазування, відсторонення від реальності. На наш погляд, використання комп'ютерних ігор і комп'ютерних моделей реальності у цих випадках можна розглядати як своєрідний різновид копінгу, породжений технічним прогресом. У групі переселенців тенденція до збільшення значення показника паралельно зі зростанням інтенсивності стресу була виражена більш явно: показник у групі П1 склав $9,89 \pm 0,93$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі П2 – $11,45 \pm 1,92$ балів (помірні значення шкідливого вживання), у групі П3 – $12,98 \pm 5,81$ балів (близькі до високих значення шкідливого вживання) ($p < 0,05$). Серед місцевих мешканців аддиктивна напруженість щодо даного об'єкта була значно меншою і сягала максимуму в групі М3 ($10,59 \pm 6,40$ балів, близько до помірних значень шкідливого вживання); у групах М1 та М2 вони зменшувалися до низьких значень діапазону шкідливого вживання (відповідно $9,88 \pm 0,80$ балів та $9,79 \pm 5,45$ балів). Розбіжності між групами статистично значущі ($p < 0,05$).

Схильність до шопінгу виявилась не притаманна дослідженому контингенту. Середнє значення показника за AUDIT-подібним тестом за цим аддиктивним об'єктом серед обстежених усіх груп не виходило за діапазон безпечного вживання: у групі К1 склало $4,50 \pm 0,71$ балів, у групі К2 – $5,41 \pm 4,98$ балів, у групі К3 – $6,17 \pm 7,27$ балів ($p > 0,05$); у групі П1 – $3,56 \pm 2,35$ балів, у групі П2 – $4,95 \pm 4,97$ балів, у групі П3 – $5,12 \pm 5,16$ балів ($p > 0,05$); у групі М1 – $4,88 \pm 5,24$ балів, у групі М2 – $4,70 \pm 4,84$ балів, у групі М3 – $6,76 \pm 6,88$ балів ($p > 0,05$) (табл. 1–4, рис. 9).

Також у обстежених виявлені низькі показники за схильністю до читання (в усіх респондентів показники були в амплітуді безпечного вживання), причому загальною закономірністю було зростання показників по мірі посилення стресу (табл. 1–4, рис. 10). Середній показник за AUDIT-подібним тестом у групі К1 склав $1,50 \pm 0,71$ балів, у групі К2 – $2,97 \pm 2,23$ балів, у групі К3 – $5,36 \pm 3,52$ балів; у групі П1 – $1,78 \pm 1,79$ балів, у групі П2 – $3,73 \pm 2,78$ балів, у групі П3 – $5,48 \pm 3,88$ балів; у групі М1 – $2,17 \pm 2,39$ балів, у групі М2 – $4,00 \pm 3,98$ балів, у групі М3 – $7,07 \pm 5,60$ балів.

З різноманіття аддиктивних об'єктів як нехімічного, так і хімічного походження, що складали аддиктивний статус обстежених, єдиним об'єктом, аддикція від якого набувала вираженості залежної поведінки, був тютюн. При цьому найвищі показники аддикції були виявлені у комбатантів, а найнижчі – у місцевих мешканців. Вираженість залежності була прямо пропорційною тяжкості

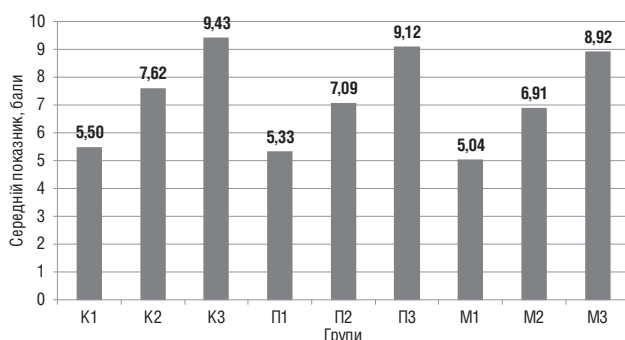


Рис. 7. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо азартних ігор як об'єкта аддикції у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

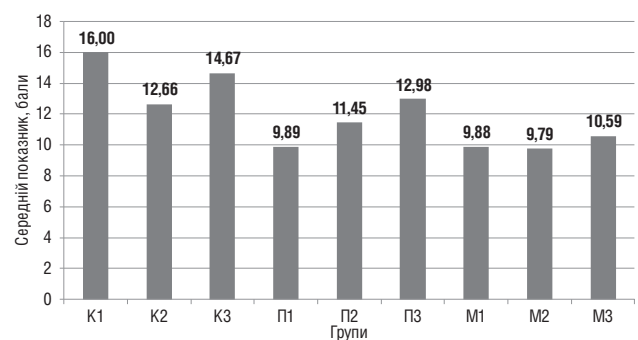


Рис. 8. Середні показники напруженості аддиктивного статусу за комп'ютерними іграми як об'єктом аддикції у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

психосоціального стресу (табл. 1–4, рис. 11). Середнє значення показника за AUDIT-подібним тестом у групі K1 склало $20,00 \pm 1,41$ балів, у групі K2 – $24,21 \pm 1,80$ балів, у групі K3 – $26,82 \pm 9,36$ балів; у групі П1 – $19,33 \pm 1,87$ балів, у групі П2 – $23,50 \pm 1,74$ балів, у групі П3 – $26,47 \pm 15,94$ балів; у групі M1 – $17,42 \pm 5,79$ балів, у групі M2 – $23,36 \pm 4,49$ балів, у групі M3 – $24,10 \pm 16,20$ балів ($p < 0,05$).

Вживання інших об'єктів хімічного походження не виходило за рамки діапазону шкідливого, або, навіть, безпечного.

Найбільші показники напруженості аддиктивного статусу щодо вживання кави та чаю (табл. 1–4, рис. 12) були виявлені у комбатантів та переселенців, причому вираженість схильності до аддикції збільшувалася по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу. Середнє значення показника у групі K1 склало $7,50 \pm 0,71$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі K2 – $11,34 \pm 3,18$ балів (помірні показники шкідливого вживання), у групі K3 – $13,82 \pm 4,12$ балів (близькі до високих значення шкідливого вживання) ($p < 0,05$); у групі П1 – $7,00 \pm 1,66$ балів (практично безпечне вживання), у групі П2 – $10,14 \pm 5,37$ балів (близькі до помірних значення шкідливого вживання), у групі П3 – $13,36 \pm 7,02$ балів (близькі до високих значення помірному вживання) ($p < 0,05$); у групі M1 – $6,54 \pm 2,38$ балів (безпечне вживання), у групі M2 – $7,85 \pm 5,36$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання), у групі M3 – $10,54 \pm 9,48$ балів (близькі до помірних значення шкідливого вживання) ($p < 0,05$).

Вживання канабіноїдів було більш асоційоване з тяжким стресом: значення показника у всіх групах було найбільшим при тяжкому стресі, однак в усіх респондентів не виходило за рамки значень безпечного вживання (розбіжності в значеннях показників у хворих різних груп були статистично незначущими, $p > 0,05$). Середнє значення показника за AUDIT-подібним тестом за даним об'єктом у групі K1 склало $5,00 \pm 1,41$ балів, у групі K2 – $5,38 \pm 3,70$ балів, у групі K3 – $6,11 \pm 6,18$ балів; у групі П1 – $4,22 \pm 1,72$ балів, у групі П2 – $4,86 \pm 3,92$ балів, у групі П3 – $5,84 \pm 3,77$ балів; у групі M1 – $4,96 \pm 3,56$ балів, у групі M2 – $4,79 \pm 4,08$ балів, у групі M3 – $6,34 \pm 5,26$ балів (табл. 1–4, рис. 13).

Схожу тенденцію ми спостерігали при дослідженні аддиктивного статусу за такими об'єктами хімічного походження як седативні і снодійні препарати (табл. 1–4, рис. 14) та психостимулятори (табл. 1–4, рис. 15). Найнижчі значення показників були притаманні хворим з легкою вираженістю психосоціального стресу, а найвищі – з тяжкою.

Середнє значення показника схильності до вживання седативних та снодійних засобів у групі K1 склало $6,50 \pm 3,54$ балів (безпечне вживання), у групі K2 – $7,55 \pm 5,25$ балів (межа безпечного/шкідливого вживання), у групі K3 – $9,47 \pm 5,72$ балів (низькі значення шкідливого вживання); у групі П1 – $6,56 \pm 1,81$ балів (безпечне вживання), у групі П2 – $8,50 \pm 4,68$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі П3 – $9,66 \pm 4,93$ балів (низькі значення шкідливого вживання); у групі M1 – $3,79 \pm 1,47$ балів (безпечне вживання), у групі M2 – $4,67 \pm 5,54$ балів (безпечне вживання), у групі M3 – $5,15 \pm 3,92$ балів (безпечне вживання).

Середнє значення напруженості аддиктивного статусу щодо вживання психостимуляторів у групі K1

склало $7,00 \pm 0,00$ балів (безпечне вживання), у групі K2 – $8,00 \pm 3,27$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі K3 – $11,00 \pm 6,85$ балів (помірні значення шкідливого вживання); у групі П1 – $8,22 \pm 2,59$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі П2 – $8,59 \pm 3,96$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі П3 – $10,40 \pm 7,47$ балів (близькі до помірних значення шкідливого вживання); у групі M1 – $8,29 \pm 2,91$ балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі M2 – $8,85 \pm 5,46$

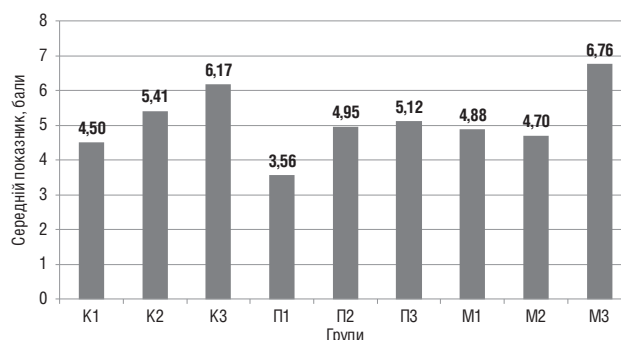


Рис. 9. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо шопінгу у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

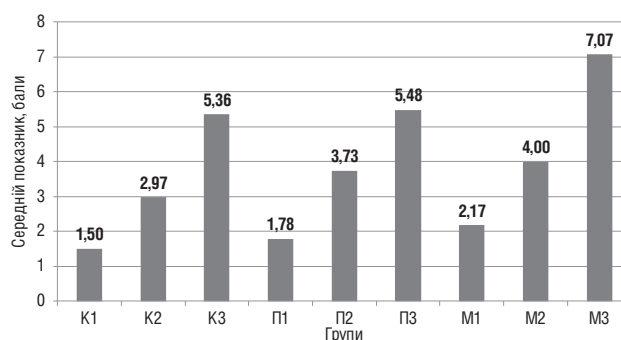


Рис. 10. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо читання у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

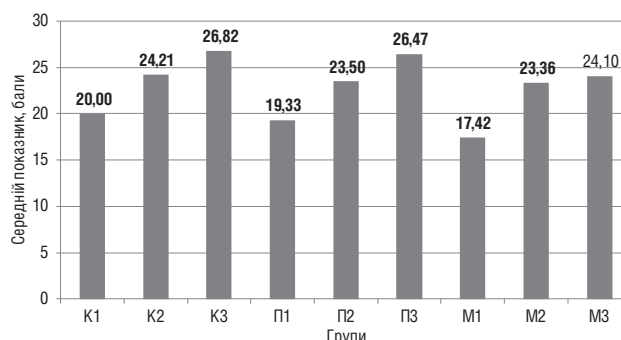


Рис. 11. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо куріння у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

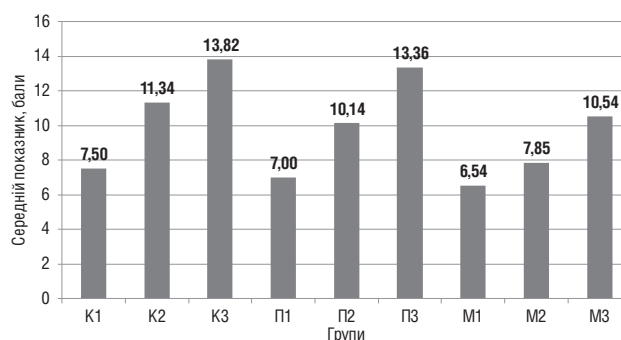


Рис. 12. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо вживання кави та чаю у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

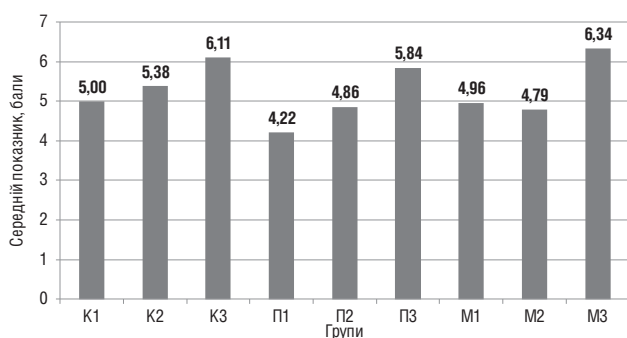


Рис. 13. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо вживання канабіноїдів у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

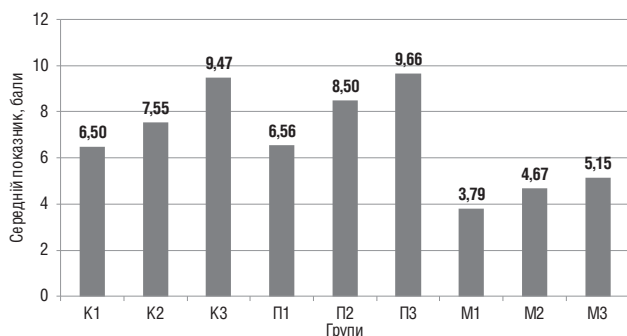


Рис. 14. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо вживання седативних та снодійних засобів у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

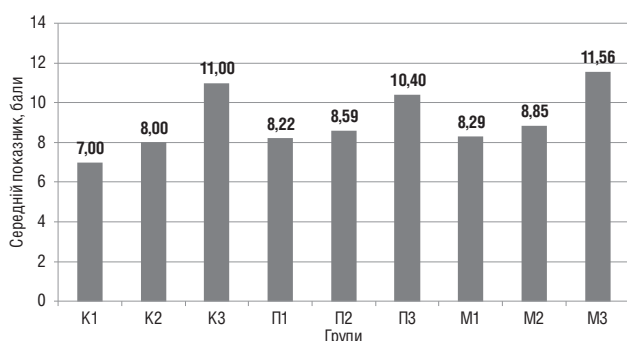


Рис. 15. Середні показники напруженості аддиктивного статусу щодо вживання психостимуляторів у хворих на алкогольну залежність досліджених груп

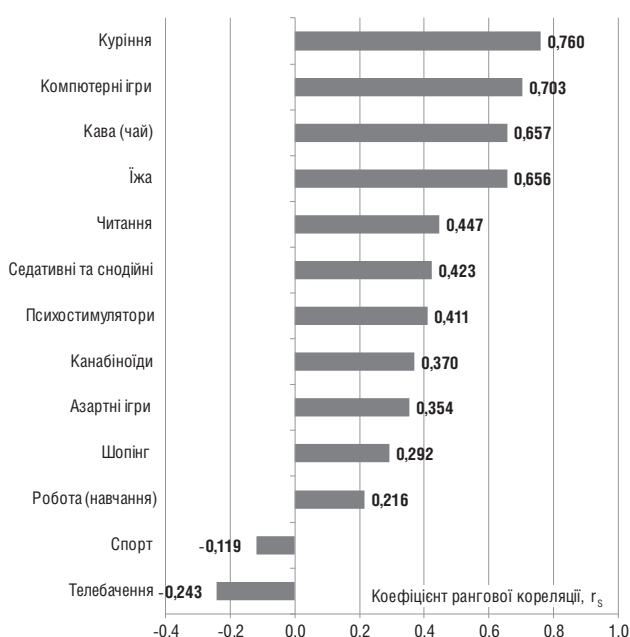


Рис. 16. Кореляційні зв'язки вираженості алкогольної залежності та інших аддиктивних об'єктів (наведено значущі ($p < 0,05$) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена)

балів (низькі значення шкідливого вживання), у групі M3 – $11,56 \pm 4,78$ балів (помірні значення шкідливого вживання).

Серед дослідженого контингенту не було осіб із аддиктивною напруженістю щодо вживання легких органічних сполук, опіатів та психоделічних засобів; наявність аддикцій за цими об'єктами була критерієм виключення пацієнта з дослідження.

Аналіз кореляційних зв'язків між вираженістю АЗ та напруженістю аддиктивного статусу щодо інших об'єктів за результатами непараметричного кореляційного аналізу довів наступне (рис. 16).

Як видно з рисунка 16, АЗ виявилась найтісніше пов'язаною з курінням ($r_s = 0,760$), комп'ютерними іграми ($r_s = 0,703$) – для цих аддиктивних об'єктів коефіцієнт рангової кореляції перевищував 0,7, що можна інтерпретувати як сильний прямий кореляційний зв'язок. Менш тісний, на рівні помірного (коефіцієнт кореляції в межах 0,3–0,7) прямий кореляційний зв'язок виявлений між алкоголізацією та вживанням кави або чаю ($r_s = 0,657$), переїданням ($r_s = 0,656$), читанням ($r_s = 0,447$), вживанням седативних та снодійних засобів ($r_s = 0,423$), вживанням психостимуляторів ($r_s = 0,411$), вживанням канабіноїдів ($r_s = 0,370$) та азартними іграми ($r_s = 0,354$). Слабкий прямий кореляційний зв'язок (коефіцієнт кореляції менше 0,3) виявлений з шопінгом ($r_s = 0,292$) та роботою або навчанням ($r_s = 0,216$). Зворотний слабкий кореляційний зв'язок виявлений між вираженістю алкоголізації та переглядом телевізійних програм ($r_s = -0,243$) і заняттям спортом ($r_s = -0,119$).

Висновки

У осіб з АЗ виявлено низку аддиктивних феноменів, вираженість яких прямо або обернено асоційована з вираженістю психосоціального стресу.

Об'єкти нехімічного походження мають більшу представленість серед аддиктивних феноменів, проте меншу вираженість, ніж хімічні.

Напруженість аддиктивного статусу стосовно об'єктів нехімічного походження здебільшого знаходиться в діапазоні вживання зі шкідливими наслідками, тоді як хімічного походження (за тютюном) – на рівні залежної поведінки. Отже, єдиним об'єктом (окрім алкоголю), аддикція від якого набуває вираженості залежної поведінки серед обстеженого контингенту, є тютюн. При цьому найвищі показники аддикції притаманні комбатантам, а найнижчі – місцевим мешканцям.

Зростання напруженості аддиктивного статусу щодо таких об'єктів нехімічного походження як заняття спортом і сексом, обернено пропорційне тяжкості психосоціального стресу: чим легше стресове реагування, тим вираженіша схильність до цих аддикцій. В той же час, аддиктивна напруженість щодо занять спортом більш поширена серед комбатантів та переселенців, порівняно з місцевими мешканцями.

За такими аддиктивними об'єктами нехімічного походження як їжа і робота, навпаки, напруженість аддиктивного статусу зростає пропорційно тяжкості стресу.

Аддиктивна напруженість стосовно схильності до перегляду телебачення та користування Інтернетом

у осіб без наднормового психотравматичного досвіду (місцевих мешканців) зростає зі збільшенням вираженості психосоціального стресу. Серед комбатантів і переселенців існує протилежна закономірність: від початку незначна, вона ще більше зменшується зі збільшенням тяжкості стресу.

Схильність до зловживання комп'ютерними іграми як об'єкта аддикції у осіб з наднормовим психотравматичним досвідом (комбатантів) має парадоксальну траєкторію розвитку: висока напруженість при легкому рівні стресу зменшується із збільшенням його тяжкості, проте при подальшому зростанні тяжкості стресу знову зростає. В інших осіб спостерігається тенденція до збільшення аддиктивної напруженості паралельно зі зростанням інтенсивності стресу.

Серед інших об'єктів хімічного походження напруженість аддиктивного статусу на рівні вживання зі шкідливими наслідками спостерігається по відношенню до кави і чаю, причому вираженість схильності до аддикції збільшується по мірі зростання тяжкості психосоціального стресу.

Серед коморбідних аддиктивних феноменів найбільш пов'язаними з АЗ є куріння ($r_s=0,760$) і зловживання комп'ютерними іграми ($r_s=0,703$).

Таким чином, важливим фактором, що визначає особливості аддиктивного статусу осіб з АЗ, є вираженість психосоціального стресу. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для осіб, що страждають на АЗ.

Список використаної літератури

1. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. 2018 Nov 1. pii: S2215-0366(18)30337-7. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
2. Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40–44.
3. Марута Н. О., Каленська Г. Ю., Явдак І. О., Малюта Л. В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 68–71.
4. Markova M. V., Gaponov K. D. Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences // WPA Congress of Epidemiology and Public Health 2016, 29.03 – 01.04.2016. Book of Abstracts. Munich, Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, 2016. P. 30–31.
5. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти. *Український вісник психоневрології*. 2016. Том 24, вип. 4 (89). С. 54–60.
6. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємодії. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 104–109.

Відомості про автора:

ГАПОНОВ Костянтин Дмитрович – канд. мед. наук, головний лікар КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер», доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків, Україна; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2835-1027>

Сведения об авторе:

ГАПОНОВ Константин Дмитриевич – канд. мед. наук, главный врач КНП ХОС «Областной наркологический диспансер», доцент кафедры наркологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков, Украина; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2835-1027>

About the Author:

GAPONOV Kostiantyn Dmytrovych – MD, PhD (candidate of medical sciences), Chief Doctor of the Regional Clinical Hospital «Regional Narcological Dispensary», an Associate Professor of the of the Narcology Department at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>

7. Гапонов К. Д., Сосін І. К., Гончарова О. Ю., Маркова М. В. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу. Інформаційний лист МОЗ України № 249. 2018. 4 с.
8. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2009. № 2 (16). С. 56–70.
9. Маркова М. В., Савіна М. В. Тест для виявлення розладів, пов'язаних з захопленістю спортом (фітнесом) SPORT-UDIT (версія «самозвіт») для непрофесіоналів. Свідчення про реєстрацію авторського права на твір № 70682 від 24.02.2017 р.

References

1. GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators (Nov 1, 2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. pii: S2215-0366(18)30337-7. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
2. Denysenko, M. M., Lakynskyi, R. V., Shestopalova, L. F., & Linskyi I. V. (2017). Osnovni klinichni varianty poststresovykh rozladiv u kombataniv [Basic clinical variants of post-stress disorders are in combatants]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 25, issue 2 (91), pp. 40–44. (In Ukrainian).
3. Maruta, N. O., Kalenska, G. Yu., Yavdak, I. O., & Maliuta, L. V. (2018). Rozlady psikhichnoho zdorov'ia u vnutrishno peremishchenykh osib [Mental health disorders in internally displaced persons]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 26, issue 2 (95), pp. 68–71. (In Ukrainian).
4. Markova, M. V., & Gaponov, K. D. (2016). Post-stressed disorders in servicemen who took part in the fighting: prevalence and expected consequences. *WPA Congress of Epidemiology and Public Health (29.03 – 01.04.2016)*. Book of Abstracts. Munich: Institute of Psychiatric Phenomics and Genomics, pp. 30–31.
5. Gaponov, K. D. (2016). Alkoholna zalezhnist v umovakh sotsialnoho stresu: epidemiologichni, klinichni i likuvalni aspekty [Alcohol dependence in the presence of social distress: epidemiological, clinical and therapeutic aspects]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 24, issue 4 (89), pp. 54–60. (In Ukrainian).
6. Gaponov, K. D. (2018). Alkoholna zalezhnist i sotsialnyi stres: biokhimichni, neirofiziolohichni i psikhosotsialni mekhanizmy vzaiemovplyvu [Alcohol dependence and social stress: biochemical, neurophysiological and psychosocial mechanisms of interinfluence (review of literature)]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 26, issue 1 (94), pp. 104–109. (In Ukrainian).
7. Gaponov, K. D., Sosin, I. K., Goncharova, O. Yu., & Markova, M. V. (2018). Sposib diahnozyky klinichnoi spetsyfyky i prohnozu perebihu alkoholnoi zalezhnosti u osib z ryznym psykhotravmatychnym dosvidom i ryznym psykhosotsialnoho stresu [Method of diagnostics of clinical specificity and prognosis of the course of alcohol dependence in people with different psychotraumatic experiences and levels of psychosocial stress]. *Informatsiyni lyst MOZ Ukrainy № 249* [Information letter of the Ministry of Health of Ukraine No. 249]. 4 p. (In Ukrainian).
8. Linskyi, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F., Grinevich, E. G., Markova, M. V., Musienko, G. A., ... Vyglazova, O. V. (2009). Metod kompleksnoyi ocenki addiktivnoho statusa individa i populatsii s pomoshch'ju sistemy audit-podobnykh testov [The method of integrated assessment additive status of the individual and the population using the AUDIT-like system tests]. *Visnyk psykhiatrii ta psykhofarmakoterapii – Journal of Psychiatry and Psychopharmacotherapy*, no. 2 (16), pp. 56–70. (In Russian).
9. Markova, M. V., & Savina, M. V. (2017). Test dlia vyavilennia rozladiv, pov'iazanykh z zachopenistiu sportom (fitnesom) SPORT-UDIT (versia «samozvit») dlia neprofesionaliv [Test for the detection of disorders associated with sport (fitness) SPORT-UDIT (self-report version) for non-professionals]. (Certificate of registration of copyright for work No. 70682, January 24, 2017). (In Ukrainian).

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:355.292.3:340.63

О. П. Олійник

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ,
ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ

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

Актуальність. Дослідження особливостей контингенту учасників бойових дій дозволить диференційовано застосовувати заходи психосоціальної реабілітації для профілактики повторних правопорушень. З цієї метою було вивчено клініко-соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли злочини та пройшли судово-психіатричні експертизи.

Матеріали та методи. Проаналізовано клініко-соціальні характеристики 87 учасників бойових дій на Сході України, які скоїли суспільно небезпечні дії. Для аналізу та обробки даних застосовували анамnestичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-психіатричного аналізу.

Результати. Психічні розлади, винесені в експертні діагнози, мали 38,5 % осіб, які скоїли агресивні злочини проти життя та здоров'я (вбивства, тілесні ушкодження) та 68,6 % осіб, які вчинили злочини, не пов'язані з посяганням на життя та фізичну недоторканність інших осіб. Учасники бойових дій, які притягались до кримінальної відповідальності за агресивні злочини, були більш соціально дезадаптованими за рахунок асоціальних схильностей (алкоголізм, насильство, кримінальність) та нездатності пристосуватись до мирного життя. В осіб іншої групи соціальна адаптація страждала за рахунок психопатологічної замкнутості, відлюдькуватості, схильності до усамітнення, небажання підтримувати соціальні контакти та зв'язки, що було пов'язано з психічними розладами, в структурі яких переважали ПТСР.

Висновки. Загалом обстежені підекспертні були достатньо соціально адаптованим контингентом. Тому основною задачею психосоціальної реабілітації є збереження їх соціального потенціалу.

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

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ СОВЕРШИЛИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ
О. П. Олейник

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

Актуальность. Исследование особенностей контингента участников боевых действий позволит дифференцированно применять меры психосоциальной реабилитации для профилактики повторных правонарушений. С этой целью были исследованы клиничко-социальные характеристики участников боевых действий, которые совершили преступления и прошли судебно-психиатрические экспертизы.

Материалы и методы. Проанализированы клиничко-социальные характеристики 87 участников боевых действий на Востоке Украины, совершивших общественно опасные действия. Для анализа и обработки данных использовали анамnestический, клиничко-психопатологический, социально-демографический, статистический методы и метод судебно-психиатрического анализа.

Результаты. Психические расстройства, вынесенные в экспертные диагнозы, имели 38,5 % лиц, совершивших агрессивные преступления против жизни и здоровья (убийства, телесные повреждения) и 68,6 % лиц, совершивших преступления, не связанные с посягательством на жизнь и физическую неприкосновенность других лиц. Участники боевых действий, которые привлекались к уголовной ответственности за агрессивные преступления, были более социально дезадаптированы за счет асоциальных наклонностей (алкоголизм, насилие, криминальность) и неспособности приспособиться к мирной жизни. У лиц другой группы социальная адаптация страдала за счет психопатологической замкнутости, нелюдимости, склонности к уединению, нежелания поддерживать социальные контакты и связи, что было связано с психическими расстройствами, в структуре которых преобладали посттравматические стрессовые расстройства.

Выводы. В целом обследованные испытуемые были достаточно социально адаптированным контингентом. Поэтому основной задачей психосоциальной реабилитации является сохранение их социального потенциала.

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

CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF COMBATANTS WHO COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS
O. P. Oliinyk

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

Background. The study of the characteristics of the contingent of combatants will allow differentiated use of psychosocial rehabilitation measures to prevent their repeated offenses.

Objective – to investigate the clinical and social characteristics of combatants who committed crimes and underwent forensic psychiatric examinations.

Materials and methods. The article is dedicated to research of clinical and social characteristics of 87 combatants, who committed socially dangerous actions. Anamnestic, clinical, psychopathological, socio-demographic, statistical and forensic analysis methods were used.

Results. The conducted research stipulates that 38.5 % of those who committed aggressive crimes direct against life and health (murders, injuries) and 68.6 % of those who committed crimes not related with the life and physical integrity, have psychiatric disorders in expert diagnoses. The research shows that combatants who committed aggressive crimes were more socially maladjusted due to antisocial inclinations (alcoholism, violence, crime) and inability to adapt to a peaceful life. In other group, social adaptation of combatants were suffered due to psychopathological closure, insecurity, propensity to seclusion, unwillingness to maintain social contacts and connections, as a symptoms of mental disorders where post-traumatic stress disorders was predominated.

Conclusions. The analysis proved that examined contingent were a fairly socially adapted. Therefore, the main task of psychosocial rehabilitation is to preserve social potential of those contingents.

Keywords: forensic psychiatric examination, mental disorders, combatants, clinical and social characteristics.

For citation: Oliinyk O. P. Clinical and social characteristics of combatants who committed socially dangerous acts. *Arkhiv Psykhatrii*. 2018, 24(4): 245–248. (In Ukr.)

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

Received / Поступила: 03.09.2018

Accepted / Прийнята до друку: 04.10.2018

Актуальність. За багато років мирного життя в Україні вирости покоління психіатрів, які з бойовими психічними травмами на практиці не стикались. Бойові дії на Сході України водночас породили проблему діагностики, лікування та реабілітації комбатантів із психічними розладами.

Впродовж останніх трьох років на основі міжнародного та власного досвіду були розроблені та впроваджені клінічні протоколи надання психіатричної допомоги при посттравматичних стресових розладах, засновані або перепрофільовані клінічні відділення та реабілітаційні центри для учасників бойових дій (УБД), проведено ряд наукових досліджень [1–4].

На жаль, судова психіатрія, як одна з дороговартісних напрямів медицини, через фінансові, правові та організаційні перепони, не може похвалитись оперативністю необхідних змін [5]. Але реформування судової психіатрії розпочато. Учасникам бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння (СНД), приділяється особлива увага. Встановлення особливостей цього контингенту дозволить диференційовано застосовувати заходи психосоціальної реабілітації для профілактики повторних СНД. З цієї метою було досліджено клініко-соціальні характеристики 87 УБД, які скоїли СНД та пройшли судово-психіатричні (СПЕ) або комплексні судові психолого-психіатричні експертизи (КСПЕ) протягом 2015–2017 рр.

Матеріали та методи дослідження

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

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

Результати та їх обговорення

Як свідчить порівняльний аналіз, за соціальними показниками представники обох груп суттєво не відрізнялись і були достатньо соціально-адаптованим контингентом до скоєння СНД: переважна більшість з них мали спеціальну освіту, сім'ю, дітей, були професійно зайнятими, отримували заробітну плату, сплачували податки тощо (табл. 1).

УБД, які притягувались до кримінальної відповідальності за неагресивні злочини, превалювали за показниками вищої освіти, наявності сім'ї та дітей. Однак у цій групі відмічалось зростання кількості утриманців на час СНД у порівнянні з показниками трудової зайнятості до служби. Це було пов'язано з втратою роботи після служби (у період пошуку нової роботи такі особи жили за підтримки сім'ї або перебували на обліку Центрів зайнятості), у частини з них відсутність роботи була обумовлена психічними розладами та лікуванням (частіше ПТСР).

Про зниження матеріальної забезпеченості після служби повідомляли 14 (26,9 %) осіб Г1 та 15 (42,9 %) Г2 (матеріальний стан значно покращився тільки в одного підекспертного Г1 за рахунок пограбувань банкоматів). Рівень трудової адаптації знизився, відповідно, в 20 вип. (38,5 %) Г1 та в 15 вип. (42,9 %) Г2; сімейної – в 11 вип. (21,2 %) Г1 та в 7 вип. (20 %) Г2. Про зміну соціальної адаптації повідомляли 46 осіб (88,5 %) Г1 та 20 осіб (57,2 %) Г2.

У групі УБД, які скоїли агресивні злочини, зміна соціальної адаптації відмічалась за показниками зростання асоціальності: алкоголізації, насильства, кримінальності (26 вип. (50 %)), а також непристосованості до мирного життя, коли підекспертні повідомляли, що «на війні їм простіше» та бажали повернутись назад до зони бойових дій (ЗБД) (5 вип. (9,6 %)). Натомість у Г2 зростання показників асоціальності відмічалось рідше (в 7 вип. (20 %)). Осіб, які б говорили, що вони «знайшли своє місце на війні», у цій групі взагалі не було. Проте, переважали особи з патологічною замкнутістю, відлюдькуватістю, схильністю до усамітнення, що раніше (до участі в бойових діях) не було для них притаманним (8 вип. (22,9 %) в Г2 проти 5 вип. (9,6 %) в Г1). Про емоційну нестійкість, вибуховість, які порушували адекватне мікросоціальне функціонування, повідомляли 10 осіб (19,2%) в Г1 та 5 осіб (14,3 %) в Г2.

Таблиця 1. Соціальні характеристики учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння

Показники соціального статусу	Група 1 (n=52)		Група 2 (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
Освіта				
Неповна середня	6	11,5	4	11,4
Середня	7	13,5	1	2,9
Середня спеціальна	30	57,7	21	60,0
Незакінчена вища	2	3,8	1	2,9
Вища	7	13,5	8	22,8
Сімейний стан				
Одружені	14	26,9	20	57,1
Неодружені	22	42,4	9	25,7
Цивільний шлюб	4	7,7	1	2,9
Розлучені	12	23,1	5	14,3
Наявність дітей	20	38,5	20	57,1
Трудова діяльність до служби				
Працював:	47	90,4	32	91,4
високкокваліфіковані роботи	6	11,5	3	8,6
кваліфіковані роботи	9	17,3	8	22,8
низькокваліфіковані роботи	32	61,5	21	60,0
Не працював	5	9,6	3	8,6
Джерело засобів існування на час скоєння СНД				
Заробітна плата	31	59,6	16	45,7
Пенсія, стипендія	1	1,9	1	2,9
Натуральне господарство	1	1,9	-	-
Підробітки	14	26,9	12	34,3
Утриманець	5	9,6	6	17,1

Таблиця 2. Дані про військову службу учасників бойових дій, які скоїли суспільно небезпечні діяння

Показники військової служби	Група 1 (n=52)		Група 2 (n=35)	
	абс.	%	абс.	%
Служба в армії до АТО				
Служив	29	55,8	22	62,8
Не служив:	23	44,2	13	37,2
потрапив одразу в АТО	7	13,5	2	5,7
навчався	2	3,8	5	14,3
хвороба	5	9,6	4	11,4
судимість	5	9,6	2	5,7
ухилявся	2	3,8	–	–
неповнолітній	1	1,9	–	–
жінка	1	1,9	–	–
Вид служби в АТО (2014–2016 рр.)				
Добровольчі батальйони	13	25,0	8	22,9
Мобілізація до ЗСУ	33	63,5	20	57,1
За контрактом	6	11,5	7	20,0
Військове звання				
Рядовий	48	92,3	27	77,1
Сержант	–	–	3	8,6
Офіцер	3	5,7	5	14,3
Волонтер	1	1,9	–	–
Тривалість служби до СНД				
До 1 місяця	2	3,8	1	2,9
До 6 місяців	2	3,8	11	31,4
До 1 року	22	42,4	13	37,1
Більше 1 року	26	50,0	10	28,6
Тривалість перебування в ЗБД				
До 1 місяця	1	1,9	3	8,6
1–3 місяці	13	25,0	13	37,1
3–6 місяців	17	32,7	2	5,7
Більше 6 місяців	9	17,3	10	28,6
Точний термін не встановлено	12	23,1	7	20
Причини демобілізації				
Закінчення строку служби	17	32,7	7	20,0
Поранення	–	–	2	5,7
Хвороби	7	13,5	1	2,9
Притягнення до кримінальної відповідальності	25	48,1	22	62,8
Службова невідповідність	3	5,7	3	8,6
Поранення				
Не було	27	51,9	21	60,0
Фізичні ушкодження	4	7,7	3	8,6
Черепно-мозкові травми	16	30,7	1	2,9
Комбіновані поранення (ЧМТ+фізичні ушкодження)	5	9,6	10	28,6
Соматичні захворювання під час служби				
Відсутні	40	76,9	33	94,3
Серцево-судинні захворювання (гіпертонічна хвороба, інфаркт)	3	5,7	2	5,7
Захворювання опорно-рухового апарату (артрити, захворювання хребта)	2	3,8	–	–
Шлунково-кишкова патологія (виразкова хвороба, кровотечі)	4	7,7	–	–
Неврологічна патологія (інсульт)	1	1,9	–	–
Поєднана патологія	2	3,8	–	–

Як видно з таблиці 2, суттєвих відмінностей між групами за показниками військової служби не виявлено. Серед підекспертних Г2 переважала частка осіб з офіцерськими та сержантським званнями. Серед інших даних в обох групах привертають увагу високі показники притягнення до кримінальної відповідальності як однієї з причин демобілізації (48,1 % в Г1, 62,8 % в Г2), отримання поранень з ЧМТ (41,3 % в Г1, 31,5 % в Г2), соматичної патології, не характерної для молодого віку, що розвинулись на стресогенному ґрунті (гіпертонічна хвороба, інфаркти, інсульти, виразкова хвороба, артрити тощо).

На час скоєння СНД психічні розлади, винесені в експертні діагнози, мали 38,5 % осіб з Г1 та 68,6 % осіб з Г2 (табл. 3)

В осіб з Г2 достовірно частіше на час скоєння СНД діагностувались психічні розлади, пов'язані зі стресом (34,3 % в Г2 проти 5,8 % в Г1). Натомість, особи з Г1 у 65,4 % випадків (проти 20 % в Г2) скоїли агресивні злочини, перебуваючи в стані алкогольного сп'яніння, що вкотре підтверджує криміногенний вплив алкоголю.

Висновки

В обстежених підекспертних було виявлено високі показники зниження рівня соціальної адаптації на період скоєння СНД (88,5 % в Г1, 57,2 % в Г2). УБД, які притягались до кримінальної відповідальності за агресивні злочини, були більш соціально дезадаптованими за рахунок асоціальних схильностей (алкоголізм, насильство,

Таблиця 3. Розподіл учасників бойових дій за експертними діагнозами на час вчинення суспільно небезпечних діянь

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

кримінальність) та нездатності пристосуватись до мирного життя. Стан алкогольного сп'яніння був вагомим тригером агресивної поведінки.

В осіб Г2 соціальна адаптація страждала за рахунок психопатологічної замкнутості, відлюдкуватості, схильності до усамотнення, небажання підтримувати соціальні контакти та зв'язки. Зниження рівня трудової адаптації і, відповідно, матеріальної забезпеченості в цій групі було пов'язано з психічними розладами, в структурі яких переважали ПТСР.

Загалом до участі в АТО обстежені підекспертні були достатньо соціально адаптованим контингентом. Тому основною задачею психосоціальної реабілітації УБД є збереження їх соціального потенціалу.

Список використаної літератури

1. Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: метод. реком. (143.14/214.14) / О. В. Богомолець, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова та ін. Київ, 2014. 46с.
2. Психотерапія та психокорекція адиктивної поведінки у осіб із посттравматичними стресовими розладами, які вживають психоактивні речовини: метод. посіб. / І. Я. Пінчук, С. І. Табачников, Є. М. Харченко та ін. Київ: ТОВ «Укрсоцдрук», 2016. 55 с.
3. 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 (дата звернення 05.08.2018).
4. Клінічне керівництво Міністерства США у правах ветеранів та Міністерства оборони США щодо лікування посттравматичного стресу. Версія 2.0 – 2010. Переклад з англійської Pucelik Consulting Group. Київ, 2017. 251 с.

Відомості про автора:

ОЛІЙНИК Оксана Петрівна – канд. мед. наук, 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. наук, 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

5. Олійник О. П. Організаційні та правові засади успішної ресоціалізації судово-психіатричних пацієнтів. *Архів психіатрії*. 2017. Т. 23, № 1 (88). С. 56–60.

References

1. Bohomolets, O. V., Pinchuk, I. Ya., & Khaustova, O. O. (Eds.). (2014). *Optymizatsiya pidkhodiv do nadannya psykhiatrychnoyi dopomohy vidpovidno do suchasnykh potreb uchasykh boyovykh diy* [Optimization of approaches to the provision of psychiatric care in accordance with the current needs of combatants]. Kyiv, 46 p. (In Ukrainian).
2. Pinchuk, I. Ya., Tabachnikov, S. I., & Kharchenko, Ye. M. (Eds.). (2016). *Psykhoterapiya ta psykhokorektsiya adyktivnoyi povedinky u osob iz posttravmatychnymy stresovymy rozladamy, yaki vzhyyayut' psykhaaktyvni rechovyny* [Psychotherapy and psychocorrection of addictive behavior in people with post-traumatic stress disorders who use psychoactive substances]. Kyiv: LLC «Ukrsozdruk», 55 p. (In Ukrainian).
3. Ministry of Health of Ukraine (23.02.2016). *Unifikovanyi klinichnyi protokol pervynnoi, vtorynnoi (spetsializovanoi) ta tretynnoi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy. Reaktsiya na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii. Post-travmatychnyi 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 (accessed date 05.09.2018). (In Ukrainian).
4. US Department of the Veterans, & US Department of Defense. (2017). *Klinichne kerivnytstvo Ministerstva SSHA u pravakh veteraniv ta Ministerstva oborony SSHA shchodo likuvannya posttravmatychnoho stresu Versiya 2.0 – 2010*. [Clinical leadership of the US Department of the Veterans and the US Department of Defense on the treatment of post-traumatic stress. Version 2.0 – 2010.]. (Pucelik Consulting Group, Trans.). Kyiv, 251 p. (In Ukrainian).
5. Oliinyk, O. P. (2017). *Orhanizatsiyni ta pravovi zasady uspishnoyi resotsializatsiyi sudovo-psykhiatrychnykh patsiyentiv* [Organizational and legal foundations of successful reintegration of forensic psychiatric patients]. *Arkhiv Psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 23, no. 1 (88), pp. 56–60. (In Ukrainian).

В. С. Пахмурна*, Н. О. Григор'єва

ПРОБЛЕМА ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ У МІСЦЯХ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Актуальність. Особливості процесу адаптації та дезадаптації засуджених з розладами особистості є актуальною проблемою пенітенціарної психіатрії, яку необхідно вивчати для формування адекватних стратегій взаємодії з такими особами в місцях позбавлення волі. Наявність спеціалізованої літератури за останні п'ять років підтверджує необхідність дослідження даної проблеми. Особистісна патологія впливає не лише на взаємодію ув'язнених з іншими людьми, а й на їх поведінку з собою, зокрема, зі своїм фізичним здоров'ям та процесом лікування від наявної тілесної хвороби. Ці питання набувають особливої ваги, коли йдеться про такі соціально небезпечні хвороби як ВІЛ та туберкульоз, які досить поширені у межах пенітенціарної системи.

Мета – вивчити особливості процесу адаптації та дезадаптації засуджених з розладами особистості в рамках пенітенціарної системи.

Матеріали та методи. Застосовано інформаційно-аналітичний аналіз літератури за даною тематикою. Загалом проаналізовано 62 джерела, які стосуються теми аналізу, 14 з яких складають добірку робіт, опублікованих впродовж останніх п'яти років; серед них майже відсутні праці українських дослідників.

Результати. Огляд літератури показує, що атмосфера та умови пенітенціарного закладу впливають на динаміку особистісного розладу ув'язненого з розладом особистості, а наявність соціально-небезпечного захворювання (ВІЛ, туберкульоз) посилює дезадаптивну поведінку. Це, у свою чергу, обґрунтовує необхідність психотерапевтичного та/або психіатричного втручання у соматичний лікувальний процес.

Висновки. Ув'язнені з розладом особистості та соціально-небезпечними соматичними хворобами потребують особливої лікувальної стратегії, що має включати психотерапевтичне та/або психіатричне втручання.

Ключові слова: розлади особистості, адаптація, дезадаптація, ув'язнені, туберкульоз, ВІЛ.

ПРОБЛЕМА ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

В. С. Пахмурная*, Н. А. Григорьева

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Актуальность. Особенности процесса адаптации и дезадаптации осужденных с расстройствами личности являются актуальной проблемой пенитенциарной психиатрии, которую необходимо изучать для формирования адекватных стратегий взаимодействия с такими лицами в местах лишения свободы. Наличие специализированной литературы за последние пять лет подтверждает необходимость исследования данной проблемы. Личностная патология влияет не только на взаимодействие заключенных с другими людьми, но и на их обращение с собой, в частности, со своим физическим здоровьем и процессом лечения от имеющейся телесной болезни. Эти вопросы приобретают особое значение, когда речь идет о таких социально опасных болезнях как ВИЧ и туберкулез, которые достаточно распространены в пределах пенитенциарной системы.

Цель – изучить особенности процесса адаптации и дезадаптации осужденных с расстройствами личности в рамках пенитенциарной системы.

Материалы и методы. Применен информационно-аналитический анализ литературы по данной тематике. В общем проанализированы 62 источника, относящиеся к теме анализа, 14 из которых составляют подборку работ, опубликованных в течение последних пяти лет; среди них почти отсутствуют работы украинских исследователей.

Результаты. Обзор литературы показывает, что атмосфера и условия пенитенциарного заведения влияют на динамику личностного расстройства заключенного с расстройством личности, а наличие социально-опасного заболевания (ВИЧ, туберкулез) усиливает дезадаптивное поведение. Это, в свою очередь, обосновывает необходимость психотерапевтического и/или психиатрического вмешательства в соматический лечебный процесс.

Выводы. Заключенные с расстройством личности и социально-опасными соматическими болезнями требуют особой лечебной стратегии, которая должна включать психотерапевтическое и/или психиатрическое вмешательство.

Ключевые слова: расстройства личности, адаптация, дезадаптация, заключенные, туберкулез, ВИЧ.

THE PROBLEM OF PERSONALITY DISORDERS IN PRISONS AND PLACES OF DETENTION

V. S. Pakhmurna*, N. O. Grygorieva

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Background. The specificity of the process of adaptation and disadaptation of jailed with personality disorders is an actual problem of penetration psychiatry. This problem should be investigated in order to develop the adequate strategies for interacting with prisoners with personality disorders in places of detention. There were no so many researchers for the last five years, due to this fact, it is necessary to give attention for this problem. Personal pathology affects not only the interaction of prisoners with other people, but also their treatment, also affects the process of treating existing physical illness. These issues are likely to be of particular importance when it comes to such socially dangerous diseases as HIV and tuberculosis, because there are a lot of HIV-positive individuals and people with tuberculosis (TB) in prisons and places of detention.

Objective – to investigate the features of the process of adaptation and disadaptation of convicts with personality disorders in the penetration system.

Materials and methods. The information and analytical analysis of the thematic materials was carried out. There were analyzed 62 sources related to the topic of the article. Among them, there were only 14 materials, which have been published over the past five years. There is no works by Ukrainian researchers.

Results. A review of the literature was provided evidence that the atmosphere and conditions of the penitentiary system affect the dynamics of the personality of a prisoner with a personality disorder. And, being HIV-positive or / with tuberculosis (TB) prisoners with personality disorders complicated the psychotic symptoms, enhances disadaptation behavior. Due to these facts, there is the need for psychotherapeutic and / or psychiatric intervention in the somatic therapeutic process.

Conclusions. This study proved that prisoners with personality disorder and socially dangerous somatic diseases require a special treatment strategy, including psychotherapeutic and / or psychiatric intervention in the therapeutic process.

Keywords: personality disorders, adaptation, disadaptation prisoner, tuberculosis, HIV.

For citation: Pakhmurna V. S., Grygorieva N. O. The problem of personality disorders in prisons and places of detention. *Arkhiv Psykhiiatrii*. 2018, 24(4): 249–256. (In Ukr.)

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): psychiatry@onmedu.edu.ua

Received / Поступила: 25.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 21.11.2018

Актуальність. Протягом історії розвитку психології, починаючи з Гіппократа, вчені намагалися розробити універсальні концепції типів особистості. Нам відомі типології К. Юнга [24], І. П. Павлова [25], А. Адлера [26], Е. Кречмера [27], К. Леонгарда [28], Е. А. Личко [29], П. Б. Ганушкіна [30] тощо.

Психіатри використовували варіації термінів «психопатія», «психопатичний стан», «розлад особистості» для пояснення відхилень у поведінці поза зв'язком з порушеннями свідомості та мислення, але як обумовлені порушеннями емоційно-особистісної сфери, наприклад, моральний дефіцит чи аномальний афект. Відповідно, з огляду на клінічну та судово-психіатричну значимість антисоціальної поведінки, особливої уваги заслуговує вивчення мотиваційних та психологічних механізмів виникнення у особистості патернів антисоціальної поведінки. На сьогодні розуміння антисоціального розглядається як результат взаємодії особистості суб'єкта та зовнішніх факторів [31], а одним із таких особистісних факторів може бути розлад особистості.

Саме співвідношення психопатії та антисоціальної, кримінальної поведінки і мислення, залишається актуальним. Також актуальним є взаємозв'язок розладу особистості та соціального захворювання (ВІЛ, туберкульоз), оскільки в ув'язнених з таким поєднанням патології відбувається посилення психопатоподібних рис характеру. Особистісна патологія впливає як на взаємодію між людьми, так і на фізичне здоров'я та ставлення до процесу лікування. Такі ув'язнені мають не лише проблеми з дотриманням норм належної поведінки у закладі, а й труднощі в дотриманні режиму лікування. Проблеми своєчасного діагностування розладу особистості, адаптація ув'язненого з таким розладом, наявність та дотримання специфічних умов для людей із розладом особистості та соматичним захворюванням залишаються ключовими для психологічного прийняття складних умов життєдіяльності у місцях позбавлення волі. Вивчення проблеми розладів особистості у місцях позбавлення волі є актуальним для пенітенціарної психіатрії, оскільки саме вона формує адекватну лікувальну стратегію, що включатиме психотерапевтичне та/або психіатричне втручання у терапевтичний процес.

Мета – вивчити особливості процесу адаптації та дезадаптації засуджених із розладами особистості в рамках пенітенціарної системи. Визначаючи рівень вивчення проблеми, виявити досягнення й недоліки набутого досвіду та знань.

Матеріали та методи дослідження

У роботі здійснений інформаційно-аналітичний аналіз літератури з даної тематики, вивчені результати досліджень фахівців щодо проблемних аспектів утримання та догляду ув'язнених з розладами особистості в місцях позбавлення волі, ув'язнених з розладами особистості та соматичною хворобою. Загалом проаналізовано 62 джерела, які стосуються теми аналізу; 14 джерел складають добірку робіт, які були опубліковані за останні п'ять років, серед них майже відсутні праці українських дослідників.

Результати та їх обговорення

Розлади особистості за МКХ-10 визначаються як тяжке порушення характерологічної конституції і поведінкових тенденцій індивідуума. Зазвичай таке порушення залучає кілька сфер особистості і майже завжди супроводжується особистісною та соціальною дезінтеграцією. Тому в різних культуральних умовах може виявитися необхідною розробка спеціальних критеріїв щодо соціальних поведінкових норм [56]. Однак, відсутність єдиної методики і діагностичних критеріїв може призводити до того, що дані різних дослідників можуть відрізнятися.

Таблиця 1. Основні розлади особистості згідно з МКХ-10 і DSM-5

МКХ-10. Специфічні розлади особистості	DSM-5. Розлади особистості
	Кластер А
Параноїдний (F60.0)	Параноїдний
Шизоїдний (F60.1)	Шизоїдний
	Шизотиповий
	Кластер В
Дисоціальний (F60.2)	Антисоціальний
Емоційно нестійкий (F60.3) Імпульсивний тип (F60.30) Межовий тип (F60.31)	Межовий
Істеричний (F60.4)	Істеричний
Інші специфічні розлади особистості (F60.8) Ексцентричний Розгальмований Незрілий Нарцисичний Пасивно-агресивний Психоневротичний	Нарцисичний
	Кластер С
Тривожний (F60.6)	Унікаючий
Залежний (F60.7)	Залежний
Ананкастний (F60.5)	Обсесивно-компульсивний

Деякі автори, досліджуючи сучасний стан проблеми вивчення розладів особистості (РО), вважають, що ця проблема розглядається в двох площинах: вертикальна показує, наскільки сильно виражені ті чи інші особистісні характеристики; горизонтальна – відображає їх змістовну сторону. Відображенням «вертикалі» стали численні концепції, найвідомішими з яких є дві моделі. В рамках першої всі особистісні характеристики розташовуються в межах континууму – від акцентуації до розладів особистості, тобто психопатій [28, 29, 30, 32]. Друга модель, про яку пише Н. Мак Вільямс, припускає три рівні порушення психіки, а саме невротичний, психотичний та межовий розлади особистості; на кожному рівні можуть діагностуватися особистісні розлади [33].

Х. Клеклі виділяє у психопатичних особистостей порушення адаптації, висуває гіпотезу про неуспішне проходження ними процесу соціалізації. Так само Х. Клеклі вирізняє невелику кількість критеріїв, пов'язаних з агресивністю і жорстокістю психопатичних пацієнтів, наприклад, нестача совісті чи сорому, або патологічний егоцентризм [34]. Дж. Мак Корд та В. МакКорд запропонували концепцію психопатії, у якій головними озна-

ками є емоційна холодність, соціальна відстороненість та нестримність поведінки [35, 36]. У теорії Дж. МакКорд значне місце посідає проблема соціальної небезпечності психопатів: автори називають цих особистостей «найнебезпечнішими людьми, як у місцях позбавлення волі, так і поза ними» [35]. Але, як ще раніше відзначив П. Б. Ганнушкін, не всі злочинці є психопатами [30]. Тож проблема співвідношення психопатії та кримінальної поведінки, кримінального мислення, залишається актуальною і сьогодні [37, 38, 39, 40, 61].

А як діагностують психопатії? Як зазначалось вище (див. табл. 1), у міжнародній практиці, формалізованій у МКХ-10, історично закарбувався підхід, властивий німецькій патопсихології, в якій особистісні розлади оцінюють як специфічний тип особистості, який може бути діагностований на підставі чітких клінічних критеріїв [17, 41]. Цей підхід корелює з прийнятими поглядами на психопатії й у вітчизняній патопсихології. Але досвід діагностики показує, що проводити належну діагностику великих груп випробовуваних фактично неможливо, тому що основою діагностики розладів особистості є суб'єктивні методи – це клінічне спостереження, проєктивні тести, тест незакінчених пропозицій, тематичний аперцептивний тест, іноді використовуються відповідні шкали MMPI [42]. Виконання такого обстеження потребує високої кваліфікації та професійного досвіду діагноста, а об'єм роботи унеможливило автоматизоване обстеження.

У сучасній науковій літературі відзначається значна поширеність особистісних розладів серед загальнолюдської популяції [1–3, 61, 62]. Водночас відзначають і збільшення кількості осіб із різними формами особистісного розладу, які вчиняють злочини і потрапляють під судово-психіатричну експертизу. За словами Мохонько, в середньому ця кількість становить 13,7 %.

На сьогодні немає достовірної та узагальненої інформації щодо поширеності розладів особистості серед осіб, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі. Однією із причин є складність процесу організації методології встановлення достовірного діагнозу та диспансерного спостереження в системі пенітенціарних установ. Однак тяжкі декомпенсовані розлади особистості потрапляють під таке спостереження [4, 5].

Відповідно до публікації R. Blackburn, є кілька серйозних недоліків у процесі детального вивчення поширеності розладів особистості серед ув'язнених [6]. Це неузгодженість критеріїв діагностики, які змінюються в рамках різних досліджень, а також розрізненість критеріїв фільтрації засуджених на ранніх етапах кримінального судочинства. В американській літературі повідомляється про те, що 15–25 % ув'язнених відповідають критеріям «діагнозу» Розлади особистості за оригінальним опитувальником «Psychopathy Checklist Revised» (PCL-R – анкета психопатії, переглянутий варіант) [7, 8].

А от, наприклад, В. Я. Семке стверджує, що Британське дослідження з використанням SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders – «Структуроване клінічне інтерв'ю для особистісних розладів DSM-III-R») виявило особистісні розлади у 64 % осіб, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі, і у 78 % ув'язнених слідчих в'язниць. Водночас,

антисоціальний особистісний розлад виявлено відповідно у 49 % та 63 % випадків, а параноїдний особистісний розлад – у 20 % і 29 %, межовий розлад особистості – в 14 % і 23 % [9].

Інформація про кількість осіб, які мають розлади особистості в пенітенціарній системі України, на жаль, відсутня. За даними Федеральної служби виконання покарань РФ, частка особистісних розладів від загального числа психічних розладів у засуджених складає 35–40 % [10]. За іншими даними, на частку особистісних розладів серед засуджених припадає лише 9,8 % від усієї структури психічних розладів. Розлади особистості займають четверте місце за поширеністю після психічних і поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, органічних розладів, включаючи симптоматичні розлади і поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами [11].

А. З. Агаларзаде відзначає взаємозв'язок між нагромадженням чинників у виправних установах: в'язнів з особистісними розладами, в'язнів з різними тяжкістю вчинених злочинів та видом режиму пенітенціарного закладу [12]. Крім того, він відзначає, що процедура виявлення розладів особистості в досудовому періоді недостатня.

І. Ф. Обросов дослідив 500 ув'язнених і виявив, що основними й найпоширенішими (58 %) серед них є емоційно нестійкий розлад особистості та дисоціальний тип розладу особистості [13, 14]. Істеричний розлад особистості діагностують у 14,6 % обстежених, на інші типи розладів особистості разом припадає 15,4 %. Крім того, автор аналізував часті прояви клініко-динамічних зрушень ув'язнених. Він виокремив низький рівень соціально-психологічної адаптації у поєднанні з порушеннями режиму відбування покарання.

В. Я. Семке привертає увагу до проблеми, яка поширена серед дослідників, що вивчають розлади особистості у місцях позбавлення волі. Причини проблеми – суттєві відмінності в наукових поглядах на клінічну структуру, динаміку і діагностику особистісної патології. В. Я. Семке вважає, що на виявлення розладів особистості також впливають зовнішні, соціальні, кримінологічні оціночні фактори.

О. В. Кербиков вважав, що організація психопатичної особистості представлена складною взаємодією біологічних та психосоціальних складових [15]. При цьому підході оцінки вираженості патологічних особистісних рис можуть відрізнятися залежно від соціальних умов функціонування особистості і розвиненості вторинних (факультативних) адаптаційно-компенсаторних рис.

З огляду на відмінності в методологічних підходах до діагностики особистісних розладів та недоліки, які властиві кожному засобу вимірювання, об'єктивна оцінка розладу особистості вимагає використання безлічі параметрів [16]. Найвідоміший метод – ІРЛМС, це спроба створити об'єктивний діагностичний інструмент у міжнародному масштабі з урахуванням культуральних відмінностей [17].

В. Я. Семке і А. В. Діденко дійшли до висновку, що для діагностики особистісних розладів ув'язненого необхідно співвідносити діагностичні параметри особистісних розладів з проявами нормативної поведін-

ки засудженого, а також враховувати пенітенціарний контекст та аспект соціокультуральної компетентності самих діагностів. Ще дослідники зазначають важливість критерію «соціокультуральна адаптація» засуджених осіб з розладами особистості. Наприклад, А. В. Діденко вважає, що вироблення навичок соціально прийнятної поведінки в умовах тюремного середовища є одним із найважливіших параметрів адаптації засуджених з розладами особистості [18]. Автор звертає увагу на те, що соціально-адаптована поведінка засуджених характеризується формуванням стратегії, що являє собою компроміс між законними вимогами адміністрації і тюремними правилами поведінки. Таким чином, дана форма поведінки поєднується з клінічною компенсацією психічного стану і відповідає задовільним показникам когнітивних, поведінкових і афективних компонентів процесу соціокультуральної адаптації.

За таких обставин соціальна дезадаптація засуджених з розладами особистості залежить від типу розладу і від рівня компенсації симптомів особистісного розладу. В. Я. Семке додає, що напруженість механізмів адаптації засуджених з особистісними розладами і її динаміка пов'язані з психофізіологічними ресурсами [19]. Він має на увазі конституційно-біологічний, екзогенний і психогенний вплив на особистість у процесі її формування. Також значну роль відіграє й взаємодія цих впливів із ефективністю соціокультуральної адаптації. Дослідники зробили висновок, що засуджені з особистісною патологією різною мірою, але все ж таки здатні підкорятися, підлаштовуватися під своє соціальне середовище.

Проблема впливу психопатизації особистості засудженого на відбування покарання в місцях позбавлення волі розглядається окремо [20]. А. О. Бурцев зазначає, що функціональна психодинаміка психопатоподібної поведінки і психопатизація особистості є комплексною адаптивною реакцією особистості засудженого, психодинаміка запускається складною системою взаємозв'язків її інтрапсихічних психоенергетичних властивостей та чинників [21].

Наразі дослідники звертають увагу, що наявність фізіологічної або генетичної схильності до розладу особистості не завжди визначає ймовірність розвитку самого розладу, оскільки трапляються випадки появи психопатоподібних рис характеру і поведінки у осіб без наявності такої схильності. Д. В. Сочивко пише, що прояв і стабілізація в поведінці засуджених з розладами особистості є результатом конвергенції трьох груп факторів: 1) соціально-демографічних; 2) індивідуально-психологічних; 3) соціально-психологічних факторів виживання в кримінальному середовищі виправної установи [22]. Зазначається, що з віком збільшується частота проявів особистісних розладів ($p < 0,0000$), які підтверджуються медико-психіатричним діагнозом. Автори вважають, що в деяких випадках психопатоподібна демонстративна поведінка, як варіант, може мати характер останньої спроби утвердити свою позицію в своєму соціальному середовищі, наразі в кримінальному світі. Однак з віком частина засуджених, які мають схильність до розладу особистості після стану загострення, отримують статус хвороби, підтверджений відповідним діагнозом.

Ще однією рисою хвороби розладу особистості у засуджених, які відбувають покарання у вигляді позбавлення волі, може бути низький рівень освіченості. На даний момент не можна стверджувати, чи є розлад особистості причиною низької освіченості людини, чи низький рівень освіти тягне за собою загострення психопатичних рис, але можна виділити деяку конвергенцію психодемографічної і психофізіологічної схильності до хвороби і соціальних факторів, як детермінанту психопатизації особистості.

За результатами досліджень Д. В. Сочивко і А. О. Бурцева було визначено, що в групі засуджених з розладом особистості, які перебувають на профілактичному обліку, у індивідів розпадається інтрапсихічна структура особистості, а поведінка може мати непередбачуваний характер з психоклінічних позицій. При цьому дослідники помітили, що в групі випробовуваних, які перебували на обліку в медичній частині, поведінка та інтрапсихічна психодинаміка особистості втрачають свою виразність, стають одноманітними і застрягаючими, ригідними. А ті засуджені, які внаслідок інфантильного ставлення до оточуючих, невміння вибудовувати емоційно-позитивні стосунки, отримують хронічне неприйняття з боку середовища, переживають одночасну втрату впевненості в собі й надії на які-небудь позитивні зміни в майбутньому.

Вищеописана безвихідь становища й визначає психодинаміку компульсивно-демонстративної поведінки ув'язнених. Засуджені з наявними компенсаторними розладами особистості, що не перебувають на обліку, в період відбування покарання можуть адаптуватися. Процесу адаптування сприяють надія на майбутнє, самоконтроль, активність. Саме ці дії й прагнення формують адаптивну психодинаміку особистості та механізми психологічного прийняття складних умов життєдіяльності. Однак, якщо відбувається блокування емоцій чи не задовольняється прагнення до визнання, засуджений може відчути гнітючу залежність, перероздратування, а це, в свою чергу, може стати основою появи мотиваційного компонента до потенційної деструктивної активності.

Крім вищезазначених чинників, на поведінку особи, яка має розлад особистості, впливає наявність серйозних соматичних захворювань, таких як туберкульоз та ВІЛ. Інформованість про зараження серйозною хворобою навіть до потрапляння в місця позбавлення волі чи після звільнення з ув'язнення, також формує внутрішню напруженість особистості. Це викликає страх за свою подальшу долю, і, як наслідок, невизначеність, тому загалом сприйняття дійсності та дії мають агресивний відтінок. Саме це, в свою чергу, й призводить до підвищення рівня конфліктності і тимчасового згуртування в рамках угруповань негативної, антисоціальної спрямованості [57]. Однак коло спілкування цих засуджених значно звужується або вони залишаються на самоті та замикаються в собі, тому що відбувається посилення психопатоподібних рис характеру та посилення девіацій поведінки, яке визначається типом розладу особистості.

При розгляді психологічних особливостей у хворих на соціально значущі захворювання засуджених надзвичайно важливим є процес їх адаптації до умов установи. За даними практики, найтяжчим для засуджених є початковий період перебування в місцях позбавлення волі [43–45, 62].

Особи, які заразилися ВІЛ, протягом першого півріччя після повідомлення про діагноз мають антивіральні переживання, суїцидальні думки та наміри, психогенні невротичні розлади [46–48, 58]. Останнім часом, у зв'язку з успіхами протівірусної терапії, спостерігається тенденція до зниження випадків суїцидів [49, 60]. У пізні періоди хвороби вираження психічних розладів у ВІЛ-позитивних осіб визначається особливостями психосоціальної адаптації, деякі дослідники вважають, що у хворих на ВІЛ-інфекцію психічна дезадаптація виражена починаючи з ранніх стадій хвороби. Та й виразність емоційних порушень залежить від стадії ВІЛ-інфекції [50, 51, 61]. На пізніх стадіях захворювання зарубіжні дослідники відзначають підвищену частоту депресивних розладів серед ВІЛ-позитивних осіб [52]. Велика кількість авторів приходить до згоди, що частота й вираженість нервово-психічних розладів у ВІЛ-інфікованих визначається преморбідним станом особистості [53]. Представники даної групи можуть мати збудливі риси, підвищену імпульсивність, низьку толерантність до фрустрації, низький поріг агресії, нетерпимість до критики, прогностичну некомпетентність. Ці особи також схильні до різних форм ризикованої поведінки: раннього сексуального старту, проміскуїтету, вживання психоактивних речовин. Якщо така людина перебуває в місцях позбавлення волі, то атмосфера закладу сприяє ускладненню перебігу психопатоподібної симптоматики. Зі збільшенням терміну відбування покарання втрачається гармонійний преморбідний рівень, збільшується кількість осіб з тими чи іншими формами розладів особистості, з'являються мозаїчні, складні розлади зрілої особистості (за МКХ-10 – змішані розлади особистості), частіше формуються істерико-іпохондричні розлади [54, 55]. А наявність розладів сприяє більш глибокій дезадаптації ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Окрім такого соціально значущого захворювання як ВІЛ у місцях ув'язнення є проблема туберкульозу. Багато публікацій вказують на тісний зв'язок між захворюванням на туберкульоз та особистісними особливостями людини, оскільки в деяких випадках ставлення таких осіб до себе й зумовлює появу цієї хвороби. В. В. Ким зазначає, що сам факт діагнозу «туберкульоз» у багатьох ситуаціях призводить до розпаду сімей, псування стосунків з близькими, погіршує умови життя [23]. Туберкульоз може провокувати декомпенсацію у засуджених з розладами особистості, а це, в свою чергу, лише посилює дезадаптацію й розлад соціокультуральних стосунків.

Під впливом негативних психічних станів у хворих на соціально значущі захворювання притупляється пам'ять, з'являються безініціативність, нездатність зосереджувати увагу на будь-якій діяльності, небажання боротися з негативними наслідками перенесеного захворювання [59]. Очікування звільнення і тривалість терміну відбування покарання викликають почуття постійного роздратування і відчаю, особливо коли надія на умовно-дострокове звільнення або припинення відбування покарання через хворобу не виправдалася. Це часто призводить до виникнення афективного стану, а реалізація афективного стану нерідко переростає в агресивні дії стосовно оточуючих. У хворих спостерігають порушення сну у вигляді безсоння, яке їх виснажує та

робить ще більш дратівливими. Цей стан посилюється почуттям тривоги щодо перебігу хвороби і можливості незворотних наслідків.

Висновки

Проблеми розладів особистості у людей в місцях позбавлення волі в переважній більшості випадків проявляються у формі антисоціальної, непередбачуваної поведінки; дезадаптації; особистісної та соціальної дезінтеграції; розпаду інтрапсихічної структури особистості; можливі поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами.

Причиною розвитку особистісних розладів можуть бути фізіологічна, генетична схильність; непроходження процесу соціалізації, низький рівень освіченості; наявність соціального захворювання (ВІЛ, туберкульоз).

Актуальною і не остаточно вирішеною є проблема розпорошеності методологічних підходів до діагностики особистісних розладів у місцях позбавлення волі.

Дезадаптація засуджених з розладами особистості залежить від типу розладу і рівня компенсації симптомів особистісного розладу.

Адаптація засуджених з розладом особистості можлива у разі клінічної компенсації психічного стану та когнітивних, поведінкових афективних компонентів соціокультуральної адаптації – надія на майбутнє, самоконтроль, активність.

Розлад особистості у хворого на ВІЛ, туберкульоз характеризується специфічним особистісним преморбідом, відбувається посилення психопатоподібних рис характеру, девіацій поведінки.

Психічна дезадаптація соматичних хворих залежить від стадії захворювання та строку ув'язнення.

У місцях позбавлення волі найпоширенішими психопатіями є емоційно нестійкий розлад особистості, дисоціальний тип розладу особистості, мозаїчні, складні розлади зрілої особистості (за МКХ-10 – змішані розлади особистості).

Аналіз усіх вказаних проблем розладів особистості в місцях позбавлення волі дозволяє говорити, що атмосфера та умови закладу впливають на психодинаміку особистості ув'язненого, можуть сприяти ускладненню перебігу психопатоподібної симптоматики. Початковий період перебування в місцях позбавлення волі є найбільш важким для засуджених. Якщо процес адаптації стає можливим для ув'язненого, то запускаються механізми психологічного прийняття важких умов життєдіяльності. У разі соматичної хвороби, декомпенсації у засуджених з розладами особистості, посилюється дезадаптація, можливе виникнення афективного стану. Ув'язнені з розладом особистості та соціально-небезпечними соматичними хворобами потребують особливої лікувальної стратегії, що має включати психотерапевтичне та/або психіатричне втручання у терапевтичний процес. Ця точка зору якнайкраще обґрунтовує актуальність даного огляду літератури, а також пояснює доцільність діагностики ув'язнених, ведення обліку даних про кількість осіб, які страждають розладами особистості в пенітенціарній системі України, продовження досліджень у даній сфері, та створення специфічних умов утримання засуджених з розладами особистості, особливо, для соматичних хворих.

Список використаної літератури

1. Смулевич А. Б. Расстройства личности. М.: ООО Мед. информ. агентство, 2007. 192 с.
2. Чуркин А. А., Михайлов В. И., Касимова Л. Н. Психическое здоровье городского населения. М.; Хабаровск, 2000.
3. Судебная психиатрия: рук-во для врачей / под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. 400 с.
4. Диденко А. В. Осужденные с антисоциальным расстройством личности: клинико-диагностический аспект. *Уголовно-исполнительная система сегодня: взаимодействие науки и практики*: сб. матер. регион. науч.-практ. конф., Новокузнецк: Кузбасский филиал Владимирского Юридического института МЮ России, 2004. С. 22–29.
5. Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирева Г. Я. Пенитенциарная психология и психопатология: рук-во: в 2-х томах / под ред. Т. Б. Дмитриевой [и др.]. М.; Томск; Кемерово, 2007. Т. 1. 576 с.
6. Blackburn R. Personality disorder and psychopathy: Conceptual and empirical integration. *Psychology, Crime & Law*. 2007. Vol. 13, issue 1. pp. 7–18.
7. Hare R. D. Psychological instruments in the assessment of psychopathy. *International Handbook. Psychopathic Disorders and the Law*. Ed. by A. R. Felthous, H. Sass. N. Y.: Wiley, 2007. P. 41–67.
8. Hare R. D., Strachan C. E., Forth A. E. Psychopathy and crime: a review. *Clinical approaches to the mentally disordered offender*. Ed. by K. Howells, C. Hollin. Chichester, 1993. P. 165–178.
9. Семке В. Я., Диденко А. В. Специфика диагностики расстройств личности в условиях пенитенциарной среды. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009. № 5 (56). С. 88–91.
10. Агаларзаде А. З. О некоторых аспектах профилактики психических расстройств у лиц, отбывающих наказание. *Актуальные вопросы и положительный опыт организации психиатрической и наркологической помощи в ИТУ и ЛТП*: сб. полож. опыта № 10 / под ред. В. Н. Волкова. Домодедово: ВИПК МВД СССР, 1991. С. 5–8.
11. Трубецкой В. Ф., Трифонов О. И. Профилактика правонарушений и преступлений, совершаемых лицами, имеющими психические расстройства: метод. Рекомендации. М.: НИИ ФСИН России, ФСИН России, 2006. 24 с.
12. Агаларзаде А. З. Психические расстройства у осужденных (эпидемиол., судебно-психиатр. и орг. аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990.
13. Обросов И. Ф. Расстройства личности у осужденных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
14. Обросов И. Ф. Этапность динамики расстройств личности у осужденных в период их пребывания в исправительных колониях. *Российский психиатрический журнал*. 2004. № 3. С. 41–44.
15. Кербилов О. В. Микросоциология, конкретно-социологические исследования и психиатрия. *Вестник АМН СССР*. 1965. № 1. С. 7–16.
16. Widiger T. A., Sanderson C. The convergent and discriminant validity of the MCMI as a measure of DSM-III personality disorders. *Journal of personality assessment*. Vol. 51, issue 2. P. 228–242.
17. Loranger A. W., Sartorius N., Hirschfeld R. M. A., Regier D. A. The WHO / ADAMHA international Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose. *Journal of personality disorders*. 1991. Vol. 5, pp. 296–306.
18. Диденко А. В., Семке В. Я., Аксенов М. М. Социокультуральные параметры адаптации осужденных с расстройствами личности. *Сибирский медицинский журнал*. 2008. № 1. С. 63–68.
19. Семке В. Я., Диденко А. В., Аксенов М. М. Адаптация осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде: клинико-динамические и социально-психологические параллели. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011. № 4. С. 72–78.
20. Антонян Ю. М., Кудрявцев В. Н., Эминов В. Е. Личность преступника. СПб.: Юридический центр Пресс, 2004. 366 с.
21. Сочивко Д. В., Бурцев А. О. Психоклинический профиль личности осужденных в местах лишения свободы (не состоящих на медицинском и профилактическом учете). *Прикладная юридическая психология*. 2014. № 4. С. 51–56.
22. Сочивко Д. В., Бурцев А. О. Проблема психопатизации личности осужденных к лишению свободы. *Прикладная юридическая психология*. 2014. № 1. С. 30–41.
23. Ким В. В. Криминологическая характеристика личности больных туберкулезом, отбывающих уголовное наказание в виде лишения свободы. *Человек: преступление и наказание*. 2013. № 1. С. 132–136.
24. Юнг К. Г. Психологические типы. СПб.: Азбука, 2001. 97 с.
25. Павлов И. П. Общие типы высшей нервной деятельности животных и человека. М.: Директ-Медиа, 2008. 50 с.
26. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Директ-Медиа, 2008. 406 с.
27. Кречмер Э. Строение тела и характер. М.: Эксмо, 2003. 416 с.
28. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. 390 с.
29. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Психология индивидуальных различий / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. Я. Романова. М.: изд-во МГУ, 1982. С. 288–318.
30. Ганушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Нижний Новгород: НГМА, 1998. 128 с.
31. Атаджикова Ю. А., Ениколопов С. Н. Развитие концепта психопатии в отечественной и зарубежной психологии (обзор литературы). *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*. 2015. Т. 8, № 3. С. 77–86.
32. Кербилов О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия: учебник. 2-е изд., перераб. М.: Медицина, 1968. 448 с.
33. Мак-Вильямс Н. Психопатическая диагностика. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.
34. Cleckley H. M. The Mask of Sanity: An attempt to clarify some issues about the so called psychopathic personality. 5th Ed. 1988. 471 p.
35. McCord J. Psychosocial Contributions to Psychopathy and Violence / *Violence and Psychopathy* / A. Raine & J. Sanmartin (Eds.). Springer, US, 2001, p. 141–169.
36. Patrick C. J., Fowles D. C., Krueger R. F. Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*. 2009. Vol. 21. P. 913–938.
37. Hare R. D., Clark D., Grann M., Thornton D. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behav Sci Law*. 2000. Vol. 18, issue 5. P. 623–645.
38. Булыгина В. Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии. *Психологическая наука и образование*. 2011. № 1. Режим доступа: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39935.shtml (дата обращения: 04.09.2018).
39. Hare R. D., Neumann C. S. Psychopathy: Assessment and forensic implications. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009. Vol. 54. pp. 791–802.
40. Walters G. D. How many factors are there on the PICTS? *Criminal Behaviour & Mental Health*. 2005. Vol. 15. P. 273–283.
41. Affective instability and impulsivity in personality disorder: results of an experimental study / S. Herpertz, A. Gretzer, E. M. Steinmeyer [et al.] // *J. Affect. Disord*. 1997. Vol. 44. pp. 31–33.
42. Костенко А. Л., Шамсутдинова Д. Ф., Линевиц В. Л. Разработка и валидизация методики диагностики специфических личностных расстройств у молодежи. *Вестник Башкирского университета*. 2010. Т. 15. № 3. С. 865–868.
43. Датий А. В. Характеристика ВИЧ-инфицированных, осужденных к лишению свободы (по материалам специальной переписи 2009 г.). *Прикладная юридическая психология*. 2014. № 1. С. 100–107.
44. Мачкасов А. И. Проблемы медико-социальной адаптации ВИЧ-инфицированных лиц, отбывающих наказания и освобождающихся из мест лишения свободы. *Прикладная юридическая психология*. 2014. № 2. С. 153–154.
45. Датий А. В., Ганишина И. С. Характеристика больных наркоманией осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью // *Вестник Кузбасского института*. 2014. № 2 (19). С. 68–76.
46. Беляева В. В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ. *Эпидем. и инф. бол.* 1998. № 5. С. 27–28.
47. Беляева В. В., Ручкина Е. В., Покровский В. В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных ВИЧ. *Тер. архив*. 1996. № 4. С. 71–73.
48. Ручкина Е. В., Беляева В. В., Покровский В. В. Злоупотребление алкоголем при инфекции, вызванной ВИЧ. *Тер. архив*. 1996. № 11. С. 51–53.
49. Marzuk P. M., Tardiff K., Leon A. (1997). HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991–1993. *Am. J. Psychiatry*. Vol. 154. P. 1720–1725.
50. Беляева В. В. Терминальная стадия ВИЧ-инфекции: психологические аспекты проблемы. *Эпидем. и инф. бол.* 1997. № 6. С. 29–31.
51. Улюкин И. М. Особенности психической адаптации больных ВИЧ инфекцией молодого возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2000. 22 с.
52. Markowitz J. C., Rabkin J. G., Perry S. W. (1994). Treating depression in HIV-positive patients. *J. AIDS*. Vol. 8. P. 403–412.
53. Беляева В. В., Ручкина Е. В. Особенности психической деятельности заразившихся ВИЧ после сообщения об их инфицированности. *Независ. психиатр. ж.* 1995. № 3. С. 21–23.
54. Бородин О. Д., Корнилов А. А., Гусев С. И. Особенности нервно психических расстройств у ВИЧ-позитивных лиц в пенициарных условиях. *Медицина в Кузбассе*. 2000. № 3. С. 17–20.
55. Fazel S., Lichtenstein P., Frisell T. Bipolar disorder and violent crime: time at risk reanalysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2010. Vol. 67, issue 12. P. 1324–1327. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.171.
56. Ronningstam E. F., Keng S. L., Ridolfi M. E., Arbabi M., Grenyer B. (2018). Cultural Aspects in Symptomatology, Assessment, and Treatment of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*. Vol. 20, issue 4. DOI: 10.1007/s11920-018-0889-8.
57. Personality Disorders in Prisoners (Drug Users, Hepatitis B, C, and HIV Infected Patients and Healthy Individuals) / M. Khakpour, G. Afrooz, B. G. Hashemabad [et al.] // *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016. Vol. 26, issue 142. P. 233–237.
58. Суициды среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных: аналитический обзор / М. П. Чернышкова, Н. А. Цветкова, Л. П. Лобачева [и др.] // *Суицидология*. 2017. Т. 8. № 3 (28). С. 62–70.
59. Пономарев С. Б., Аверьянов Е. Л. ВИЧ и туберкулез в уголовно-исполнительной системе. *Ведомости уголовно-исполнительной системы*. 2015. № 8 (159). С. 24–26.
60. Нистратова И. С. Проблемы медицинского обеспечения осужденных к лишению свободы, больных социально значимыми заболеваниями. *Юристы-Правоведь*. 2016. № 5 (78). С. 114–119.
61. Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus / S. Young, G. Gudjonsson, P. Chitsabesana [et al.] // *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, issue 1. P. 281. DOI: 10.1186/s12888-018-1858-9.

62. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions / S. Fazel, A. Hayes, K. Bartellas [et al.] // The Lancet psychiatry. 2016. Vol. 3, issue 9. P. 871–881. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0.

References

- Smulevich, A. B. (2007). *Rasstroystva lichnosti*. [Personality disorders]. Moscow: OOO Med. inform. Agenstvo, 192 p. (In Russian).
- Churkin, A. A., Mikhaylov, V. I., & Kasimova, L. N. (2000). *Psikhicheskoe zdorovye gorodskogo naseleniya* [Mental health of the urban population]. Moscow, Khabarovsk. (In Russian).
- Morozova, G. V. (1998) *Sudebnaya psikhiiatriya: rukovodstvo dlya vrachey* [Forensic psychiatry. A guide for doctors]. Moscow: Meditsina, 400 p. (In Russian).
- Didenko, A. V. (2004). Osuzhdeniye s antisotsialnum rasstroystvom lichnosti: kliniko-diagnosticheskiy aspekt [Prisoners with antisocial personality disorder: clinical and diagnostic aspect]. *Ugolovno-ispolnitelnaya sistema segodnya: vzaimodeystvie nauki i praktiki*. Materials of regional research conference. Novokuznetsk, Kuzbasskiy filial Vladimirovskogo Yuridicheskogo instituta MYU Rossii, pp. 22–29. (In Russian).
- Semke, V. Y., Gusev, S. I., & Snigireva, G. Y. (2007). *Penitentsiynaya psikhologiya i psikhopatologiya* [Penitentiary psychology and psychopathology]. (Vol. 1). T. B. Dmitrieva (Ed.). Moscow, Tomsk, Kemerovo, 576 p. (In Russian).
- Blackburn, R. (2007). Personality disorder and psychopathy: Conceptual and empirical integration. *Psychology, Crime & Law*, vol. 13, issue 1, pp. 7–18.
- Hare, R. D. (2007). Psychological instruments in the assessment of psychopathy. *International Handbook*. In A. R. Felthous & H. N. Y. Sass. (Eds.), *Psychopathic Disorders and the Law* (pp. 41–67). Wiley.
- Hare, R. D., Strachan, C. E., & Forth, A. E. (1993). Psychopathy and crime: a review. In K. Howells & C. R. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to the mentally disordered offender* (pp. 165–178). Chichester.
- Semke, V. Y., & Didenko, A. V. (2009). Spetsifika diagnostiki rasstroystv lichnosti v usloviyakh penitentsiynoy sredy. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*, vol. 5, issue 56, pp. 88–91. (In Russian).
- Agalarzade, A. Z. (1991). O nekotorykh aspektakh profilaktiki psikhicheskikh rasstroystv u lits, otbuvaniya nakazaniye [About some aspects of prevention of mental disorders in prisoners]. In V. N. Volkov (Ed.), *Aktualnye voprosy i polozhitelnyy opyt organizatsii psikhiiatricheskoy i narkolosicheskoy pomoshchi v ITU i LTP*. A digest of positive experience No 10. Domodedovo, VIPK MVD SSSR, pp. 5–8. (In Russian).
- Trubetskiy, V. F., & Trifonov, O. I. (2006). *Profilaktika pravonarusheniy i prestupleniy, sovershaemykh litsami, imeyushchimi psikhicheskoe rasstroystvo: metod. rekomendatsii* [Prevention of offenses and crimes, conducted by persons suffering from mental disorders. Methodical recommendations]. Moscow: NII FSIN Rossii, FSIN Rossii, 24 p. (In Russian).
- Agalarzade, A. Z. (1990). *Psikhicheskoe rasstroystvo u osuzhdennykh (epidemiol., sudebno-psikhiiatr. i org. aspekty): avtoref. dis. na soiskanie nauch. stepeni d-ra med. nauk* [Mental disorders in prisoners (epidemiological, forensic-psychiatric and org aspects). Abstract for MD scientific degree]. Moscow. (In Russian).
- Obrosof, I. F. (2003). *Rasstroystva lichnosti u osuzhdennykh : avtoref. dis. na soiskanie nauch. stepeni d-ra med. nauk* [Personality disorders in prisoners. Abstract for MD scientific degree]. Moscow. (In Russian).
- Obrosof, I. F. (2004). Etapnost dinamiki rasstroystv lichnosti u osuzhdennykh v period ikh prebyvaniya v ispravitelnykh koloniyakh [Staging of personality disorders in prisoners]. *Rossiyskiy psikhiiatricheskii zhurnal – Russian Psychiatric Journal*, vol. 3, pp. 41–44. (In Russian).
- Kerbikov, O. V. (1965). Mikrosotsiologiya, konkretno-sotsiologicheskie issledovaniya i psikhiiatriya [Microsociology, concrete sociologic researches and psychiatry]. *Vestnik AMN SSSR – Bulletin of the Academy of Medical Sciences of the USSR*, vol. 1, pp. 7–16. (In Russian).
- Widiger, T. A., & Sanderson, C. (1987). The convergent and discriminant validity of the MCMI as a measure of DSM-III personality disorders. *Journal of personality assessment*, vol. 51, issue 2, pp. 228–242.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Hirschfeld, R. M. A., & Regier, D. A. (1991). The WHO / ADAMHA international Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose. *Journal of personality disorders*, vol. 5, pp. 296–306.
- Didenko, A. V., Semke, V. Y., & Aksenov, M. M. (2008). Sotsiokulturalnye parametry adaptatsii osuzhdennykh s rasstroystvami lichnosti [Sociocultural parameters of adaptation of prisoners with personality disorders]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*, vol. 1, pp. 63–68. (In Russian).
- Semke, V. Y., Didenko, A. V., & Aksenov, M. M. (2011). Adaptatsiya osuzhdennykh s rasstroystvami lichnosti v penitentsiynoy srede: kliniko-dinamicheskie i sotsialno-psikhologicheskie paralleli [Adaptation of prisoners with personality disorders in the penitentiary environment: clinical dynamic and social psychological parallels]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*, vol. 4, pp. 72–78. (In Russian).
- Antonyan, Y. M., Kudryavtsev, V. N., & Eminov, V. E. (2004). *Lichnost prestupnika* [The personality of a criminal]. SPb., Yuridicheskii tsentr Press. 366 p. (In Russian).
- Sochivko, D. V., & Burtsev, A. O. (2014). Psikhoklinicheskiy profil lichnosti osuzhdennykh v mestakh lisheniya slobody (ne sostoyashchikh na meditsinskom i profilakticheskom uchete) [Psychoclinical profile of prisoners personality at the detention facilities (who are not under regular medical and preventive check-up)]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya – Applied legal psychology*, vol. 4, pp. 51–56.
- Sochivko, D. V., & Burtsev, A. O. (2014). Problema psikopatizatsii lichnosti osuzhdennykh k lisheniyu slobody [Problem of psychopathy of prisoners]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya – Applied legal psychology*, vol. 1, pp. 30–41. (In Russian).
- Kim, V. V. (2013). Kriminologicheskaya kharakteristika lichnosti bolnykh tuberkuleom, otbuvayushchikh ugolovnoe nakazanie v vide lisheniya slobody [Criminological characteristics of personality of prisoners suffering from tuberculosis]. *Chelovek: prestupleniye i nakazanie – Human: Crime and Punishment*, vol. 1, pp. 132–136. (In Russian).
- Jung, C. G. (2001). *Psikhologicheskie tipy* [Psychological Types]. SPb.: Azbuka. 97 p. (In Russian).
- Pavlov, I. P. (2008). *Obshchiye tipy vysshey nervnoy deyatel'nosti zhivotnykh i cheloveka* [General types of higher nervous activity of animals and humans]. M.: Direkt-Media, 50 p. (In Russian).
- Adler, A. (2008). *Praktika i teoriya individual'noy psikhologii* [Practice and theory of individual psychology]. M.: Direkt-Media, 406 p. (In Russian).
- Kretschmer, E. (2003). *Stroyeniye tela i kharakter* [Body structure and character]. M.: Eksmo, 416 p. (In Russian).
- Leonhard, K. (2002). *Aktsentuirovannyye lichnosti* [Accentuated personality]. Rostov-na-Donu: Feniks, 390 p. (In Russian).
- Lichko, A. Y. (1982). *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov Psikhologiya individualnykh razlichii* [Psychopathy and character accentuation in adolescents. Psychology of individual differences]. Yu. B. Gippenreiter & V. Ya. Romanova (Eds.). Moscow: izd-vo MGU, pp. 288–318. (In Russian).
- Ganushkin, P. B. (1998). *Klinika psikhopatii, ikh statika, dinamika, sistematika* [Clinical Picture of Psychopathy: its statics, dynamics, systematics]. Nizhniy Novgorod: NGMA, 128 p. (In Russian).
- Atadzhikova, Y. A., & Yenikolopov, S. N. (2015). *Razvitiye kontsepta psikhopatii v otechestvennoy i zarubezhnoy psikhologii (obzor literatury)* [The development of the concept of psychopathy in the Ukrainian and foreign psychology (literature review)]. *Vestnik YUUrGU. Seriya «Psikhologiya» – Bulletin of YUUrGU. Series «Psychology»*, vol. 8, issue 3, pp. 77–86. (In Russian).
- Kerbikov, O. V., Korkina, M. V., Nadzharov, R. A., & Snezhnevskiy, A. V. (1968). *Psikhiiatriya* [Psychiatry]. (2nd ed.). Moscow: Meditsina, 448 p. (In Russian).
- McWilliams, N. (2001). *Psikhoanaliticheskaya diagnostika* [Psychoanalytic diagnosis]. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass», 480 p. (In Russian).
- Cleckley, H. (1988). *The Mask of Sanity: An attempt to clarify some issues about the so called psychopathic personality*. (5th ed.). 471 p.
- McCord, J. (2001). Psychosocial Contributions to Psychopathy and Violence. In A. Raine & J. Sanmartin (Eds.), *Violence and Psychopathy*. Springer, US, pp. 141–169.
- Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology*, vol. 21, pp. 913–938.
- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behav Sci Law*, vol. 18, issue. 5, pp. 623–45.
- Bulygina, V. G. (2011). Izmereniye riskov nasiliya v sudebnoy psikhiiatrii [Measuring the risks of violence in forensic psychiatry]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovaniye – Psychological Science and Education*, vol. 1. Available at: http://psjournals.ru/psyedu_ru/2011/n1/39935.shtml (access date 04.09.2018). (In Russian).
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2009) Psychopathy: Assessment and forensic implications. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54. pp. 791–802.
- Walters, G. D. (2005). How many factors are there on the PICTS? *Criminal Behaviour & Mental Health*, vol. 15. pp. 273–283.
- Herpertz, S., Gretzer, A., Steinmeyer, E. M., Muehlbauer, V., Schuerkens, A., & Sass, H. (1997). Affective instability and impulsivity in personality disorder: results of an experimental study. *J. Affect. Disord.*, vol. 44, pp. 31–33.
- Kostenko, A. L., Shamsutdinova, D. F., & Linevich, V. L. (2010). Razrabotka i validatsiya metodiki diagnostiki spetsificheskikh lichnostnykh rasstroystv u molodezhi [Development and validation of methods for diagnosing specific personality disorders (young people)]. *Vestnik bashkirskogo universiteta – Bulletin of the Bashkir University*, vol. 15, issue 3, pp. 865–868. (In Russian).
- Datiy, A. V. (2014). Kharakteristika VICH-infitsirovannykh, osuzhdennykh k lisheniyam slobody (po materialam spetsial'noy perepisi 2009) [Characteristics of HIV-infected persons sentenced to imprisonment (according to the materials of the special census of 2009)]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya – Applied legal psychology*, vol. 1, pp. 100–107. (In Russian).
- Machkasov, A. I. (2014). Problemy mediko-sotsial'noy adaptatsii VICH-infitsirovannykh lits, otbuvayushchikh nakazaniya i osvobodivayushchikhsya iz mest lisheniya slobody [Problems of medical and social adaptation of HIV-infected persons in prison]. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya – Applied legal psychology*, vol. 2, pp. 153–154. (In Russian).
- Datiy, A. V., & Ganishina, I. S. (2014). Kharakteristika bol'nykh narkomaniyey osuzhdennykh zhenshchin, obrativshikhsya za psikhologicheskoy pomoshch'yu [Characteristics of convicted women with the drug addiction who applied for psychological help]/ *Vestnik Kuzbasskogo instituta – Bulletin of the Kuzbass Institute*, vol. 2, issue 19, pp. 68–76. (In Russian).
- Belyayeva, V. V. (1998). *Osobennosti sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii lits, infitsirovannykh VICH* [Features of the socio-psychological adaptation of HIV-Positive

- Individuals] *Epidemiologia i infeksionnye bolezni – Epidemiology and Infectious Diseases*, vol. 5, pp. 27–28. (In Russian).
47. Belyayeva, V. V., Ruchkina, Y. V., & Pokrovskiy, V. V. (1996). Suitsidal'noye povedeniye lits, infitsirovannykh VICH [Suicidal behavior of HIV-Positive Individuals]. *Terapevticheskij arkhiv – Therapeutic archive*, vol. 4, pp. 71–73. (In Russian).
 48. Ruchkina, Y. V., Belyayeva, V. V., & Pokrovskiy, V. V. (1996). Zloupotrebleniye alkogolem pri infektsii, vyzvannoy VICH [Alcohol Abuse of HIV-Positive Individuals]. *Terapevticheskij arkhiv – Therapeutic archive*, vol. 11, 51–53. (In Russian).
 49. Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Leon, A. (1997). HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991–1993. *Am. J. Psychiatry*, vol. 154, pp. 1720–1725.
 50. Belyayeva, V. V. (1997). Terminal'naya stadiya VICH-infektsii: psikhologicheskiye aspekty problemy [The final stage of HIV infection: the psychological aspects of the problem]. *Epidemiologia i infeksionnye bolezni – Epidemiology and Infectious Diseases*, vol. 6, pp. 29–31. (In Russian).
 51. Ulyukin, I. M. (2000). *Osobennosti psikhicheskoy adaptatsii bol'nykh VICH infektsiyey molodogo vozrasta* [Peculiarities of mental adaptation of young HIV-Positive Individuals]. PhD dissertation abstracts. Saint Petersburg, 22 p. (In Russian).
 52. Markowitz, J. C., Rabkin, J. G., & Perry, S. W. (1994). Treating depression in HIV-positive patients. *J. AIDS*, vol. 8, pp. 403–412.
 53. Belyayeva, V. V., & Ruchkina, Y. V. (1995). Osobennosti psikhicheskoy deyatel'nosti zarazivshikhsya VICH posle soobshcheniya o ikh infitsirovannosti [Special features of mental activity of HIV-positive people after reporting their infection]. *Nezavisimiy psikiatricheskii zhurnal – Independent Psychiatric Journal*, vol. 3, pp. 21–23. (In Russian).
 54. Borodkina, O. D., Kornilov, A. A., & Gusev, S. I. (2000). Osobennosti nervno psikhicheskikh rasstroystv v VICH-pozitivnykh lits v penitsiarnykh usloviyakh [Features of neuropsychiatric disorders in HIV-positive persons in penitentiary conditions]. *Meditsina v Kuzbass – Medicine in Kuzbass*, vol. 200, pp. 17–20. (In Russian).
 55. Fazel, S., Lichtenstein, P., & Frisell, T. (2010). Bipolar disorder and violent crime: time at risk reanalysis. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 67, issue 12, pp. 1324–1327. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.171.
 56. Ronningstam, E. F., Keng, S. L., Ridolfi, M. E., Arbabi, M., & Grenyer, B. (2018). Cultural Aspects in Symptomatology, Assessment, and Treatment of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, vol. 20, issue 4. DOI: 10.1007/s11920-018-0889-8.
 57. Khakpour, M., Afroz, G., Hashemabad, B. G., Rejaee, A., Bonab, B. G., & Mehrfarid, M. (2016). Personality Disorders in Prisoners (Drug Users, Hepatitis B, C, and HIV Infected Patients, and Healthy Individuals). *J Mazandaran Univ Med Sci*, vol. 26, issue 142, pp. 233–237.
 58. Chernyshkova, M. P., Tsvetkova, N. A., Lobacheva, L. P., Debol'skiy, M. G., & Dikopol'tsev, D. Ye. (2017). Suitsidy sredi podozrevayemykh, obvinayemykh i osuzhdennykh: analiticheskiy obzor [Suicides among suspects, accused and convicted: an analytical review]. *Suitsidologiya – Suicidology*, vol. 8, issue 3 (28), pp. 62–70. (In Russian).
 59. Ponomarev, S. B., & Averbanova, E. L. (2015). VICH i tuberkulez v ugovolno-ispolnitel'noy sisteme [HIV and tuberculosis in the penitentiary system]. *Vedomosti ugovolno-ispolnitel'noy sistemy – Statements of the criminal-executive system*, issue 8 (159), pp. 24–26. (In Russian).
 60. Nistratova, I. S. (2016). Problemy meditsinskogo obespecheniya osuzhdennykh k lisheniyu svobody, bol'nykh sotsial'no znachimymi zabolevaniyami [Problems of medical support of the prisoners-patients with socially significant diseases]. *Jurist-Pravoved – Lawyer-legal expert*, vol. 5, issue 78, pp. 114–119. (In Russian).
 61. Young, S., Gudjonsson, G., Chitsabesan, P., Colley, B., Farrag, E., Forrester, A., ... Asherson, P. (2018). Identification and treatment of offenders with attention-deficit/hyperactivity disorder in the prison population: a practical approach based upon expert consensus. *BMC Psychiatry*, vol. 18, issue 1. P. 281. DOI: 10.1186/s12888-018-1858-9.
 62. Fazel, S., Hayes, A., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet psychiatry*, vol. 3, issue 9, pp. 871–881. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0.

Відомості про авторів:

ПАХМУРНА Вікторія Сергіївна – аспірант кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: pakhmurna@gmail.com
ГРИГОР'ЄВА Наталія Олександрівна – лаборант кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: thaliadomini@gmail.com

Сведения об авторах:

ПАХМУРНАЯ Виктория Сергеевна – аспирант кафедры психиатрии и наркологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина; e-mail: pakhmurna@gmail.com
ГРИГОРЬЕВА Наталия Александровна – лаборант кафедры психиатрии и наркологии Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина; e-mail: thaliadomini@gmail.com

About the Authors:

PAKHMURNA Viktoriia Sergiivna – PhD-student of the Department of Psychiatry and Narcology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: pakhmurna@gmail.com
GRYGORIEVA Nataliia Oleksandrivna – assistant of the Department of Psychiatry and Narcology, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: thaliadomini@gmail.com