

ISSN 2410-7484

Т. 25, 1 (96)' 2019

Науково-практичний журнал

АРХІВ

ПСИХІАТРІЇ



ARKHIV PSYKHIATRII

Vol. 25, no. 1 (96)' 2019



WWW.NDIPS.ORG

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 25, № 1 (96) '2019

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

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

Редакційна колегія

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

Редакційна рада

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

Засновник

Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»
Свідectво про державну реєстрацію КВ № 23963-13803ПР від 01.03.2019 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
Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»
Тел./факс: (044) 503-87-80
e-mail: jar.ukraine@gmail.com
web-site: www.ndips.org

Затверджено до друку Вченою радою ДУ «НДІП МОЗ України» (протокол засідання № 3 від 20.03.2019 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.

Матеріали рецензуються членами редакційної колегії видання та/або сторонніми незалежними експертами, виходячи з принципу об'єктивності і з позицій вищих міжнародних академічних стандартів якості, та редагуються. Редакція може публікувати матеріали, не розділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших даних відповідають автори. Рукописи авторам не повертаються.

Статті з позначкою ® публікуються на правах реклами. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Цілковите або часткове копіювання у будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише за письмового дозволу редакції.

© Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, 2019



ARKHIV PSYKHIIATRII • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal
Vol. 25, no. 1 (96) '2019

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

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



Editorial staff

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

Editorial board

K. V. Aymedov (Ukraine), H. Berger (Germany), V. S. Bitenskyi (Ukraine), P. V. Voloshyn (Ukraine), N. O. Dzeruzhynska (Ukraine), S. K. Yevtushenko (Ukraine), B. B. Ivniev (Ukraine), S. Kasper (Austria), O. G. Kniazevych (Ukraine), G. M. Kozhyna (Ukraine), I. V. Linskyi (Ukraine), M. V. Markova (Ukraine), N. O. Maruta (Ukraine), I. I. Martsenkovska (Ukraine), R. O. Moiseienko (Ukraine), O. K. Napryeyenko (Ukraine), G. Ya. Pyliagina (Ukraine), M. M. Pustovoi (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. Chaikivska (Ukraine)

Founder

Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine

Certificate for state registration of print mass media KV № 23963-13803PR, date 01 March, 2019

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
Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine
tel. (044) 503-87-80
e-mail: jap.ukraine@gmail.com
web-site of the journal: www.ndips.org

Approved for publication by the Academic Council of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine (protocol № 3 dated 20.03.2019).

Printed Ltd. «Djulia print» 03057, Kyiv, Dovzhenko str., 3
Format 60x84/8. Offset print. Offset paper. Headset «Minion Pro».

The materials are reviewed by editorial board members and / or third-party independent experts, based on the principle of objectivity and from the standpoint of higher international academic quality standards, and are edited. Editors can publish materials without sharing the point of view of the authors. Authors are responsible for the accuracy of facts, citations, names, geographical names and other data. The manuscripts are not returned to the authors.

® tagged articles are published on advertising rights. The advertiser is responsible for the content of the promotional material.

The entire or partial copy in any way material published in this journal is permitted only with written permission of the publisher.

© Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2019

ЗМІСТ

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

<i>Р. А. Абдрахімов</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ НА ТЛІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС РІЗНОЇ ВИРАЖЕНОСТІ	4
--	---

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Ю. І. Мисула</i> ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ ПЕРВИННОГО ЕПІЗОДУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ	11
---	----

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>С. І. Табачніков, І. Я. Пінчук, Є. М. Харченко, Н. О. Михальчук, А. М. Чепурна, І. Ф. Здорик</i> КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ, В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.	15
<i>К. Д. Гапонов, С. І. Табачніков</i> СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП ТА З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА РОЗЛАДИ, СПРИЧИНЕНІ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ	22
<i>В. І. Салдень</i> РАННЯ ДІАГНОСТИКА І ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ	30

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>А. О. Камінська, Н. Г. Пишук</i> ДЕТЕРМІНАНТИ ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	34
<i>О. О. Сидоренко</i> КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ТА МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ	40
<i>Т. П. Яворська</i> ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИНІ ХВОРИХ ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	47
<i>Р. Р. Яремкевич</i> ПРОЯВИ ФОРМ АГРЕСІЇ У ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО СВЕРБЕЖУ	51
<i>А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков</i> ОСОБЛИВОСТІ КОНТИНУУМУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ – ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З РІЗНИМИ ГЕНЕЗОМ ДЕПРЕСІЇ ТА ВИРАЖЕНІСТЮ ПРОБЛЕМ У ПСИХОСОЦІАЛЬНОМУ ФУНКЦІОНУВАННІ.	56

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>О. П. Олійник</i> СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ В КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІ	63
---	----

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>R. A. Abdryahymov</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE IN PARTICIPANTS OF COMBAT ACTIONS WITH EYE INJURY IN THE BACKGROUND OF PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO STRESS	4
---	---

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>Yu. I. Mysula</i> FEATURES OF CLINICAL PHENOMENOLOGY OF THE PRIMARY EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER	11
---	----

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>S. I. Tabachnikov, I. Ya. Pinchuk, Ye. M. Kharchenko, N. O. Mykhalchuk, A. M. Chepurna, I. F. Zdoryk</i> CRITERIA FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SOMATIC PATIENTS WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE PRACTICE OF FAMILY MEDICINE.	15
<i>K. D. Gaponov, S. I. Tabachnikov</i> SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE OF PERSONS OF DIFFERENT SOCIAL GROUPS AND WITH VARIOUS LEVELS OF PSYCHOSOCIAL STRESS, WHICH ARE SUFFERING FROM DISORDERS DUE TO USE OF ALCOHOL	22
<i>V. I. Salden</i> EARLY DIAGNOSIS AND PSYCHOCORRECTION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS WHO USE ALCOHOL WITH HARMFUL EFFECTS IN FAMILY MEDICINE NETWORK	30

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>A. O. Kaminska, N. G. Pshuk</i> DETERMINANTS OF INTERPERSONAL COMMUNICATION IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS	34
<i>O. O. Sydorenko</i> CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS AND MECHANISMS FORMING OF PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION OF CIVIL SERVANTS	40
<i>T. P. Yavorska</i> FEATURES OF FAMILY FUNCTIONING IN THE FAMILY PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY	47
<i>R. R. Yaremkevych</i> FEATURES OF MANIFESTING AGGRESSIVENESS IN PATIENTS WITH DERMATOLOGICAL DISORDERS AND CHRONIC PRURITUS	51
<i>A. M. Skrypnykov, R. I. Isakov</i> FEATURES OF THE CONTINUUM OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION – MALADAPTATION IN WOMEN WITH DIFFERENT GENESIS OF DEPRESSION AND SEVERITY OF PROBLEMS IN PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING	56

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>O. P. Oliynyk</i> FORENSIC PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF DEPENDENCY CONDITIONS IN CRIMINAL PROCEEDINGS	63
---	----

ПСИХОЛОГІЧНА ТА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ
І ГРОМАДСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 616.895:613.67:616-05:617.7-001.4

Р. А. Адбріхімов

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ
ОЧЕЙ НА ТЛІ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ РЕАКЦІЇ НА СТРЕС РІЗНОЇ ВИРАЖЕНОСТІ

Київська клінічна лікарня № 2 на залізничному транспорті, м. Київ, Україна

Актуальність. Травми органа зору належать до числа найтяжчих, вони призводять до інвалідності осіб, які беруть участь у бойових діях. Вплив на особистість кількох потужних стресогенних чинників (зміна способу життя, участь у бойових діях, травма очей з частковою втратою зору), їх взаємодія, формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Мета – порівняльне вивчення показників якості життя в учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичного ґенезу на тлі психологічних проявів реакції на стрес різної вираженості для визначення в подальшому мішеней для медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Матеріали та методи. Протягом 2014–2018 рр. обстежений 191 учасник бойових дій (УБД) віком 20–53 роки. Групу порівняння склали 59 чоловіків з частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми. Усім респондентам було проведено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS, опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації, проведено консультацію психіатра та здійснене психодіагностичне дослідження. Сформовано такі групи дослідження. Основні групи: ОГ1 – 54 УБД з травмою очей з ЧВЗ внаслідок участі у бойових діях з клінічними проявами посттравматичного синдрому; ОГ2 – 49 УБД з травмою очей з ЧВЗ внаслідок участі у бойових діях з ознаками психологічної дезадаптації. Групи порівняння: ГП1 – 46 УБД з клінічними проявами посттравматичного синдрому, ГП2 – 42 УБД з психологічною дезадаптацією; ГП3 – 59 чоловіків з ЧВЗ внаслідок побутової травми.

Результати. Встановлено найвищу значимість факторів фрустрації для особистості при бойовій травмі очей з частковою втратою зору на тлі проявів посттравматичного синдрому: вони достовірно перевищували показники осіб з усіх груп порівняння та УБД з бойовою травмою очей із частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації. Загалом в осіб ОГ1 і ОГ2 показники оцінки якості життя за всіма сферами були нижчими, ніж у групах з побутовою травмою і УБД без офтальмологічної травми, однак найнижчий рівень зафіксовано в ОГ1. Крім того, вивчення значимості сфер життя показало, що більш високий рівень якості життя супроводжувався зниженням показників значимості, а низький рівень – підвищенням значимості відповідних субсфер.

Висновки. Отримані результати повинні бути враховані при створенні спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації для даного контингенту.

Ключові слова: якість життя, психологічна дезадаптація, посттравматичний синдром, бойова травма очей.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ТРАВМОЙ ГЛАЗ
НА ФОНЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РЕАКЦИЙ НА СТРЕСС РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ

Р. А. Адбріхімов

Киевская клиническая больница № 2 на железнодорожном транспорте, г. Киев, Украина

Актуальность. Травмы органа зрения относятся к числу наиболее тяжелых, они приводят к инвалидности лиц, участвующих в боевых действиях. Влияние на личность нескольких мощных стрессогенных факторов (изменение образа жизни, участие в боевых действиях, травма глаз с частичной потерей зрения), их взаимодействие, формируют комплекс психических проявлений соматической травмы.

Цель – сравнительное изучение показателей качества жизни у участников боевых действий с частичной потерей зрения травматического ґенеза на фоне психологических проявлений реакции на стресс различной выраженности, для определения в дальнейшем мишеней для медико-психологических мероприятий для их реабилитации.

Материалы и методы. В течение 2014–2018 гг. обследован 191 участник боевых действий (УБД) в возрасте 20–53 лет. Группу сравнения составили 59 мужчин с частичной потерей зрения (ЧПЗ) вследствие бытовой травмы. Всем респондентам было осуществлено скрининговое обследование психического состояния с использованием клинической диагностической шкалы CAPS, опросника определения уровня невротизации и психопатизации, проведена консультация психиатра и совершенно психодиагностическое исследование. Сформированы следующие группы исследования. Основные группы: ОГ1 – 54 УБД с травмой глаз с ЧПЗ вследствие участия в боевых действиях с клиническими проявлениями посттравматического синдрома; ОГ2 – 49 УБД с травмой глаз с ЧПЗ вследствие участия в боевых действиях с признаками психологической дезадаптации. Группы сравнения: ГС1 – 46 УБД с клиническими проявлениями посттравматического синдрома, ГС2 – 42 УБД с психологической дезадаптацией; ГС3 – 59 мужчин с ЧПЗ в результате бытовой травмы.

Результаты. Установлена наиболее высокая значимость факторов фрустрации для личности при боевой травме глаз с частичной потерей зрения на фоне проявлений посттравматического синдрома: они достоверно превышали показатели лиц из всех групп сравнения и УБД с боевой травмой глаз с частичной потерей зрения на фоне психологической дезадаптации. В целом у лиц ОГ1 и ОГ2 показатели оценки качества жизни по всем сферам были ниже, чем в группах с бытовой травмой и УБД без офтальмологической травмы, однако самый низкий уровень зафиксирован в ОГ1. Кроме того, изучение значимости сфер жизни показало, что более высокий уровень качества жизни сопровождался снижением показателей значимости, а низкий уровень – повышением значимости соответствующих субсфер.

Выводы. Полученные результаты должны быть учтены при создании специализированных високотаргетных подходов к медико-психологической реабилитации для данного контингента.

Ключевые слова: качество жизни, психологическая дезадаптация, посттравматический синдром, боевая травма глаз.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE IN PARTICIPANTS OF COMBAT ACTIONS WITH EYE INJURY
IN THE BACKGROUND OF PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO STRESS

R. A. Abdryahymov

Kiev clinical hospital № 2 on a railway transportation, Kyiv, Ukraine

Background. Eye injuries are among the most severe. They lead to disability of persons participating in hostilities. The impact on the personality of several powerful stressful factors such as lifestyle changes, participation in hostilities, eye injury with partial loss of vision, their interaction, form a complex of mental manifestations of somatic injury.

Objective – comparative study of the quality of life in the phenomena of psychological maladjustment or post-traumatic syndrome, among participants in hostilities with an eye injury and partial loss of vision, to further determine the targets for medical and psychological measures for their rehabilitation.

Materials and methods. Under the condition of informed consent to adhere to the principles of bioethics and deontology during 2014–2018 years, 191 participants of military actions (PMA) were examined. The age of the surveyed was 20–53 years. For comparison, the study included 59 men with partial loss of vision (PLV) due to household injuries which made the comparison group (CG). All respondents were screened for a mental condition using a clinical diagnostic scale CAPS, a questionnaire for determining the level of neuroticism and psychopathisation, consulted by a psychiatrist and a psychodiagnostic study was carried out. The following study groups were formed. Major groups: (MG1) – 54 PMA with eyes injury and PLV due to participation in military actions with clinical manifestations of post-traumatic syndrome; (MG2) – 49 PMA with eyes injury and PLV due to participation in military actions with signs of psychological disadaptation. Comparison groups: group 1 (CG1) – 46 PMA with clinical manifestations of post-traumatic syndrome; group 2 (CG2) – 42 PMA with psychological disadaptation; group 3 (CG3) – 59 men with PLV due to household injuries.

Results. The highest significance of frustration factors for an individual with a PLV on the background of post-traumatic syndrome manifestations was found: they significantly exceeded the indicators of individuals from all groups of comparison and PMA with eye injury with PLV on the background of psychological maladaptation. In general, the indicators of the quality of life in all spheres were lower in MG1 and MG2 than in groups with domestic injuries and PMA without ophthalmologic trauma, however, the lowest level was recorded in MG1. In addition, the study of the significance of spheres of life has shown that a higher level of quality of life was accompanied by a decrease in significance indicators, and a low level – an increase in the importance of the relevant sub-sphere.

Conclusions. The results of study should take into account when creating specialized high-class approaches to medical and psychological rehabilitation for this cohort.

Keywords: quality of life, psychological maladjustment, post-traumatic syndrome, fighting eye injury.

For citation: Abdryahymov R. A. Comparative analysis of the quality of life in participants of combat actions with eye injury in the background of psychological reactions to stress. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(1): 4–10. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 23.01.2019

Accepted / Прийнята до друку: 19.02.2019

Актуальність. Ушкодження органа зору досі залишаються однією з основних причин сліпоти й професійної інвалідності. Незважаючи на добру захищеність очного яблука кістковими стінками орбіти та придатками ока, його ушкодження становлять 5–10 % від загальної кількості всіх травмувань у мирний час і близько 2 % – у воєнний [1].

Травми органа зору належать до числа найтяжчих, вони призводять до інвалідності осіб, які беруть участь у бойових діях [2]. За аналізом контингенту учасників АТО з наслідками бойової травми, які проходили освідчення на медико-експертних комісіях 20 областей України в 2015 році та були визнані інвалідами, кількість бійців з пораненнями ока і орбіти становила 3,5 % [3]. За даними Військово-медичного центру Західного регіону, кількість осіб з пораненнями ока і орбіти, які отримували медичну допомогу в цьому закладі за період 2014–2017 рр., склала 2 % [4].

Не складаючи переважної кількості, травми ока і орбіти належать до основних інвалідизуючих бойових травм: інвалідизація внаслідок травми такої локалізації становить 84,5 % [5]. Прогрес в офтальмології, який відбувся за останні 30 років, вселяє надію, що кількість випадків сліпоти після поранення в бойових умовах у майбутньому істотно зменшиться [6], проте проблеми психологічних наслідків бойової травми очей на сьогодні практично не розроблені. Зрозуміло, що в ситуації часткової втрати зору внаслідок поранення в бою на особистість впливають кілька потужних стресогенних чинники (що не минає безслідно та накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого): зміна способу життя, участь у бойових діях, травма очей з частковою втратою зору. Взаємодія цих трьох основних факторів, їх взаємовплив, формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Зважаючи на те, що витоки та наслідки кожного з проявів є різними, важливість вивчення їх взаємодії в становленні нових способів психологічного захисту не викликає сумнівів. Тому існує потреба в аналізі формування показників якості життя в учасників бойових дій з

частковою втратою зору травматичного ґенезу на тлі психологічних проявів реакції на стрес різної вираженості для розробки спеціалізованих підходів до медико-психологічної реабілітації постраждалих, бо нехтування особливостями якості життя призводить до неефективності реабілітаційної роботи з даним контингентом.

Метою нашої роботи було порівняльне вивчення показників якості життя в учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичного ґенезу на тлі психологічних проявів реакції на стрес різної вираженості для визначення в подальшому мішеней для медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології протягом 2014–2018 рр. був обстежений 191 учасник бойових дій (УБД). Вік обстежених складав 20–53 р. Також у дослідження було включено 59 чоловіків з частковою втратою зору (ЧВЗ) внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння. Таким чином, всього було обстежено 250 осіб. У дослідженні не брали участі кандидати з наявністю клінічно окреслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати або супроводжувати травму очей. Крім того, не брали участі особи, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманії.

Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [7], опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [8] та проведено консультацію психіатра. Встановлені клінічні прояви посттравматичного реагування за своїм спектром були близькі, але не повністю відповідали діагностичним критеріям клінічно окресленого ПТСР, тому їх було охарактеризовано як «прояви посттравматичного синдрому». У тих, хто отримав побутову травму, клінічно окреслених ознак психопат-

тології психіатр не виявив. Дослідження психічного стану проводилось на 6–7 місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації комбатантів.

Отримані результати були покладені в основу при формуванні груп дослідження: основні групи: ОГ1 – 54 учасники з бойовою травмою очей із частковою втратою зору з клінічними проявами посттравматичного синдрому; ОГ2 – 49 учасників з травмою очей з частковою втратою зору внаслідок участі у бойових діях з ознаками психологічної дезадаптації; групи порівняння: ГП1 – 46 учасників бойових дій з клінічними проявами посттравматичного синдрому, ГП2 – 42 учасники бойових дій з психологічною дезадаптацією; ГП3 – 59 чоловіків з частковою втратою зору внаслідок побутової травми.

Крім клініко-діагностичного дослідження, учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього був застосований опитувальник якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗЯЖ-100, «WHOQOL-100») [9]. При опитуванні учасників дослідження була проведена оцінка значимості суб'єктивних чинників фрустрації за 6-бальною шкалою: 1 – відсутність симптому; 2 – виявляється при детальному розпитуванні; 3 – слабо турбує; 4 – приносить помірне занепокоєння; 5 – дуже турбує; 6 – у край інтенсивно турбує хворого.

Результати дослідження обробляли методами статистичного аналізу та багатовимірної статистики, зокрема, методом факторного аналізу (методом головних компонент). Перед застосуванням факторного аналізу дані перевіряли на багатовимірну нормальність для розподілу змінних. Встановлювали критерій адекватності вибірки Кайзера–Мейєра–Олкіна, що характеризує ступінь придатності факторного аналізу до даної вибірки; критерій сферичності Барлетта, рівень значущості. В подальшому проводили аналіз ознак, що формували та входили до складу встановлених факторів.

Результати та їх обговорення

У результаті проведеного факторного аналізу показників якості життя в учасників груп дослідження було виявлено факторну структуру, для дослідження якої було взято 4 фактори. Інші фактори не обробляли через незначне факторне навантаження, що дозволило їх ігнорувати. Аналізовані в дослідженні факторні структури відображені в таблиці 1. Їх назви зумовлені переважною більшістю складових, що мали відношення до груп дослідження та відображали їх характеристики.

Структури та показники, які формували ознаки вказаних факторів, представлені в таблицях 2–4.

Якість життя визначають як сукупність переживань особистості та її відношень, які орієнтовані на осмислення існування, цінності здоров'я й можливості встановлювати взаємовідношення із зовнішнім світом у відповідності зі своїми потребами й індивідуальними можливостями, у тому числі й в умовах хвороби. Якість життя значною мірою визначається ставленням до здоров'я як до життєвої цінності, усвідомлення якої повною мірою приходить із хворобою. Адекватне розуміння якості життя хворого неможливе без дослідження психосоматичних і соматопсихічних залежностей, а також психологічних механізмів і факторів адаптації до хвороби.

Таблиця 1. Факторна структура аналізу якості життя у учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору на тлі дезадаптивного психологічного реагування різної вираженості на стресові чинники

Назва фактора	Факторне навантаження
Якість життя при бойовій травмі очей з частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації	28,241
Якість життя при психологічній дезадаптації через участь у бойових діях	23,619
Якість життя при проявах посттравматичного синдрому внаслідок участі в бойових діях	19,528
Якість життя при бойовій травмі очей з частковою втратою зору на тлі проявів посттравматичного синдрому	14,573

Аналіз складових ознак фактора «Якість життя при бойовій травмі очей з частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації» показав, що їх сукупність відповідає характеристикам учасників з травмою очей на тлі явищ психологічної дезадаптації, які в дослідженні склали ОГ2. Значимість факторів фрустрації в ОГ2 майже за всіма показниками була достовірно вища або демонструвала таку тенденцію, порівняно з ГП3. У порівнянні з учасниками ГП2 майже за всіма факторами їх значимість для особистості була вища в ОГ2. Виняток склали показники відношення суспільства до особистості, до політичного та соціального життя, показники яких були вищі в ГП2. Рівень якості життя в учасників ОГ2 за всіма сферами був нижчим, ніж у ГП2. Виняток склали показники за субсферою «можливості відпочинку», які у обстежених цієї групи були достовірно вищі. В порівнянні з ГП3, показники осіб з бойовою травмою очей з частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації були достовірно нижчими або проявляли таку тенденцію.

Таким чином, встановлено високу значимість факторів фрустрації для особистості при бойовій травмі очей з частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації – вона перевищувала показники груп порівняння ГП2 і ГП3. Показники оцінки якості життя за всіма сферами були нижчими, ніж у групах з побутовою травмою і учасників з психологічною дезадаптацією. Високі рівні якості життя супроводжувались зниженням показників значимості відповідних сфер, а низькі рівні – підвищенням їх значимості.

Аналіз складових ознак фактора «Якість життя при психологічній дезадаптації через участь у бойових діях» показав, що їх сукупність відповідає характеристикам учасників з явищами психологічної дезадаптації, які в дослідженні склали ГП2. За значимістю суб'єктивних чинників фрустрації для особистості показники групи були достовірно вищі або проявляли таку тенденцію, порівняно з ГП3. Особливо велика різниця була за показниками відношення суспільства та влади до особистості; відношення з оточуючими; до політичного та соціального життя. Високі показники значимості для особистості були притаманні проблемам із роботою, заробітною платою, перспективами майбутнього життя особистості. Таким чином, для психологічної дезадаптації через участь у бойових діях найбільш значимими були проблеми, пов'язані з суспільними відносинами, фінансами, роботою та сімейними питаннями.

Таблиця 2. Значимість суб'єктивних чинників фрустрації для учасників дослідження

Чинники фрустрації	Групи дослідження				
	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Питання соціального захисту	5,60±0,31	5,40±0,42	5,30±0,28	4,20±0,37	2,40±0,41
Фінансові питання	5,50±0,28	5,50±0,40	5,20±0,30	4,60±0,38	4,40±0,31
Побутові негаразди	3,20±0,22	3,00±0,28	3,60±0,20	3,70±0,30	1,30±0,21
Медичне обслуговування	5,80±0,31	5,80±0,37	4,70±0,26	2,80±0,28	2,10±0,39
Відношення суспільства до особистості	5,20±0,25	4,20±0,32	5,00±0,22	5,20±0,41	1,80±0,37
Відношення влади до особистості	5,60±0,22	5,30±0,39	5,10±0,25	4,10±0,26	1,90±0,31
Відношення друзів до особистості	3,60±0,20	3,20±0,33	3,80±0,23	3,50±0,38	1,60±0,30
Взаємовідносини у сім'ї	5,10±0,25	4,60±0,31	4,90±0,23	4,60±0,33	2,80±0,29
Взаємини з дружиною	5,20±0,21	5,00±0,28	4,20±0,26	3,80±0,31	2,10±0,40
Взаємовідносини з друзями	2,40±0,22	2,40±0,30	2,50±0,21	2,50±0,34	1,40±0,28
Робота	5,80±0,26	5,60±0,27	5,60±0,29	5,30±0,32	4,60±0,38
Заробітна плата, пенсія	5,80±0,23	5,80±0,28	5,80±0,21	5,10±0,31	4,70±0,27
Взаємовідносини зі співробітниками	3,20±0,21	3,50±0,32	3,60±0,28	3,20±0,37	2,10±0,29
Відпочинок та вільний час	2,50±0,26	2,50±0,38	1,80±0,25	1,80±0,36	1,60±0,33
Відносини з оточуючими	5,20±0,23	4,20±0,29	5,10±0,20	4,60±0,31	1,80±0,27
Зв'язки з органами влади, суспільними організаціями	4,40±0,20	4,10±0,30	4,60±0,22	3,70±0,28	2,60±0,21
Відношення до політичного та соціального життя	5,40±0,23	3,40±0,39	5,10±0,20	5,10±0,32	1,80±0,22
Перспективи майбутнього в житті особистості	5,8±0,24	5,8±0,25	5,5±0,23	4,9±0,31	4,3±0,28
Відношення до втрати зору	6,0±0,10	6,0±0,12	0	0	6,0±0,15

Оцінка якості життя при психологічній дезадаптації через участь у бойових діях за результатами опитувальника ВООЗЯЖ виявила достовірні відмінності, порівняно з особами ГП3. За шкалою «загальна якість життя» показник був нижчим у ГП2; у фізичній сфері за показниками болю та дискомфорту якість життя в них була вищою, тоді як за іншими субсферами – нижчою; за показниками функціонування психологічної сфери спостерігалось зниження якості життя за всіма субсферами, порівняно з учасниками ГП3, проте за сферою «рівень незалежності» якість життя за усіма складовими показала більш високі рівні у осіб ГП2, що пояснювалося обмеженнями, які накладає на учасників ГП3 травма очей побутового характеру. Показники якості життя сфери «соціальні відносини» не відрізнялись суттєво від ГП3. Винятком була субсфера особистих відносин, показники якої при психологічній дезадаптації були нижчими, ніж у ГП3; за сферою «навколишнє середовище» найнижчі показники в осіб ГП2 спостерігались за субсферами фізичної безпеки, можливості відпочинку, а також медичної й соціальної допомоги (за іншими складовими даної сфери вони суттєво не відрізнялись або були вищими, ніж у ГП3); різниці в показниках якості життя в духовній сфері між обстеженими ГП2 і ГП3 не було.

Таким чином, в учасників з психологічною дезадаптацією через участь у бойових діях найбільш значимими були чинники фрустрації, пов'язані з суспільними відносинами, фінансами, роботою та сімейними питаннями. Якість життя в цій групі за всіма сферами була нижчою або суттєво не відрізнялась від осіб з побутовою травмою очей (вона була кращою лише

за оцінкою «рівня незалежності»). Аналіз значимості сфер життя за показниками опитувальника якості життя показав, що високі рівні якості життя супроводжувались зниженням показників значимості, а низькі рівні – підвищенням значимості відповідних субсфер.

Аналіз складових ознак фактора «Якість життя при проявах посттравматичного синдрому внаслідок участі в бойових діях» показав, що їх сукупність відповідає характеристикам учасників з окремими ознаками посттравматичного розладу, які в дослідженні склали ГП1. Значимість факторів фрустрації за всіма показниками в учасників ГП1 були вищими, ніж у ГП2 і ГП3. Різниця переважно мала достовірний характер або демонструвала тенденції. Загальна «якість життя й стан здоров'я» були нижчими, ніж у ГП3, але не відрізнялися від показника ГП2. У «фізичній сфері» якість життя була нижчою за субсферою «фізичний біль і дискомфорт», порівняно з ГП2 та ГП3, а за іншими субсферами сфери показники були нижчими, ніж у ГП3 та не відрізнялися від ГП2. Показники якості життя за «психологічною сферою» й всіма її субсферами були нижчими, ніж у ГП3 та ГП2. Слід зазначити, що в порівнянні з ГП2 різниця за більшістю субсфер мала характер тенденції до зменшення. За сферою «рівня незалежності» та окремими її субсферами показники якості життя в ГП1 були нижчими, ніж у ГП2 і ГП3 (лише за субсферою «працевдатність» у ГП1 показник виявився вищим, ніж у ГП3). За сферою «соціальні відносини» якість життя за більшістю субсфер була нижчою, ніж у ГП2 та ГП3. Лише показник субсфери «практична соціальна підтримка» був вищим, порівняно з вказаними групами. Рівень якості життя за

Таблиця 3. Оцінка якості життя за результатами опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я

Шкали	ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
G – загальна якість життя й стан здоров'я	10,35±0,31	10,17±0,22	12,18±0,28	12,05±0,26	14,13±0,38
F1 – фізичний біль і дискомфорт	10,23±0,28	11,43±0,33	11,79±0,30	14,37±0,32	13,02±0,36
F2 – життєва активність, енергія, втома	11,08±0,21	10,04±0,28	12,63±0,23	12,30 ±0,29	14,16±0,24
F3 – сон і відпочинок	9,83±0,31	10,47±0,31	12,06±0,28	11,41±0,33	16,41±0,35
F4 – позитивні емоції	9,36±0,28	10,06±0,28	10,62±0,26	11,56±0,30	13,15±0,34
F5 – пізнавальні функції	13,04±0,20	12,86±0,33	13,46±0,18	13,77±0,29	14,35±0,15
F6 – самооцінка	10,78±0,18	12,79±0,32	11,24±0,20	12,06±0,31	14,45±0,16
F7 – образ тіла й зовнішність	11,36±0,23	12,27±0,28	13,82±0,27	13,86±0,35	14,22±0,38
F8 – негативні емоції	9,07±0,24	10,13±0,29	10,31±0,26	10,37±0,30	12,43±0,33
F9 – рухливість	11,26±0,27	12,68±0,33	13,43±0,28	16,28±0,25	14,20±0,34
F10 – виконання повсякденних справ	10,79±0,22	13,68±0,30	14,08±0,20	16,73±0,26	14,23±0,24
F11 – залежність від ліків і лікування	9,17±0,27	14,56±0,34	14,51±0,25	18,03±0,28	17,31±0,32
F12 – працездатність	10,06±0,25	11,59±0,31	14,68±0,26	17,15±0,32	13,26±0,35
F13 – особисті відносини	12,74±0,31	12,06±0,28	14,03±0,28	13,17±0,37	15,18±0,41
F14 – практична соціальна підтримка	10,04±0,26	10,34±0,27	13,42±0,24	12,42±0,31	12,31±0,32
F15 – сексуальна активність	13,41±0,28	13,79±0,33	13,79±0,26	14,50±0,32	14,35±0,35
F16 – фізична безпека	10,07±0,23	11,41±0,30	11,20±0,25	10,03±0,28	13,55±0,26
F17 – навколишнє середовище будинку	12,86±0,28	14,22±0,28	13,41±0,30	14,05±0,36	13,92±0,32
F18 – фінансові ресурси	9,05±0,24	9,83±0,32	9,14±0,26	10,15±0,30	10,86±0,28
F19 – медична й соціальна допомога	10,08±0,22	10,62±0,26	12,03±0,24	11,05±0,33	12,21±0,25
F20 – набуття нової інформації	14,03±0,27	14,53±0,32	14,56±0,26	16,37±0,31	14,80± 0,31
F21 – можливості відпочинку	11,68±0,30	13,79±0,33	12,17±0,31	10,47±0,33	14,02±0,39
F22 – навколишнє середовище	12,17±0,25	12,83±0,30	13,25±0,23	13,06±0,29	13,53±0,22
F23 – транспорт	11,31±0,22	13,89±0,31	13,45±0,23	14,49±0,40	14,16±0,24
F24 – духовність, особисті переконання	14,97±0,26	15,26±0,31	15,63±0,24	16,79±0,33	15,16±0,29

сферою «навколишнє середовище» та її субсферами в учасників ГП1 був нижчим, ніж у ГП3. В порівнянні з учасниками ГП2 рівні за більшістю субсфер також були нижчими в ГП1. Винятком були субсфери «медична й соціальна допомога» та «можливості відпочинку», показники яких були вищі в ГП1, ніж в ГП2.

Таким чином, значимість факторів фрустрації за аналізованими показниками в учасників при проявах посттравматичного синдрому внаслідок участі в бойових діях були вищими, ніж у групах порівняння ГП2 і ГП3. Якість життя в учасників дослідження за усіма сферами при ознаках посттравматичного синдрому була нижчою, ніж при проявах психологічної дезадаптації та при побутовій травмі очей. Високі рівні якості життя супроводжувались зниженням показників значимості, а низькі рівні – підвищенням значимості відповідних субсфер.

Аналіз складових ознак фактора «Якість життя при бойовій травмі очей з частковою втратою зору на тлі проявів посттравматичного синдрому» показав, що їх сукупність відповідає характеристикам учасників з проявами посттравматичного розладу, які в дослідженні склали ОГ1. Значимість факторів фрустрації за всіма показниками в учасників ОГ1 була достовірно вищою, ніж в усіх трьох груп порівняння. Також, за більшістю показників, більш значима, ніж в учасників ОГ2. Показник «загальна якість життя й стан здоров'я» був

нижчим, ніж в усіх групах порівняння, та не відрізнявся від ОГ2. Показники якості життя в «фізичній сфері» та її субсферах у учасників ОГ1 були достовірно нижчими, порівняно з усіма групами порівняння та ОГ2 (лише за субсферою «життєва активність, енергія, втома» вони перевищували ОГ2). Показники оцінки рівня якості життя за сферами «рівень незалежності», «психологічною сферою», «соціальними відносинами» та їх складовими субсферами були достовірно найнижчими або проявляли таку тенденцію, порівняно з усіма групами дослідження. Рівень життя за сферою «навколишнє середовище», як і в попередніх сферах, та її субсферами, був достовірно нижчим, порівняно з усіма групами дослідження, або не відрізнявся від учасників ОГ2 (це стосувалось субсфер «фінансові ресурси» та «набуття нової інформації»).

Таким чином, в учасників з бойовою травмою очей з частковою втратою зору на тлі проявів посттравматичного синдрому значимість факторів фрустрації за всіма показниками була достовірно вищою, ніж в усіх трьох групах порівняння. Аналіз показників оцінки якості життя в учасників цієї групи продемонстрував значно нижчий її рівень за всіма сферами. Більш високі рівні оцінки якості життя супроводжувались зниженням показників значимості відповідних субсфер, а низькі рівні – підвищенням їх значимості.

Таблиця 4. Оцінка значимості сфер життя за результатами опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я

Шкали		ОГ1	ОГ2	ГП1	ГП2	ГП3
Imp1	Наскільки важливо для вас бути вільним від будь-якого болю?	4,72±0,21	4,15±0,21	3,17±0,24	3,98±0,26	3,05±0,23
Imp2	Наскільки важливо для вас мати життєву енергію?	4,63±0,23	3,85±0,27	4,67±0,25	4,78±0,21	4,27±0,28
Imp3	Наскільки важливий для вас сон, що приносить відпочинок?	4,45±0,22	3,97±0,23	4,28±0,24	2,03±0,25	2,36±0,30
Imp4.1	Наскільки важливо для вас відчувати щастя й насолоду від життя?	4,68±0,24	4,38±0,25	4,72±0,21	3,85±0,23	2,18±0,22
Imp4.2	Наскільки важливо для вас відчувати задоволення?	4,37±0,22	4,41±0,26	4,68±0,24	4,01±0,28	4,2±0,31
Imp4.3	Наскільки важливо для вас відчувати надію?	4,72±0,23	4,53±0,27	3,49±0,20	4,06±0,30	4,4±0,24
Imp5.1	Наскільки важлива для вас здатність засвоювати й пам'ятати важливу інформацію?	2,61±0,24	3,01±0,22	3,95±0,25	3,31±0,25	2,41±0,26
Imp5.2	Наскільки важлива для вас здатність розбиратися із щоденними справами й ухвалювати рішення?	3,69±0,20	4,21±0,25	3,75±0,23	3,92±0,27	3,01±0,21
Imp5.3	Наскільки важлива для вас здатність до концентрації уваги?	3,07±0,24	4,01±0,26	3,18±0,22	4,02±0,25	2,82±0,27
Imp6	Наскільки важливо для вас мати позитивну оцінку себе?	4,82±0,27	4,13±0,29	4,17±0,21	3,31±0,26	4,20±0,30
Imp7	Наскільки важлива для вас уява про своє тіло й зовнішність?	3,37±0,21	3,52±0,25	2,98±0,24	3,01±0,22	2,25±0,23
Imp8	Наскільки важливо для вас бути вільним від негативних почуттів (сум, депресія, тривога, занепокоєння)?	4,92±0,23	4,53±0,21	4,80±0,22	2,94±0,24	3,86±0,24
Imp9	Наскільки важливо для вас мати здатність пересуватися?	4,62±0,23	4,90±0,20	3,02±0,24	4,69±0,21	4,78±0,22
Imp10	Наскільки важливо для вас бути здатним виконувати повсякденну діяльність (умивання, вдягання, приготування їжі)?	4,75±0,22	4,87±0,23	2,97±0,23	4,73±0,24	4,83±0,20
Imp11	Наскільки важливо для вас бути вільним від залежності від ліків і лікування?	4,41±0,24	2,61±0,23	3,14±0,22	2,80±0,26	2,30±0,27
Imp12	Наскільки важлива для вас ваша здатність працювати?	4,80±0,22	4,71±0,26	4,51±0,23	4,83±0,22	4,78±0,24
Imp13	Наскільки для вас важливі взаємовідносини з іншими людьми?	3,06±0,25	3,01±0,27	3,17±0,24	3,05±0,28	2,71±0,30
Imp14	Наскільки важлива для вас підтримка оточуючих?	4,65±0,23	3,75±0,27	4,07±0,23	2,83±0,24	3,98±0,26
Imp15	Наскільки важливе для вас ваше сексуальне життя?	2,97±0,22	3,69±0,23	2,90±0,23	3,62±0,28	3,15±0,20
Imp16	Наскільки важливе для вас почуття фізичної безпеки й захищеності?	4,62±0,20	4,79±0,21	4,75±0,23	4,65±0,23	4,58±0,28
Imp17	Наскільки важливі для вас домашні умови?	3,43±0,24	4,03±0,25	3,05±0,23	3,17±0,22	4,61±0,30
Imp18	Наскільки важливі для вас ваші фінансові умови?	4,90±0,23	4,87±0,24	4,80±0,24	4,89±0,23	4,85±0,26
Imp19.1	Наскільки важливо для вас мати можливість одержати необхідну вам медичну допомогу?	4,83±0,22	4,58±0,25	3,02±0,24	3,69±0,28	4,61±0,23
Imp19.2	Наскільки важливо для вас мати можливість одержати необхідну вам соціальну допомогу?	4,72±0,24	4,73±0,27	3,18±0,23	4,31±0,23	3,02±0,28
Imp20.1	Наскільки важлива для вас можливість одержувати нову інформацію й знання?	3,04±0,22	2,86±0,27	2,84±0,23	3,57±0,28	2,03±0,24
Imp20.2	Наскільки важлива для вас можливість одержувати нові навички?	2,71±0,23	2,16±0,24	2,51±0,24	2,52±0,24	1,47±0,26
Imp21	Наскільки важливий для вас відпочинок або дозвілля?	3,04±0,22	2,01±0,26	3,59±0,24	2,39±0,27	2,07±0,25
Imp22	Наскільки важливе для вас середовище, що вас оточує (забруднення, шум, клімат, привабливість)?	3,17±0,24	1,62±0,28	2,04±0,23	1,74±0,24	1,35±0,21
Imp23	Наскільки важлива для вас адекватна робота транспорту в повсякденному житті?	3,06±0,25	1,53±0,23	3,17±0,24	1,68±0,23	2,87±0,28
Imp24	Наскільки важливі для вас ваші особисті переконання?	4,59±0,21	4,28±0,21	4,62±0,22	4,35±0,20	3,04±0,30
ImpG.1	Наскільки важлива для вас ваша загальна якість життя?	4,83±0,20	4,79±0,20	4,90±0,21	3,26±0,24	4,87±0,24
ImpG.2	Наскільки важливе для вас ваше здоров'я?	4,92±0,23	4,83±0,22	4,63±0,20	4,78±0,25	4,71±0,20
ImpG.3	У цілому наскільки ви задоволені своїм життям?	2,26±0,24	2,01±0,20	3,17±0,22	3,89±0,22	2,13±0,21
ImpG.4	Наскільки ви задоволені своїм здоров'ям?	2,03±0,20	2,03±0,23	3,12±0,23	2,98±0,21	3,18±0,24

Висновки

1. Встановлено, що в учасників з психологічною дезадаптацією через участь у бойових діях, найбільш значимими є чинники фрустрації, пов'язані з суспільними відносинами, фінансами, роботою та сімейними питаннями. Якість життя в цій групі за всіма сферами нижча або суттєво не відрізняється від учасників дослідження з побутовою офтальмологічною травмою. При цьому високі показники якості життя супроводжуються зниженням показників їхньої значимості, а низькі рівні – підвищенням значимості відповідних субсфер.

2. Встановлено високу значимість факторів фрустрації для особистості осіб з бойовою травмою очей з частковою втратою зору на тлі психологічної дезадаптації – вони перевищують показники всіх груп порівняння. Показники оцінки якості життя за всіма сферами є нижчими, ніж у групах з побутовою травмою і учасників з психологічною дезадаптацією. При цьому високі показники якості життя супроводжуються зниженням показників їхньої значимості, а низькі рівні – підвищенням значимості відповідних субсфер.

3. Значимість факторів фрустрації за аналізованими показниками в учасників з проявами посттравматичного синдрому внаслідок участі в бойових діях є більш високою, ніж у групах з побутовою травмою і учасників з психологічною дезадаптацією. Якість життя за всіма сферами у них є нижчою, ніж при проявах психологічної дезадаптації та при побутовій травмі очей. При цьому високі рівні якості життя супроводжуються зниженням показників значимості, а низькі рівні – підвищенням значимості відповідних субсфер.

4. Встановлено, що значимість факторів фрустрації за всіма показниками в учасників з бойовою травмою очей з частковою втратою зору на тлі проявів посттравматичного синдрому є достовірно вищою, ніж в усіх трьох груп порівняння. Аналіз показників оцінки якості життя в учасників цієї групи показав значно нижчий рівень оцінки за всіма сферами. При цьому високі рівні оцінки якості життя супроводжуються зниженням показників значимості відповідних субсфер, а низькі рівні – підвищенням їх значимості.

5. Подальші дослідження доцільно спрямувати на розробку алгоритмів корекції зниження якості життя при бойовій травмі очей на тлі явищ психологічної дезадаптації або проявів посттравматичного синдрому.

Список використаної літератури

1. Контузія органа зору: навч.-метод. посіб. для лікарів-інтернів зі спеціальності «Офтальмологія» / Н. Г. Завгородня, Л. Е. Саржевська, О. М. Івахненко [та ін.]. Запоріжжя, 2017. 71 с.
2. Шевчук В. І., Кравченко В. В., Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б. Особливості медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів військової служби та учасників антитерористичної операції: методичні рекомендації. Вінниця:

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, 2016. 43 с.

3. Інвалідність, зумовлена наслідками бойових травм в учасників Антитерористичної операції в регіонах України / Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко [та ін.]. 36. наук. прац. спіробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. 2017. № 27. С. 186–201.
4. Гайда І. М., Бадюк М. І., Сушко Ю. І. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. Патологія. 2018. Т. 15, № 1 (42). С. 73–76.
5. Причини та важкість інвалідності в учасників Антитерористичної операції / Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко [та ін.]. Biomedical and biosocial anthropology. 2016. № 27. С. 187–191.
6. Невідкладна військова хірургія. Травми ока. Пер. з англ. Львів: Наутилус, 2015. Режим доступу: www.aumf.net/emergencywarsurgery/ukr_chapters/EWS_Chapter14.pdf (дата звернення: 08.01.2019).
7. Тарабрина Н. В. Практикум з психології посттравматичного стресу. (Серія «Практикум з психології»). СПб.: Пітер., 2001. 272 с.
8. Малкина-Пых І. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.
9. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці - сімейній медицині: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Б. В. Михайлов та ін.; за заг. ред. Б. В. Михайлова. Харк. мед. акад. післядиплом. освіти МОЗ України. 5-е вид., переробл. і допов. Харків: ХМАПО, 2014. 327 с.

References

1. Zavgorodnia, N. G., Sarzhevska, L. E., Ivakhnenko, O. M., Tsybulska, T. Ye., Poplavska, I. O., & Kostrovska, K. O. (2017). *Kontuziia organa zoru: navch.-metod. posib. dlia likariv-interniv zi spetsialnosti «Oftalmologiya»* [Eye Contusion: A Study Guide for Ophthalmology Specialists]. Zaporizhzhia, 71 p. (In Ukrainian).
2. Shevchuk, V. I., Kravchenko, V. V., Belyaeva, N. M., & Yavorovenko, O. B. (2016). *Osoblyvosti medyko-sotsialnoi ekspertyzy ta reabilitatsii invalidiv viiskovoi sluzhby ta uchasykiv antyterorystychnoi operatsii* [Special features of medical and social expertise and rehabilitation of the disabled service and participants of the anti-terrorist operation]. Ukrainian State Research Institute of Rehabilitation of Disabled Persons. Vinnytsia, 43 p. (In Ukrainian).
3. Belyaeva, N. M., Yavorovenko, O. B., Kurylenko, I. V., Halyutyna, O. Y., Kuvykova, I. P., Gumenyuk, O. V., & Danilenko, Yu. A. (2017). *Invalidnist, zumovlena naslidkami boiovykh travm v uchasykiv Antyterorystychnoi operatsii v rehionakh Ukrainy* [Disability caused by the consequences of military injuries in participants of the anti-terrorist operation in the regions of Ukraine]. *Zbirnyk naukovykh prats spirobitnykiv NMAPO imeni P. L. Shupyka - Colicetion of scientific works of staff member of P. L. Shupyk NMAPE*, 27, 186–201. (In Ukrainian).
4. Gaida, I. M., Badyuk, M. I., & Sushko, Yu. I. (2018). *Osoblyvosti struktury ta perebihu suchasnoi boyovoi travmy u viiskovosluzhbovtziv Zbroynykh Syl Ukrainy* [Peculiarities of structure and current of modern combat trauma among servicemen of the Armed Forces of Ukraine]. *Patolohiia - Pathologia*, 15 (1), 73–76. (In Ukrainian).
5. Belyaeva, N., Yavorovenko, A., Kurylenko, I., Danylenko, Yu., & Pavlychenko, G. (2016). *Prychyny ta vazhkist invalidnosti v uchasykiv Antyterorystychnoi operatsii* [Causes and severity of disability of the participants of Anti-terrorist operation]. *Biomedical and biosocial anthropology*, 27, 187–191. (In Ukrainian).
6. Borden Institute, US Army Medical Department Center and School, & Office of the Surgeon General United States Army (2015). *Travmy oka* [Ocular Injuries]. In *Emergency War Surgery* (4th ed.). Retrieved from www.aumf.net/emergencywarsurgery/ukr_chapters/EWS_Chapter14.pdf (in Ukrainian).
7. Tarabryna, N. V. (2001). *Praktykum z psykholohii posttravmatychnoho stresu* [Workshop on psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg: Peter, 272 p. (In Ukrainian).
8. Malkina-Pyh, I. G. (2005). *Psihosomatika: Spravochnik prakticheskogo psihologa* [Psychosomatics: Handbook of Practical Psychologist]. Moscow: Eksmo, 992 p. (In Russian).
9. Mykhailov, B. V., Serdiuk, O. I., Chuhunov, V. V., Kurylo, V. O., Andruk, P. H., Vasiakina, L. O., ... Moseiko, O. V. (2014). *Eksperymentalno-psykholohichne doslidzhennia v zahalnyi praktytsi - simeinii medytsyni: navchalnyi posibnyk dlia likariv-interniv i likariv-slukhachiv zakladiv (fakultetiv) pisladyplomnoi osvity* [Experimental-psychological research in general practice - family medicine: a textbook for interns and trainees of postgraduate educational establishments (faculties)]. (5th ed.). B. V. Mykhailov (Ed.). Kharkiv: KhMAPO, 327 p. (In Ukrainian).

Відомості про автора:

АДБРАХИМОВ Ростислав Адганович, канд. мед. наук, лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, м. Київ, Україна;
e-mail: rostislav.abdrakhimov@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>

Сведения об авторе:

АДБРАХИМОВ Ростислав Адганович, канд. мед. наук, врач-офтальмолог Киевской клинической больницы № 2 на железнодорожном транспорте, г. Киев, Украина;
e-mail: rostislav.abdrakhimov@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>

About the Author:

ABDRYAHYMOV Rostislav Adhanovych, MD, PhD, Kiev clinical hospital № 2 on a railway transportation, Kyiv, Ukraine;
e-mail: rostislav.abdrakhimov@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4310>

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.1-616.895.6

Ю. І. Мисула

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ
ПЕРВИННОГО ЕПІЗоду БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУТернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Дослідження особливостей клінічної феноменології первинного епізоду БАР має важливе значення для своєчасного виявлення, лікування та профілактики у зв'язку з недостатньою діагностикою захворювання.

Мета – вивчення особливостей клінічної феноменології первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора та клінічного варіанта первинного епізоду.

Матеріали та методи. Проаналізовано медичну документацію 180 чоловіків та 222 жінок, хворих на БАР.

Результати. У 79,4 % хворих первинний епізод перебігав у формі депресії (загалом 5,9 % тяжкої, 83,4 % помірної та 10,7 % легкої), у чоловіків частіше помірні (85,7 % проти 81,9 %, $p>0,05$) та легкі форми (12,0 % проти 9,8 %, $p>0,05$), а у жінок – тяжкі (8,3 % проти 2,3 %, $p<0,05$). У 15,7 % хворих первинний епізод характеризувався проявами манії або гіпоманії переважно легкого (61,9 % загалом, 65,2 % у чоловіків, 52,9 % у жінок, $p>0,05$) та помірного (відповідно 36,5 %, 34,8 % та 41,2 %, $p>0,05$) ступеня. У клінічній картині спостерігалися дисомнії (99,0 %, 98,9 % та 99,1 %, $p>0,05$), швидка втомлюваність (54,2 %, 45,0 % та 61,7 %, $p<0,01$), соматовегетативна симптоматика (51,0 %, 52,8 % та 49,5 %, $p>0,05$), порушення уваги (46,8 %, 47,2 % та 46,4 %, $p>0,05$), прояви апатії (46,0 %, 37,2 % та 53,2 %, $p<0,01$), страху і тривоги (38,8 %, 41,7 % та 36,5 %, $p>0,05$), нав'язливі думки (31,8 %, 29,4 % та 33,8 %, $p>0,05$), коливання настрою (17,9 %, 23,3 % та 13,5 %, $p<0,05$), збудження, агресія (11,9 %, 17,2 % та 7,7 %, $p<0,01$) і паранойальна симптоматика (6,7 %, 3,3 % та 9,5 %, $p<0,05$). Виявлено прояви страху і тривоги у 37,0 % хворих з депресивним, у 38,1 % з манакальним і у 70,0 % хворих зі змішаним варіантом первинного епізоду, дисомнії – відповідно у 99,4 %, 96,8 % та 100,0 %; прояви апатії – у 56,7 %, 0,0 % та 20,0 %; швидку втомлюваність – у 66,5 %, 0,0 % та 30,0 %; порушення уваги – у 41,4 %, 61,9 % та 85,0 %; нав'язливі думки – у 37,9 %, 0,0 % та 35,0 %; паранойальну симптоматику – у 7,2 %, 4,8 % та 5,0 %; коливання настрою – у 12,9 %, 30,2 % та 60,0 %; збудження, агресію – у 5,3 %, 38,1 % та 35,0 %; соматовегетативну симптоматику – у 50,2 %, 54,0 % та 55,0 % хворих відповідно.

Висновки. Встановлено наявність у клінічній феноменології відмінностей, пов'язаних із гендерним фактором та з варіантом первинного епізоду.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, первинний епізод.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ЭПИЗОДА БИПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Ю. И. Мисула

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины, г. Тернополь, Украина

Актуальность. Исследование особенностей клинической феноменологии первичного эпизода БАР имеет важное значение для своевременного выявления, лечения и профилактики вследствие недостаточной диагностики заболевания.

Цель – изучение особенностей клинической феноменологии первичного эпизода биполярного аффективного расстройства с учетом гендерного фактора и клинического варианта первичного эпизода.

Материалы и методы. Проанализирована медицинская документация 180 мужчин и 222 женщин, больных БАР.

Результаты. У 79,4 % больных первичный эпизод протекал в форме депрессии (5,9 % тяжелой, 83,4 % умеренной и 10,7 % легкой), у мужчин чаще умеренной (85,7 % против 81,9 %, $p>0,05$) и легкой форм (12,0 % против 9,8 %, $p>0,05$), а у женщин – тяжелой (8,3 % против 2,3 %, $p<0,05$). У 15,7 % больных первичный эпизод характеризовался проявлениями мании или гипомании преимущественно легкой (61,9 % всего, 65,2 % у мужчин, 52,9 % у женщин, $p>0,05$) и средней (соответственно 36,5 %, 34,8 % и 41,2 %, $p>0,05$) степени. В клинической картине наблюдались диссомнии (99,0 %, 98,9 % и 99,1 %, $p>0,05$), быстрая утомляемость (54,2 %, 45,0 % и 61,7 %, $p<0,01$), соматовегетативная симптоматика (51,0 %, 52,8 % и 49,5 %, $p>0,05$), нарушения внимания (46,8 %, 47,2 % и 46,4 %, $p>0,05$), проявления апатии (46,0 %, 37,2 % и 53,2 %, $p<0,01$), страха и тревоги (38,8 %, 41,7 % и 36,5 %, $p>0,05$), навязчивые мысли (31,8 %, 29,4 % и 33,8 %, $p>0,05$), колебания настроения (17,9 %, 23,3 % и 13,5 %, $p<0,05$), возбуждение, агрессия (11,9 %, 17,2 % и 7,7 %, $p<0,01$) и паранойальная симптоматика (6,7 %, 3,3 % и 9,5 %, $p<0,05$). Проявления страха и тревоги выявлены у 37,0 % больных с депрессивным, у 38,1 % с манакальным и у 70,0 % больных со смешанным вариантом первичного эпизода, диссомнии – соответственно у 99,4 %, 96,8 % и 100,0 %; проявления апатии – у 56,7 %, 0,0 % и 20,0 %; быстрая утомляемость – у 66,5 %, 0,0 % и 30,0 %; нарушения внимания – у 41,4 %, 61,9 % и 85,0 %; навязчивые мысли – у 37,9 %, 0,0 % и 35,0 %; паранойальная симптоматика – у 7,2 %, 4,8 % и 5,0 %; колебания настроения – у 12,9 %, 30,2 % и 60,0 %; возбуждение, агрессия – у 5,3 %, 38,1 % и 35,0 %; соматовегетативная симптоматика – у 50,2 %, 54,0 % и 55,0 % больных соответственно.

Выводы. Обнаружены различия в клинической феноменологии, связанные с гендерным фактором и вариантом первичного эпизода.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, первичный эпизод.

FEATURES OF CLINICAL PHENOMENOLOGY OF THE PRIMARY EPISODE OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

Yu. I. Mysula

State Gorbachevsky Memorial Medical University, Ternopil, Ukraine

Background. The study of the peculiarities of the clinical phenomenology of the primary episode of bipolar affective disorder (BD) is important for timely find, treatment and prevention of BD due to inadequate diagnosis of the disease.

Objective – to study the peculiarities of the clinical phenomenology of the primary episode of bipolar affective disorder, taking into account the gender factor and the clinical version of the primary episode.

Materials and methods. We have studied medical records of 180 men and 222 women with initial BD episode.

Results. In 79.4% of patients the primary episode was in the form of depression (5.9% severe, 83.4% moderate and 10.7% mild), in men more frequent moderate (85.7% vs. 81.9%, $p>0.05$) and mild forms (12.0% vs. 9.8%, $p>0.05$), and in women – severe (8.3% vs. 2.3%, $p<0.05$). In 15.7% of patients the primary episode was characterized by mania or hypomania primarily in the mild (61.9% in general, 65.2% in men, 52.9% in women, $p>0.05$) and moderate (36.5%, 34.8% and 41.2%, $p>0.05$) level. In the clinical picture dysomnia was observed (99.0%, 98.9% and 99.1%, $p>0.05$), fast fatigue (54.2%, 45.0% and 61.7%, $p<0.01$), somatovegetative symptoms (51.0%, 52.8% and 49.5%, $p>0.05$), attention deficit (46.8%, 47.2% and 46.4% of women, $p>0.05$), apathy (46.0%, 37.2% and 53.2%, $p<0.01$), fear and anxiety (38.8%, 41.7% and 36.5%, $p>0.05$), intrusive thoughts (31.8%, 29.4% and 33.8%, $p>0.05$), mood swings (17.9%, 23.3% and 13.5%, $p<0.05$), excitation, aggression (11.9%, 17.2% and 7.7%, $p<0.01$) and paranoid symptoms (6.7%, 3.3% and 9.5%, $p<0.05$). The manifestations of fear and anxiety were detected in 37.0% of patients with depression, in 38.1% of manic patients and in 70.0% of patients with a mixed variant of the primary episode, dysomnia – respectively 99.4%, 96.8% and 100, 0%; manifestations of apathy – in 56.7%, 0.0% and 20.0%; fast fatigue – 66.5%, 0.0% and 30.0%; violation of attention – in 41.4%, 61.9% and 85.0%; obsessive thoughts – at 37.9%, 0.0% and 35.0%; paranoid symptomatology – 7.2%, 4.8% and 5.0%; fluctuations in mood – at 12.9%, 30.2% and 60.0%; excitement, aggression – 5.3%, 38.1% and 35.0%; somatovegetative symptomatology – in 50.2%, 54.0% and 55.0% of patients respectively.

Conclusions: there are differences in the clinical phenomenology associated with the gender factor and variant primary episode.

Keywords: bipolar affective disorder, primary episode.

For citation: Mysula Yu. I. Features of clinical phenomenology of the primary episode of bipolar affective disorder. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(1): 11–14. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 16.01.2019

Accepted / Прийнята до друку: 20.02.2019

Актуальність. Проблема біполярного афективного розладу (БАР) є однією з найактуальніших у сучасній психіатричній науці та практиці [1–3]. За даними експертів ВООЗ, на БАР хворіють 0,6–1,0 % популяції [4]. Захворювання на БАР супроводжується системними порушеннями психічного функціонування та значним погіршенням соціальної адаптації хворих [5–7]. При цьому діагностика БАР на ініціальному етапі є недостатньою, від моменту появи перших симптомів до встановлення правильного діагнозу може минути кілька років. Внаслідок цього значна частина пацієнтів тривалий час одержує лікування, яке не відповідає їх захворюванню [8–10]. Дослідження особливостей клінічної феноменології первинного епізоду (ПЕ) БАР має надзвичайно важливе значення для комплексної оцінки перебігу, патодинаміки та перспектив захворювання, і є важливою передумовою для розробки програм комплексного лікування й профілактики БАР.

Мета дослідження – вивчення особливостей клінічної феноменології первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора та клінічного варіанта первинного епізоду.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано особливості перебігу ПЕ БАР у пацієнтів із встановленим діагнозом БАР на підставі аналізу медичної документації (історій хвороби, амбулаторних карт, епікризів, виписок, консультаційних висновків, інших медичних документів). Усього проаналізовано 402 випадки захворювання на БАР: 180 чоловіків (44,8 %) та 222 жінки (55,2 %). Середній вік хворих на момент ПЕ БАР склав $24,2 \pm 10,9$ років (чоловіків – $23,7 \pm 10,8$ років, жінок – $24,5 \pm 11,0$ років, $p>0,05$).

Статистичний аналіз проведено з використанням непараметричних методів (тест Фішера, тест Манна–Уїтні).

Результати та їх обговорення

Як свідчить аналіз, у 79,4 % хворих БАР почався з депресивного епізоду (67,8 % чоловіків та 88,7 % жінок, $p<0,01$). У структурі депресії домінували помірні ступені тяжкості (83,4 % серед усіх хворих з депресією), рідше виявляли легку (10,7 %) та тяжку (5,9 %) депресію (рис. 1). При цьому у чоловіків більшою є питома вага помірних (85,7 % проти 81,9 %, $p>0,05$) та легких форм депресії (12,0 % проти 9,8 %, $p>0,05$), а у жінок – тяжких (8,3 % проти 2,3 %, $p<0,05$).

У 15,7 % пацієнтів захворювання почалося з маніакальної або гіпоманіакальної фази (25,6 % чоловіків і 7,7 % жінок, $p<0,01$). У структурі тяжкості маній домінували легкі форми (61,9% серед усіх хворих з манією або гіпоманією, 65,2 % у чоловіків, 52,9 % у жінок, $p>0,05$), меншу питому вагу мали форми помірної тяжкості (36,5 % серед усіх хворих, 34,8 % у чоловіків та 41,2 % у жінок, $p>0,05$), також виявлений одиничний випадок тяжкої манії у жінки (відповідно 1,6 % та 5,9 %) (рис. 2).

Аналіз особливостей клінічної феноменології виявив, що у клінічній картині ПЕ БАР домінували різноманітні порушення сну – у 99,0 % хворих (у 98,9 % чоловіків та у 99,1 % жінок, $p>0,05$), рідше – швидка втомлюваність – у 54,2 % хворих (у 45,0 % чоловіків та у 61,7 % жінок, $p<0,01$), соматовеgetативна симптоматика – у 51,0 % хворих (у 52,8 % чоловіків та у 49,5 % жінок, $p>0,05$), порушення уваги – у 46,8 % хворих (у 47,2 % чоловіків та у 46,4 % жінок, $p>0,05$), прояви апатії – у 46,0 % хворих (у 37,2 % чоловіків та у 53,2 % жінок, $p<0,01$), прояви страху і тривоги – у 38,8 % усіх обстежених (у 41,7 % чоловіків та

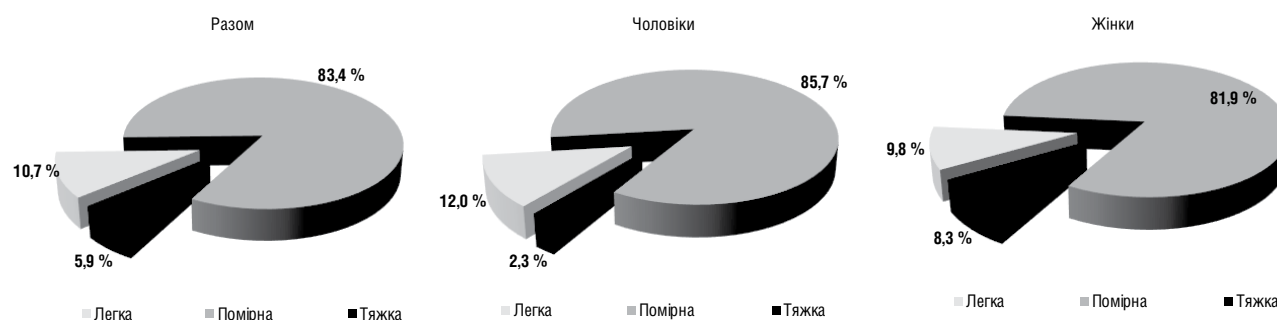


Рис. 1. Структура депресій за ступенем тяжкості при первинному епізоді біполярного афективного розладу

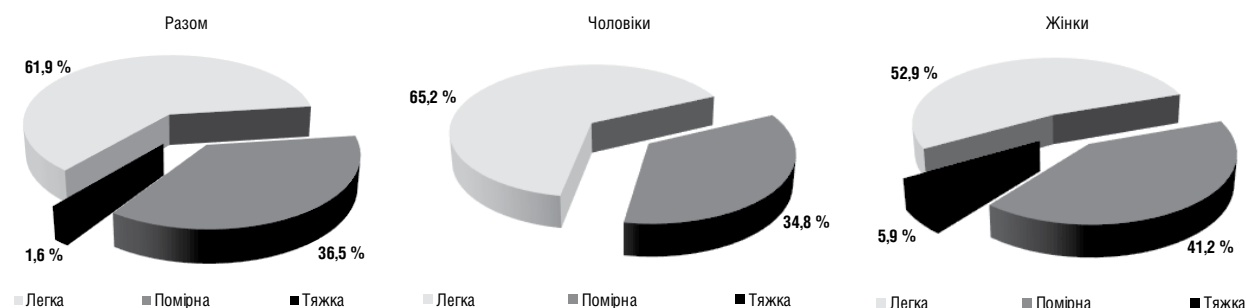


Рис. 2. Структура манії за ступенем тяжкості при первинному епізоді біполярного афективного розладу

у 36,5 % жінок, $p > 0,05$) і нав'язливі думки – у 31,8 % хворих (у 29,4 % чоловіків та у 33,8 % жінок, $p > 0,05$), суттєво рідше траплялися коливання настрою – у 17,9 % хворих



Рис. 3. Структура клінічної симптоматики первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора

Таблиця 1. Особливості клінічної феноменології первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням гендерного фактора

Симптоми	Разом		Чоловіки		Жінки		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Страх, тривога	156	38,8	75	41,7	81	36,5	$>0,05$
Порушення сну	398	99,0	178	98,9	220	99,1	$>0,05$
Апатія	185	46,0	67	37,2	118	53,2	$<0,01$
Швидка втомлюваність	218	54,2	81	45,0	137	61,7	$<0,01$
Порушення уваги	188	46,8	85	47,2	103	46,4	$>0,05$
Нав'язливі думки	128	31,8	53	29,4	75	33,8	$>0,05$
Паранояльна симптоматика	27	6,7	6	3,3	21	9,5	$<0,05$
Коливання настрою	72	17,9	42	23,3	30	13,5	$<0,05$
Збудження, агресія	48	11,9	31	17,2	17	7,7	$<0,01$
Соматовегетативна симптоматика	205	51,0	95	52,8	110	49,5	$>0,05$

(у 23,3 % чоловіків та у 13,5 % жінок, $p < 0,05$), збудження, агресія – у 11,9 % хворих (у 17,2 % чоловіків та у 7,7 % жінок) і паранояльна симптоматика – у 6,7 % хворих (у 3,3 % чоловіків та у 9,5 % жінок, $p < 0,05$) (табл. 1, рис. 3).

При аналізі клінічної симптоматики ПЕ БАР з урахуванням варіанта ПЕ захворювання було виявлено, що прояви страху і тривоги мали місце у 37,0 % хворих з депресивним варіантом ПЕ, у 38,1 % хворих з маніакальним варіантом ПЕ і у 70,0 % хворих зі змішаним варіантом ПЕ; різноманітні порушення сну – відповідно у 99,4 %, 96,8 % та 100,0 % хворих; прояви апатії – відповідно у 56,7 %, 0,0 % та 20,0 % хворих; швидка втомлюваність – відповідно у 66,5 %, 0,0 % та 30,0 % хворих; порушення уваги – відповідно у 41,4 %, 61,9 % та 85,0 % хворих; нав'язливі думки – відповідно у 37,9 %, 0,0 % та 35,0 % хворих; паранояльна симптоматика – відповідно у 7,2 %, 4,8 % та 5,0 % хворих; коливання настрою – у 12,9 %, 30,2 % та 60,0 % хворих; збудження, агресія – відповідно у 5,3 %, 38,1 % та 35,0 % хворих; соматовегетативна симптоматика – відповідно у 50,2 %, 54,0 % та 55,0 % хворих (табл. 2, рис. 4).

З таблиці 3 і рисунка 4 видно, що прояви страху і тривоги були притаманні переважно хворим зі змішаним



Рис. 4. Структура клінічної симптоматики первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням варіанта первинного епізоду захворювання

Таблиця 2. Особливості клінічної феноменології первинного епізоду біполярного афективного розладу з урахуванням варіанта первинного епізоду

Симптоми	Варіант первинного епізоду захворювання						p1*	p2 **	p3 ***
	депресивний		маніакальний		змішаний				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Страх, тривога	118	37,0	24	38,1	14	70,0	>0,05	<0,01	<0,05
Порушення сну	317	99,4	61	96,8	20	100	>0,05	>0,05	>0,05
Апатія	181	56,7	0	0,0	4	20,0	<0,01	<0,01	<0,01
Швидка втомлюваність	212	66,5	0	0,0	6	30,0	<0,01	<0,01	<0,01
Порушення уваги	132	41,4	39	61,9	17	85,0	<0,01	<0,01	<0,05
Нав'язливі думки	121	37,9	0	0,0	7	35,0	<0,01	>0,05	<0,01
Паранояльна симптоматика	23	7,2	3	4,8	1	5,0	>0,05	>0,05	>0,05
Коливання настрою	41	12,9	19	30,2	12	60,0	>0,05	<0,01	<0,05
Збудження, агресія	17	5,3	24	38,1	7	35,0	<0,01	<0,01	>0,05
Соматовегетативна симптоматика	160	50,2	34	54,0	11	55,0	>0,05	>0,05	>0,05

варіантом ПЕ, порушення уваги, коливання настрою, прояви збудження та агресії – хворим зі змішаним та маніакальним варіантами, а прояви апатії і швидкої втомлюваності – хворим із депресивним варіантом ПЕ БАР.

Висновки

Виявлені відмінності у клінічній феноменології ПЕ БАР пов'язані з гендерним фактором (переважання у чоловіків апатичної, астеничної та паранояльної, а у жінок – афективної симптоматики) та з клінічними особливостями ПЕ (більша питома вага проявів тривоги і страху, когнітивних порушень і коливань настрою при змішаному варіанті дебюту; збудження і агресивності – при маніакальному, і астено-апатичних – при депресивному, а також приблизно однакова ураженість проявами дисомній і соматовегетативних порушень хворих з усіма варіантами ПЕ).

Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень пов'язані з ґрунтовним вивченням клініко-психопатологічної феноменології ПЕ БАР з використанням широкого спектра психодіагностичних методик. На підставі даних цих досліджень планується розробка інноваційних підходів до профілактики та лікування ПЕ БАР.

Список використаної літератури

- Crump C., Sundquist K., Winkleby M. A. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013. Vol. 70. P. 931–939. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00490.
- Systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder / J. F. Hayes, J. Miles, K. A. Walters [et al.]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015. Vol. 131. P. 417–425. DOI: 10.1111/acps.12408.
- Marwaha S., Durrani A., Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013. Vol. 128. P. 179–193. DOI: 10.1111/acps.12087.
- Mental health: strengthening our response. Information Bulletin of World Health Organisation. Geneva, WHO, 2018. 28 p.
- Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis / T. Chakrabarty, G. Alamian, J. M. Kozicky [et al.]. *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 109–116. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.003.

Відомості про автора:

МИСУЛА Юрій Ігорович, канд. мед. наук, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна; e-mail: yuramysula@gmail.com
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

Сведения об авторе:

МИСУЛА Юрий Игоревич, канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Тернопольского национального медицинского университета им. И. Я. Горбачевского МЗ Украины, г. Тернополь, Украина; e-mail: yuramysula@gmail.com
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

About the Author:

MYSULA Yuriy Ihorovich, MD, PhD, assistant of Department of psychiatry, narcology and medical psychology, State Gorbachevsky Memorial Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: yuramysula@gmail.com
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

- Kessing L. V., Miskowiak K. Does Cognitive Dysfunction in Bipolar Disorder Qualify as a Diagnostic Intermediate Phenotype? *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. P. 490. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00490.
- Discrete neurocognitive subgroups in fully or partially remitted bipolar disorder: Associations with functional abilities / J. H. Jensen, U. Knorr, M. Vinberg [et al.]. *Journal of Affective Disorders*. 2016. Vol. 205. P. 378–386. DOI: 10.1093/jinp/pyx032.
- Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder / R. Patel, H. Shetty, R. Jackson [et al.]. *PLoS One*. 2015. Vol. 10. P. 126–129. DOI: 10.1371/journal.pone.0126530.
- Faieda G. L., Serra G., Marangoni C. Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*. 2014. Vol. 168. P. 314–321. DOI: 10.1016/j.jad.2014.07.013.
- Rowland T. A., Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. 2018. Vol. 8, issue 9. P. 251–269. DOI: 10.1177/2045125318769235.

References

- Crump, C., Sundquist, K., & Winkleby, M. A. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*, 70, 931–939. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00490>
- Hayes, J. F., Miles, J., Walters, K. A., King, M., & Osborn, D. P. (2015). Systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131, 417–425. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12408>
- Marwaha, S., Durrani, A., & Singh, S. (2013). Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 179–193. <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12087>
- World Health Organisation. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Information Bulletin of World Health Organisation. Geneva, WHO, 28 p.
- Chakrabarty, T., Alamian, G., Kozicky, J. M., Ivan, J. T., & Lakshmi, N. Y. (2018). Cognitive functioning in first episode bipolar I disorder patients with and without history of psychosis. *Journal of Affective Disorders*, 227, 109–116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.003>
- Kessing, L. V., & Miskowiak, K. (2018). Does Cognitive Dysfunction in Bipolar Disorder Qualify as a Diagnostic Intermediate Phenotype? *Frontiers in Psychiatry*, 9, 490. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00490>
- Jensen, J. H., Knorr, U., Vinberg, M., Kessing, L. V., & Miskowiak, K. W. (2016). Discrete neurocognitive subgroups in fully or partially remitted bipolar disorder: Associations with functional abilities. *Journal of Affective Disorders*, 205, 378–386. <http://dx.doi.org/10.1093/jinp/pyx032>
- Patel, R., Shetty, H., Jackson, R., Broadbent, M., Stewart, R., Boydell, J., ... Taylor, M. (2015). Delays before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder. *PLoS One*, 10, 126–129. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0126530>
- Faieda, G. L., Serra, G., & Marangoni, C. (2014). Clinical risk factors for bipolar disorders: a systematic review of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 168, 314–321. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.013>
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(9), 251–269. <http://dx.doi.org/10.1177/2045125318769235>

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

UDC 616.89-008.441.33-0.85:616.822.1

S. I. Tabachnikov^{1,3} *, I. Ya. Pinchuk¹, Ye. M. Kharchenko^{1,3},
N. O. Mykhalchuk^{2,3}, A. M. Chepurna¹, I. F. Zdoryk¹

CRITERIA FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SOMATIC PATIENTS WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE PRACTICE OF FAMILY MEDICINE

¹Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Rivne State University of the Humanities, Rivne, Ukraine

³Public organization «National Academy of Higher Education of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Background. The usage of psychoactive substances (PS) is one of the most urgent among other medical and social problems of nowadays. One of the aspects of menacing nature of this phenomenon is psychological and somatic consequences, so called comorbid conditions, which in the future lead to severe psychosomatic disorders, more significant in young or old age. Contemporary medical reform in Ukraine has reoriented for family doctors general medical care to somatic patients, which, in turn, requires the creation of professional scientific and practical developments to provide them with qualified assistance.

Objective – to develop of the system of diagnostic and medical care for somatic patients who use PS in the practice of family medicine.

Materials and methods. In accordance with the relevant methods (clinical, anamnestic, socio-demographic, psycho-diagnostic, clinical-psychopathological and statistical), 220 thematic patients who applied with somatic complaints to the family doctor were examined. All these patients take different kinds of PS.

Results. Characteristic features of the examined patients were such as: prevailing age group was the senior group of people (60%), the youngest was 38%; a large proportion of respondents were educated in dysfunctional families (42%); the families in which the parents use of PS, in the families in which there were systematic conflicts, material and everyday problems, burdened heredity, concomitant somatic diseases (28%), etc. Most of these surveyed began to use PS in the age of teenagers (66%), a significantly smaller number was that one who had begun to use PS in elderly age. The motivation for the usage of surfactant in the younger group was dominated by the negative impact of the micro-environment, at the elder age we diagnostic the subjective deprivation of the patients from difficult social circumstances, improvement of general mental and physical conditions. The complaints of these patients who need a help of family doctors were formed by us in the form of the main profiles of somatic pathology: cardiovascular, pulmonary-respiratory, gastro-intestinal. In the mental plan these patients had depressive, disturbing, asthenic states in different proportions. Most of them who use PS prefer tobacco and alcohol or combined forms (72%), much less patients use PS. The developed system of early diagnostics of comorbid pathology is based on a four-level clinical characteristic of psychosomatic pathology with the appropriate correlation between the type and level of PS which had been used.

Conclusions. The main profiles of somatization in these cases were outlined (48% of patients have the problems with the cardiovascular system, with the digestive tract – 32%, with the pulmonary-respiratory system – 20% of patients), which were combined with mental illnesses. The system of early diagnostics of the usage of psychoactive substances by somatic patients was developed with the help of corresponding AUDIT-tests, a number of parallel psycho-diagnostic methods and laboratory data. On the basis of characteristic features of anamnesis, socio-demographic, clinical psycho-pathological and somatic data, a system of psycho-therapeutic, rehabilitation and psycho-prophylaxis assistance to the patients in the practice of family medicine was developed.

Keywords: psychoactive substances, somatic disorders, family medicine, diagnostic criteria, medical aid, treatment.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ,
ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ, В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

С. І. Табачніков^{1,3} *, І. Я. Пінчук¹, Є. М. Харченко^{1,3}, Н. О. Михальчук^{2,3}, А. М. Чепурна¹, І. Ф. Здорик¹

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

²Рівненський державний гуманітарний університет, м. Рівне, Україна

³ГО «Національна академія вищої освіти України», м. Київ, Україна

Актуальність. Вживання психоактивних речовин (ПАР) є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем сучасності. Одним із аспектів загрозливого характеру цього явища є психічні й соматичні наслідки, тобто коморбідні стани, які призводять до тяжких психосоматичних розладів, більш значних у молодому або літньому віці. Сучасна медична реформа в Україні делегувала загальну медичну допомогу хворим із соматичними захворюваннями сімейним лікарям, що потребує створення фахових науково-практичних розробок для надання таким пацієнтам кваліфікованої допомоги.

Мета – розробити систему діагностичної та лікувальної допомоги хворим із соматичними захворюваннями, які вживають ПАР, в практиці сімейної медицини.

Матеріали та методи. З використанням клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, психодіагностичних, клініко-психопатологічних та статистичних методів було обстежено 220 хворих, що вживають різні ПАР, які зверталися із соматичними скаргами до сімейного лікаря.

Результати. Характерними особливостями обстежених хворих були наступні: за віком превалювали старша група осіб (60 %), молодша становила 38 %; значна частина респондентів виховувалась у дисфункціональних сім'ях (42 %); вживання ПАР батьками, систематичні конфліктні ситуації в родині, матеріально-побутові проблеми, обтяжена спадковість, супутні соматичні хвороби (28 %) та ін. Більшість обстежених починала вживати ПАР у юнацькому віці (66 %), значно менша кількість – у старшому. Мотивацією вживання ПАР у молодшій групі переважно був негативний вплив мікросередовища, у старшому віці – суб'єктивне позбавлення від скрутних соціальних обставин, поліпшення загального психічного та соматичного станів. Скарги, з якими хворі зверталися до сімейного лікаря, формувалися в основні профілі соматичної патології: серцево-судинну, легенево-дихальну, шлунково-кишкову. У психічному плані у цих хворих домінували депресивні, тривожні, астеничні прояви в різних співвідношеннях. Більшість вживання ПАР припадала на куріння та вживання алкоголю або їх поєднання (72 %), значно менше – на наркотичні речовини. Розроблена система ранньої діагностики коморбідної патології базується на 4-ступеневій клінічній характеристиці психосоматичної патології з відповідним співвідношенням виду та рівня ПАВ, що вживається.

Висновки. Окреслено провідні профілі соматизації (порушення серцево-судинної системи – 48 %; шлунково-кишкового тракту – 32 %; легенево-дихальної системи – 20 %), які поєднуються з психічною патологією. Розроблено систему ранньої діагностики вживання психоактивних речовин хворими із соматичними патологіями за допомогою відповідних AUDIT-тестів, низки паралельних психодіагностичних методик і лабораторних даних. На основі характерних особливостей анамнезу, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та соматичних даних розроблено систему психотерапевтичної, реабілітаційної та психопрофілактичної допомоги відповідним пацієнтам у практиці загальної сімейної медицини.

Ключові слова: психоактивні речовини, соматичні захворювання, сімейна медицина, діагностика, лікувальна допомога.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА, В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

С. И. Табачников^{1,3}*, И. Я. Пинчук¹, Е. Н. Харченко^{1,3}, Н. А. Михальчук^{2,3}, А. Н. Чепурная¹, И. Ф. Здорик¹

¹ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина

²Ровенский государственный гуманитарный университет, г. Ровно, Украина

³ОО «Национальная академия высшего образования Украины», г. Киев, Украина

Актуальность. Употребление психоактивных веществ (ПАВ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современности. Один из аспектов угрожающего характера этого явления – психические и соматические последствия, то есть коморбидные состояния, которые приводят к тяжелым психосоматическим расстройствам, более значительным в молодом или пожилом возрасте. Современная медицинская реформа в Украине делегировала общую медицинскую помощь больным с соматическими патологиями семейным врачам, что требует создания специализированных научно-практических разработок для предоставления таким пациентам квалифицированной помощи.

Цель – разработать систему диагностической и лечебной помощи больным с соматическими заболеваниями, которые употребляют ПАВ, в практике семейной медицины.

Материалы и методы. С использованием клинико-анамнестических, социально-демографических, психодиагностических, клинико-психопатологических и статистических методов было обследовано 220 больных, употребляющих различные ПАВ, которые обращались с соматическими жалобами к семейному врачу.

Результаты. Характерными особенностями обследованных больных были следующие: по возрасту превалировали старшая группа лиц (60 %), младшая составляла 38 %; значительная часть респондентов воспитывалась в дисфункциональных семьях (42 %); употребление ПАВ родителями, систематические конфликтные ситуации в семье, материально-бытовые проблемы, отягощенная наследственность, сопутствующие соматические болезни (28 %) и др. Большинство обследованных начинали употреблять ПАВ в юношеском возрасте (66 %), значительно меньшее количество – в старшем. Мотивацией употребления ПАВ в младшей группе преимущественно было негативное влияние микросреды, в старшем возрасте – субъективное избавление от сложных социальных обстоятельств, улучшение общего психического и соматического состояний. Жалобы, с которыми больные обращались к семейному врачу, формировались в основные профили соматической патологии: сердечно-сосудистую, легочно-дыхательную, желудочно-кишечную. В психическом плане у этих больных доминировали депрессивные, тревожные, астенические проявления в различных соотношениях. Большинство употребления ПАВ приходилось на курение и употребление алкоголя или их сочетание (72 %), значительно меньше – на наркотические вещества. Разработанная система ранней диагностики коморбидной патологии базируется на 4-ступенчатой клинической характеристике психосоматической патологии с соответствующим соотношением вида и уровня употребляемого ПАВ.

Выводы. Определены ведущие профили соматизации (нарушение сердечно-сосудистой системы – 48 %, желудочно-кишечного тракта – 32 %; легочно-дыхательной системы – 20 %), которые сочетаются с психической патологией. Разработана система ранней диагностики употребления психоактивных веществ больными с соматическими патологиями с помощью соответствующих AUDIT-тестов, ряда паралельных психодиагностических методик и лабораторных данных. На основе характерных особенностей анамнеза, социально-демографических, клинико-психопатологических и соматических данных разработана система психотерапевтической, реабилитационной и психопрофилактической помощи соответствующим пациентам в практике общей семейной медицины.

Ключевые слова: психоактивные вещества, соматические заболевания, семейная медицина, диагностика, лечебная помощь.

For citation: Tabachnikov S. I., Pinchuk I. Ya., Kharchenko Ye. M., Mykhalchuk N. O., Chepurna A. M., Zdoryk I. F. Criteria for diagnostics and treatment of somatic patients who use psychoactive substances in the practice of family medicine. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(1): 15–21.

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

Received / Поступила: 21.12.2018

Accepted / Прийнята до друку: 13.01.2019

Background. The problem of the usage of psychoactive substances (PS) is one of the most urgent among other medical and social issues of nowadays in the world in general and in Ukraine [1-4]. One of the aspects of the threatening nature of this phenomenon, in addition to prevalence, is psychological and somatic consequences, so called comorbid conditions, which lead in the future to severe psychosomatic disorders, more significant for young or elderly patients [5, 6]. Contemporary medical reform in Ukraine based on the world experience of the leading countries of the world, reoriented general medical care of somatic patients to family doctors. This process requires the creation of professional scientific and practical issues for qualified assistance in the complex of treatment of somatic patients [7-9].

The objective of the research – to develop of the system of diagnostic and medical care for somatic patients who use PS in the practice of family medicine.

Materials and methods of research

In accordance with the relevant methods (clinical, anamnestic, socio-demographic, psycho-diagnostic, clinical-psychopathological and statistical), 220 thematic patients who applied with somatic complaints to the family doctor were examined. All these patients take different kinds of PS. These patients applied to family doctors during 2017-2019. The number of men was 54%, women – 46%. Respondents were divided into 2 groups by age: 18-35 years old, 36-60 years old.

Results

The characteristic features of such patients were revealed: prevailed age group was the group with elder people – 62%, the younger group was 38%. However, it should be emphasized that students have to apply to profile clinics if they have some problems with the health. Anamnesticly, a large proportion of respondents were raised in dysfunctional families (42%): alcohol abuse, divorce or civil parental marriage, systematic

conflicts in the families, material problems, burdened heredity, imbalance in the nature of emotional fluctuations of the mother, concomitant somatic illnesses (28%). In such a way it is possible to calculate the amount of indicated problems as a probable interconnection with the addictive behavior of respondents who used psychoactive substances. At the same time, the majority of those respondents began to use PS (more often alcohol or tobacco) in small or young age (66%), much less (34%) – in the elderly age. The motivation for the usage of psychoactive substances by respondents, especially young people, is the influence of friends, companies, fashion, contemporary surrounding, the negative microenvironment, the desire for pleasure, the desire to have unusual feelings. At the elder age it is a subjective deprivation or leveling of difficult personal circumstances, mood swings, a positive departure from micro- and macro-problems, improving the general mental and physical states.

Proceeding from the situations of different degrees of using PS by patients, and, according to this, different psychosomatic effects of PS, we were more oriented towards the degree of «usage of surfactants with harmful effects». The research was based on the usage of alcohol and nicotine (tobacco) as the most common psychoactive substances. General complaints of somatic patients who used alcohol when they appeal to a family doctor were: depressed mood, asthenia, nervousness, insomnia, memory impairment, problems with attention; signs of withdrawal syndrome were: sweating, limb tremor, coordination disorders, nausea, illusory disturbances; characteristics of various somatic profile were: cardiovascular problems (CP), gastrointestinal problems (GS), pulmonary-respiratory problems (PP) with their characteristic complaints. These disorders are formed in the case of such diseases: cardiovascular ones – cardiopathy, myocardial dystrophy, ischemic heart diseases, heart failure, early myocardial infarction; gastrointestinal diseases: gastritis, exacerbation of gastric ulcer, hepatitis, liver cirrhosis; pulmonary-respiratory diseases: in a case of cardiac pathology (especially with comorbidity because of tobacco-smoking) – it is pulmonary heart failure. The factors of treatment of patients by a family doctor are often accidents or injuries due to alcohol, sometimes there are various manifestations of skin pathology – they are as a result of inadequate hygiene and reduced self-care skills. The complaints of these patients are often associated with violations of legal and social problems: violence in the family, ill-treatment of children, neglect to relatives, their work, absenteeism, and so on. Quite often, their relatives are close to the negative behavior of such patients, trying to find ways of general care according to patients. It is significant that the patients themselves often deny or conceal the abuse of alcohol, do not consider it to be a disease, do not associate somatic problems as a consequence of the action of PS. Based on these factors, it becomes clear the significance of the role of a family doctor in identifying the usage of alcohol or other surfactants by somatic patients.

Deterministic analysis of the usage of psychoactive substances by means of the AUDIT-tests found that, based on 100% of cases for the characterization of each of the most common types of surfactants, most often patients prefer tobacco smoking – 63,6%; slightly less they drink alcohol – 56,4%; psycho-stimulants use 9,1% of respondents; cannabinoids prefer 5,5%; the usage of opiates (opioids) was

not detected; combined forms of psychoactive substances use 72% of patients. According to age, the most common psychoactive substance (tobacco and alcohol) prefer the elder age group (36-60 years old), narcotic substances use, as a rule, more young people (18-35 years old). Of course, a significant number of respondents who hide the usage of surfactants, especially narcotic PS, should be taken into account. The usage of alcohol most patients try to explain as a result of behavior or mentality of the population. According to these, the explanation for smoking in many cases is even more groundless in a case of understanding the disease or psychosomatic consequences. Having examined the clinical-psychopathological symptoms with alcohol usage, the prevalence of depressive (12,5%) and anxious (10%) states was found in the initial stages («A», «B»); in a case of increasing the severity of mental and somatic pathology the symptoms were transformed into anxiety-depressive (37,5% of «C») and astheno-depressive (degree «D» is 40%). In a case of tobacco-dynamics the dynamics is somewhat similar, however, with an exacerbation of the psychosomatic state, the more disturbing component prevails (in a degree of «C» it is 48,3% of patients), astheno-depressive component is dominant (in a degree of «D» it is for 30.3% of patients). Compared with the effects of alcohol usage, the tobacco status of the asthenic background is slightly lower. In the somatic plan the growth of negative dynamics because of use of alcohol in main cases leads to an exacerbation of cardiovascular system (48%) and gastrointestinal pathology (32%); and tobacco-fueled leads to pulmonary-respiratory pathology (20%). When combined with the use of different types of PS, the severity of mental and physical states have significantly exceeded. Proceeding from the revealed clinical characteristics of the examined patients, as well as according to their personal traits, more often accentuations were noticed in 54% of cases, anxiety – in 29% ones, demonstration – in 32% of cases, exaltation – in 16% of ones, hypertension in 9% of cases, cyclotomy – in 7% of ones, excitability – in 5% of cases, etc.

The use of the system of so called AUDIT-tests in the research of people with addictive behavior who use psychoactive substances can be characterized not only by the nature of the affinity of surfactants, but also by the degree of its usage. So, according to the levels of risk of the development of disorders associated with the use of psychoactive substances, we have allocated 4 degrees, according to the modification of the system of AUDIT-tests (I. V. Linskyi, O. I. Minko, A. F. Artemchuk and others, 2009) [7]: «A» (1-7 points received) – comparatively safe use of psychoactive substances; «B» (8-15 points) – dangerous use (style of use of surfactants, which increase the risk of harmful effects both for the person who use PS and for other people), while disorders are not present; «C» (16-20 points) – usage with harmful effects (the style of use of psychoactive substances, which lead to disorders in adaptation, as well as disorders in physical and mental health); «D» (>20 points) – it is the dependence (according to the criteria of MKH-10).

In our research, we proceeded from the objective relationship between the level of alcohol used by patients and the degree of the process of using PS.

Accordingly, the level of comparatively safe use of alcohol is determined by the following parameters:

a) the total volume of alcohol consumed – it is not more than 20 grams of ethanol, that is 3-4-SDA for men and 2-3 SDA for women;

b) a model of usage – 2-3 free of alcohol days per week.

SDA is a standard dose of alcohol – it is the amount of alcohol consumed by the human body for an hour. In such a way it is: 13 grams of ethanol or ~ 40 ml of 40% vodka, or ~ 70 ml of 25% liqueur, or ~ 90 ml of 18% of wine, or ~ 140 ml of 12% of wine, or ~ 330 ml of 5% beer.

The level of risky usage of alcohol:

- for men it is 7 or more SDA per one meal and more than 21 SDA per week;
- for women it is 5 or more SDA per one meal and more than 14 SDA per week.

Screening I for diagnostics of significant alcohol usage was determined by the appropriate diagnostic test.

I. How much alcohol do you usually drink when you drink?

II. How many days a week do you usually drink alcohol?

1. Is it not possible for you to stop drinking or reduce the amount of alcohol when you eat?

2. Did you feel a great desire or inner motivation to drink alcohol that you could not resist it?

3. Did you stop or reduce the amount of alcohol because of the following symptoms (underline the symptoms which are observed): tremor; insomnia; sweating; palpitation; headache; attack)?

4. Did you continue to drink alcohol despite the problems that will worsen as a result of this process?

5. Did any of your relatives, friends, doctor, or other health-care professional express concern about your drunkenness and suggest you to reduce the amount of alcohol you use?

Interpretation of the results. If the multiplication of I and II (IxII =) is 21 SDA for men or 14 SDA for women we'll tell that there is a probability of alcohol problems;

Positive answer to question I and any question 1-5 means the problems with the use of alcohol.

Criteria for diagnostics for a family doctor

Drinking alcohol with harmful effects:

a) alcohol abuse (e.g.: >28 units per week for men and >21 units per week for women);

b) excessive consumption of alcohol has caused physical harm (liver disease, gastrointestinal bleeding), psychological harm (for example, depression or anxiety), or has led to harmful social consequences (for example, loss of work or destruction of family relationships).

Alcohol dependence occurs when there are three of the following symptoms:

- a) strong desire or internal «coercion» for using alcohol;
- b) the severity (decreasing) of alcohol control;
- c) the presence of abstinent syndrome (for example, anxiety, tremor, sweating) when abstaining from drinking alcohol;
- d) high level of tolerance (for example, the person can use a large amount of alcohol without intoxication);
- e) continued usage of alcohol, despite the harmful consequences;
- g) neglect of other activities due to the usage of alcohol.

Confirmation of the diagnosis

Laboratory confirmation: blood test for gamma-glutamyl transferase (GGT), the average amount of red blood cells

(RBC) can help identify individuals who have difficulties with alcohol use.

Purposeful psychological scales: AUDIT, CAGE.

Differential diagnosis and concomitant states

Excessive use of alcohol can cause symptoms of anxiety and depression, and vice versa. The use of alcohol can also mask other diseases, such as agoraphobia, social phobia, and generalized anxiety disorder. If these symptoms take a place after a period of abstention from alcohol, the person will use the criteria for diagnostics of depression (F32) or generalized anxiety disorder (F41.1).

The use of surfactant with harmful effects can coexist with other mental disorders. In a case of clinical symptoms or mental disorders, the doctor LP-SM should conduct a screening survey of the patient regarding the use of alcohol and assess the affair of using surfactants.

Drinking alcohol with harmful consequences (F10).

Treatment

Detoxification in a case of conditions of abolition of alcohol.

In a case of mild symptoms of alcohol withdrawal, it can be useful to provide frequent monitoring of physical and mental states, to apply psychological support, to show a favorable exit from the state of being, to prove adequate drinking and food regimens. In turn, the treatment with drugs is inappropriate.

In a case of withdrawal syndrome of moderate severity, benzodiazepines and vitamins are additionally prescribed. Treatment of patients out of hospital or treatment at home can also apply a positive result, but detoxification should be restricted to specialists with appropriate training.

Support for refraining from drinking alcohol.

Anxiety and depression are often comorbid with alcohol use. The patient can use alcohol to self-correct these conditions.

If symptoms of anxiety or depression increase or remain after a retention period >2-3 weeks, depression therapy should be used.

The best medicine is serotonin reuptake inhibitors (SRI), as they do not cause side effects while drinking alcohol.

The algorithm for providing medical and social assistance, having been proposed by us, was specified the correlation between the clinical characteristics and the recommended measures:

a) «A» degree – it is relatively safe use of surfactants, such as psycho-hygienic and psycho-prophylaxis measures, which included:

- educational work according to the use of psychoactive substances and taking into account their consequences;
- medical and psychological applying of professional and educational activities;
- counseling assistance for maladaptive behavior (learning skills for effective communication, decision making and elaboration of life position);
- the development of skills for counteracting various risk factors;
- the development of emotional regulation skills, conflict resolution;
- joint work of general practitioners, psychiatrists, nar-

cologists, psychotherapists and medical psychologists according to the prevention of mental and behavioral disorders due to the use of PS through a comprehensive survey of risk groups with their subsequent socio-psychological rehabilitation and correction;

b) «B» degree – dangerous use of surfactants – includes psycho-prophylaxis and socio-psychological help, such as:

- monitoring – it is selection and registration of slight aspects of behavior which need to be changed;
- method of stimulus control – the definition of environment and incentives that provide non-adaptive behavior;
- therapy focused on the process of solving problems – helping the person to find an adequate solution of different problems;
- auto-training – the process of preparation of the addict to severe stressful situations by owning self-control skills (coping strategies);
- positive instructing, which increases the ability to master the problem;

c) «C» degree – the use of surfactants with harmful effects. There were recommended psycho-correction and psycho-therapeutic assistance, such as:

- emotional-volitional sphere of the person – self-observation, self-organization, ordering of the person's own life, frustration tolerance, inclusion of addicts into the process of socially useful work activities, increasing of general background of mood through indirect influences;
- communicative sphere – the development of skills of constructive communication and providing their coordination with the communication needs and skills of the person to organize the process of constructive communication; the ability to perceive other people adequately, the development of empathy, psycho-correction of family relationships;
- cognitive sphere – it is the development of self-awareness, the formation of adequate self-esteem and realistic worldview, the constructive completion of traumatic gestalt, the emphasizing on irrational cognition and the wrong purposes, providing the replacement of them with constructive, changing stereotypes of the perception of cognitive reactions and attitudes;
- value-sense sphere – awareness and restructuring of the person's own system of values, conscious assimilation of the system of more higher values that make sense to human existence in all real conditions of everyday life;
- a moral sphere of the person – the development of the internal control locus, the formation of the person's consciousness as a factor of behavior self-regulation, providing of human attitudes to other people, the ability to choose them in problem situations;
- the development of motivation and skills of psychological, psycho-therapeutic work in the direction of providing constructive changes of the person in order to correct the mental state, as well as assuring personal development in general;

d) «D» degree – dependence of psycho-pharmacotherapy (these patients should be sent by a family doctor to a specialist-narcologist):

- pharmacological correction (antidepressants, anxiolytics);

- individual psycho-therapy (rational, person-oriented, indirect, reconstructive, cognitive-behavioral, «psycho-therapy through understanding»), self-monitoring education (self-observation, self-criticism, independent relaxation), autogenous training in conjunction with autosuggestion;

- group psycho-therapy using the «feedback» exercise, «role-playing», «role-sharing», «psychodrama», family psycho-therapy with such kind of exercises, as: «family roles», «family law», «family chronology», emotional and stress psycho-therapy (ESP) and others.

Information to be provided to the patient and his/her members of the family

Alcohol dependence is a serious illness.

Suspension or reduction of alcohol consumption leads to mental and physical health being improved.

Drinking alcohol during pregnancy is harmful to the fetus.

Solving alcohol problems should meet individual needs and somatic status, as well as a general picture of alcohol use and the degree of alcohol dependence.

For most patients who are abusing alcohol, accompanied by somatic complications or mental disorders, a sharp abandonment of alcohol leads to a withdrawal syndrome, therefore it is necessary to provide medical observation under these circumstances.

In some cases, the use of alcohol with harmful effects, control or reduction of alcohol consumption is a wise start of the fight against alcohol addiction when the patient wants, but can not throw this habit.

Comparing with other chronic behavioral disorders, relapses are common. Several attempts are often required to control the use or provide termination of abuse. The result depends on the patient's motivation and confidence.

Consulting a patient according to the problem of lowering or stopping drinking

1. In a case of absence of physical or psychological harm as a result of alcohol use, and if the patient is not dependent, one should discuss with him the following problems:

- to make a clear, understandable plan to reduce alcohol consumption (for example, no more than two portions of alcohol per day, with two non-alcoholic days per week);
- strategies for avoiding or controlling situations where there is a high risk of alcohol increasing (for example, social and stress situations);
- the need for self-control of alcohol use (for example, writing a diary of alcohol use) and safe drinking behavior (for example, limiting the time of consumption, drinking alcohol slowly, alternating with non-alcoholic beverages).

2. For patients with physical or mental disorders and/or in conditions of dependence, or in a case of unsuccessful attempts of controlled use of alcohol, the following is recommended.

Tactics of GP-SM with patients who are ready to stop using PS now:

- set a certain day to throw the habit away;
- discuss the symptoms of alcohol withdrawal and providing measures according to it;
- identify abandonment or control strategies in high-risk situations (for example, social and stress situations);

- formulate specific plans to avoid alcohol (for example, ways to control yourself in stressful events without alcohol, how to react to friends who are still drinking);
- to help patients to identify family members or friends who will support the termination of alcohol use;
- to consider support options after the release.

Tactics of GP-SM doctor with patients who do not want to stop or reduce alcohol use:

- the doctor should not reject or condemn such patients;
- the doctor should state clearly that all medical and social problems are caused by alcohol;
- prescribe thiamine medicine;
- determine the time to re-evaluate health and use alcohol.

Tactics of GP-SM physician with patients who failed to throw because of relapse:

- identify hopes for having success;
- discuss the situation that led to relapse;
- return to the actions described above;
- avoid accusations and criticism;
- to be interested about the state and feelings of the patient in a case of refusal or self-criticism and provide a support which is necessary.

It is advisable to contact self-help organizations, voluntary and non-governmental institutions that are often useful to patients and their families and provide them with additional support.

Prevention

Prevention of the use of PS is divided into primary, secondary and tertiary. Primary prevention includes measures to prevent the use of surfactants long before they can occur. The areas of primary prevention are such as: informing the population about the types of surfactants, their negative impact on the psycho-physiological state of a man, his/her behavior, the formation of motivation for effective socio-psychological and physical development, the skills of adaptive rational behavior in a society, to organize communication in micro- and macro- environment, the formation of social and personal competencies. Secondary prophylaxis includes: early diagnosis of the use of surfactants, disclosure of psychological disadvantages of the person associated with the factors of narcosis, the proposal of wide psychological assistance (organizing work with the family, micro-environment of the patient, etc.). The main objective of secondary prevention is to change the maladaptive and pseudo-adaptive forms of behavior into the adaptive healthy model. The main areas of secondary prevention should be: the formation of motivation for rational behavior, the change of the maladaptive forms into adaptive ones, the development of social support in the paradigm of network, the formation of emotional, cognitive and behavioral strategies in overcoming the negative problems associated with PS. Psychological correction according to this condition of prevention includes the development of communicative resources, social competence, value orientations, taking responsibility for the person's lives, behavior and its consequences, perceptions of social support, changing stereotypes of the man's behavior and emphasizing the role of interaction in the family, the formation of psychological resistance to the pressure of drug environment. Tertiary prophylaxis refers to the help the patients to recover from alcohol or other forms of PS dependence.

This work can be matched by partnerships of other patients with PS dependence, organization of psychological counseling, special programs of treatment-related appointment and rehabilitation measures based on the methods of psycho-therapeutic correction of non-tropic and somatic therapy in accordance with the somatic effects of the use of surfactants. The main focus of tertiary prevention is the development of advisory and social competence of personal resources and form adaptive coping skills. In general, medical technologies consist of a qualified psychological counseling, psycho-therapeutic or psycho-pharmacological intervention at various stages of work with these patients. Such activity can be largely carried out by a family doctor in a paradigm of complex treatment of comorbid patients with the presence of psychosomatic pathology, if it is necessary to provide the involvement of a narcologist (or a psychiatrist). The best option for general medical and social assistance for these patients is the availability of a medical psychologist and sociologist, interaction of whose intensifies the treatment effect.

Conclusions

1. According to developed toolkit the criteria for early diagnosis of the use of PS by somatic patients in the practice of family medicine were identified.

2. The characteristic features of socio-demographic, clinical-psychopathological and psychological types that are formed on the background of the use of psychoactive substances, as well as various pathogenic profiles of the somatic type of a patient with a consistent negative dynamics of the combination of the effects of surfactant and psychosomatization of patients have been identified.

3. The leading profiles of somatization in these cases were outlined (cardiovascular disorders take a place in 48% of cases, gastrointestinal tract disorders – in 32% of ones, pulmonary-respiratory system disorders – in 20% of cases). These profiles of somatization are combined with mental illnesses.

4. A system of step-by-step diagnostics of the usage of psychoactive substances (patients with somatic effects and their manifestations) was developed. This system was based on the use of the system of AUDIT-tests, a number of parallel psycho-diagnostic techniques and appropriate laboratory methods.

5. On the basis of characteristic features of anamnesis, socio-demographic, clinical psychopathological and somatic data, the system of psycho-therapeutic, rehabilitation and psycho-prophylaxis was developed for the patients in the practice of general family medicine.

References

1. WHO. (2010). *Global'naja strategija sokrashhenija vrednogo upotrebleniya alkogolja* [Global strategy to reduce the harmful use of alcohol]. WHO, Geneva, 48 p. (In Russian).
2. WHO. (2008). *Doklad o sostojanii zdorovoohranenija v mire 2008 – Pervichnaja mediko-sanitarnaja pomoshh' segodnja aktual'nee, chem kogda-libo* [The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever)]. WHO, Geneva, 125 p. (In Russian).
3. Cabinet of Ministers of Ukraine (2011). *Rozporiadzhennia Kabinetu ministriv Ukrainy «Pro skhvalennia Kontseptsii Zahalnodержavnoi prohramy «Zdorov'ia 2020: ukrainskyi vymir» (No 1164-p, 31 october 2011)* [Order of Cabinet of Ministers of Ukraine «On Approval of the Concept of the National Program «Health 2020: Ukrainian Dimension»]. Available at: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787> (access date: 20.12.2018). (In Ukrainian).
4. Pinchuk, I. Ya. (2017). *Narkolohiia v Ukraini: zruchni mifotvorennia ta nevlahanni tsyfry. Natsionalna prohrama okhorony psykhichnoho zdorov'ia. Vazhlyvi kroky na shliakhu peretvorennia* [Narcology in Ukraine: convenient myths and

inexhaustible figures. National Mental Health Program. Important steps towards transformation]. Kyiv, pp. 85–88. (In Ukrainian).

- Pinchuk, I. Ya., Stepanova, N. M., Kolodezhny, O. V., & Zdoryk, I. F. (2016). Analiz systemy okhorony psykhychnoho zdorov'ia krain – chleniv Yevropeiskoho Soiuzu ta Ukrainy [Analysis of systems of mental health care of countries – members of the European Union and Ukraine]. *Arkhiv Psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, issue 2 (85), pp. 28–39. (In Ukrainian).
- Sosin, I. K., & Chuiev, Yu. F. (2015). *Narkolohiia* [Narcology]. Kharkiv. 620 p. (In Ukrainian).
- Sosin, I. K., & Chuiev, Yu. F. (2010). O narkologicheskoy situatsii v Ukrainie [About the drug situation in Ukraine]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 18, issue 3 (64), pp. 174. (In Russian).
- Pinchuk, I. Ya., Tabachnikov, S. I., Kharchenko, Ye. M., Osukhovska, O. S., Stepanova, N. M., Mazhbits, V. B., ... Salden, V. I. (2018). *Kryterii nadannia profilaktychnoi i likuvanoi dopomohy patsientam z psykhychnymy i povedinkovymy porushenniamy vnaslidok vzhivannia psykhoaktyvnykh rechovyn v praktytsiimeinoi medytsyny* [Criteria for providing preventive and therapeutic assistance to patients with mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances in the practice of family medicine]. Kyiv, 38 p. (In Ukrainian).
- Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F., Grinevich, E. G., Markova, M. V., Musienko, G. A., ... Vygazova, O. V. (2009). Metod kompleksnoj ocenki addiktivnogo statusa individa i populjacii s pomoshh'ju systemy AUDIT-podobnyh testov [A method for comprehensive assessment of the addictive status of an individual and a population using an AUDIT-like test system]. *Visnyk psykhiatrii ta psykhofarmakoterapii – Bulletin of psychiatry and psychopharmacotherapy*, no. 2 (16), pp. 56–70. (In Russian).

About the Authors:

TABACHNIKOV Stanislav Isakovich, MD, PhD, Professor, Acting Director of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ndips@ukr.net

PINCHUK Iryna Yakivna, MD, PhD, Senior researcher, Head of the psychiatry department of addictions of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Director of International PEPFAR Addiction Technology Transfer Center Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ndips@ukr.net

KHARCHENKO Yevgen Mukolayevuch, MD, PhD, Professor of the psychiatry department of addictions of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ndips@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

CHERPUNA Alina Mukolayvna, MD, Researcher of the psychiatry department of addictions of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ndips@ukr.net

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

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1595-9295>
Web of Science ResearcherID: X-4112-2018

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: ndips@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: ndips@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: ndips@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

ЧЕПУРНА Аліна Миколаївна, н.с. відділу психіатрії станів залежності ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: ndips@ukr.net

ЗДОРІК Ірина Федорівна, канд. мед. наук, старший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу, ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1595-9295>
Web of Science ResearcherID: X-4112-2018

Список використаної літератури

- Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВОЗ, 2010. 48 с.
- Документационный центр ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. г. Женева, 2008. 125 с.
- Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»: розпорядження Кабінету міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/244717787> (дата звернення: 20.12.2018 р.).
- Пінчук І. Я. Наркологія в Україні: зручне міфотворення та неблаганні цифри. Національна програма охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення. Київ. 2017. С. 85–88.
- Пінчук І. Я., Степанова Н. М., Колодежний О. В., Здорик І. Ф. Аналіз системи охорони психічного здоров'я країн – членів Європейського Союзу та України. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 28–39.
- Сосін І. К., Чуєв Ю. Ф. Наркологія. Харків. 2015. 620 с.
- Сосін І. К., Чуєв Ю. Ф. О наркологической ситуации в Украине. *Український вісник психоневрології*. 2010. Т. 18, вип. 3 (64). С. 174.
- Критерії надання профілактичної і лікувальної допомоги пацієнтам з психічними і поведінковими порушеннями внаслідок вживання психоактивних речовин в практиці сімейної медицини: Методичний посібник / Пінчук І. Я. та ін. Київ, 2018. 38 с.
- Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / Линский И. В. и др. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*. 2009. № 2 (16). С. 56–70.

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: ndips@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: ndips@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: ndips@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

ЧЕПУРНАЯ Алина Николаевна, н.с. отдела психиатрии состояний зависимости ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: ndips@ukr.net

ЗДОРИК Ирина Федоровна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела, ГУ «Украинский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1595-9295>
Web of Science ResearcherID: X-4112-2018

К. Д. Гапонов^{1*}, С. І. Табачников²**СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ РІЗНИХ
СОЦІАЛЬНИХ ГРУП ТА З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ,
ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА РОЗЛАДИ, СПРИЧИНЕНІ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ**¹КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер», м. Харків, Україна¹Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків, Україна²Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Актуальність. В останні роки інтерес дослідників до соціального контексту проблеми алкогольної залежності (АЗ) має тенденцію до зростання. Проте на сьогодні не простежений зв'язок між особливостями соціальної підтримки у хворих на АЗ і рівнем психосоціального стресу, якого вони зазнають. Урахування специфічності такого взаємовпливу може суттєво підвищити ефективність терапії АЗ в умовах соціального стресу та стати підґрунтям для модифікації існуючих терапевтичних та реабілітаційних стратегій лікування і реабілітації пацієнтів з розладами внаслідок вживання алкоголю.

Мета – проаналізувати особливості соціальної підтримки і якості життя пацієнтів, залежних від алкоголю, з різним рівнем психосоціального стресу.

Матеріали та методи. Обстежено 312 чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ): 107 комбатантів, 89 вимушено переміщених осіб та 116 осіб – цивільних мешканців м. Харкова та Харківської області. Методи дослідження: клінічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Результати. Встановлено, що хворим на АЗ усіх соціальних груп, незалежно від рівня психосоціального стресу, притаманні нестача соціальної підтримки та низька якість життя. Комбатанти найменшу соціальну підтримку відчують з боку родини, проте, найвищу серед усіх хворих – з боку друзів та значущих інших. У переселенців спостерігається стабільно низька підтримка за усіма її джерелами. Місцеві мешканці користуються більшою підтримкою сім'ї, ніж з інших джерел. Зі зростанням тягаря стресового навантаження соціальна підтримка знижується, що є парадоксальним феноменом, бо саме в ситуації тяжкого стресу хворі потребують її найбільше.

Здатність до пошуку і прийняття соціальної підтримки знижується зі зростанням рівня психосоціального стресу, хоча у вимушених переселенців вона найнижча незалежно від рівня випробуваного ними стресу. Комбатанти і місцеві мешканці з легким і помірним стресом виявляють потребу та здатність до пошуку і прийняття соціальної підтримки, проте, не отримують її в належному обсязі, що є несприятливим фактором в динаміці прогресування АЗ та збільшення стресового тягаря.

Серед усіх складових якості життя, у всіх пацієнтів з АЗ найнижчий рівень реалізації спостерігається у сфері суб'єктивного благополуччя та відчуття задоволеності від життя. Динаміка показників якості життя зворотно асоційована із рівнем психосоціального стресу: встановлена тенденція до погіршення якості життя у всіх сферах функціонування хворих на АЗ по мірі наростання тяжкості психосоціального стресу; значуще нижча якість життя (як за інтегральним показником, так і за його складовими), притаманна хворим на АЗ з тяжким рівнем психосоціального стресу, порівняно з особами з легким або помірним стресовим навантаженням.

Висновки. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для осіб, що страждають на АЗ.

Ключові слова: алкогольна залежність, психосоціальний стрес, соціальна підтримка, якість життя.

**СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП И С РАЗНЫМ УРОВНЕМ
ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫЗВАННЫМИ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**К. Д. Гапонов^{1*}, С. И. Табачников²¹КНП ХОС «Областной наркологический диспансер», г. Харьков, Украина¹Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков, Украина²Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Актуальность. В последние годы отмечается повышение интереса исследователей к социальному контексту проблемы алкогольной зависимости (АЗ). Однако на сегодняшний день не прослежена связь между особенностями социальной поддержки у больных АЗ и уровнем психосоциального стресса, которому они подвергаются. Учет специфики такого взаимовлияния может существенно повысить эффективность терапии АЗ в условиях социального стресса и стать основой для модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий лечения и реабилитации пациентов с расстройствами вследствие употребления алкоголя. **Цель** – проанализировать особенности социальной поддержки и качества жизни пациентов, зависимых от алкоголя, с разным уровнем психосоциального стресса. **Материалы и методы.** Обследовано 312 мужчин, больных алкогольной зависимостью (АЗ): 107 комбатантов, 89 вынужденно перемещенных лиц и 116 человек – жителей г. Харькова и области. Методы исследования: клинический, клиничко-психопатологический, психодиагностические и статистический.

Результаты. Установлено, что больным АЗ всех социальных групп, независимо от уровня психосоциального стресса, присущи недостаток социальной поддержки и низкое качество жизни. Комбатанты наименьшую социальную поддержку испытывают со стороны семьи, однако, самую высокую среди всех больных – со стороны друзей и значимых других. У переселенцев наблюдается стабильно низкая поддержка по всем ее источникам. Местные жители пользуются большей поддержкой семьи, чем из других источников. С ростом бремени стрессовой нагрузки социальная поддержка снижается, что является парадоксальным феноменом, потому что именно в ситуации тяжелого стресса больные нуждаются в ней больше всего.

Способность к поиску и принятию социальной поддержки снижается с ростом уровня психосоциального стресса, хотя у вынужденных переселенцев она является самой низкой, независимо от уровня испытываемого ими стресса. Комбатанты и местные жители с легким и умеренным стрессом имеют потребность и способность к поиску и принятию социальной поддержки, однако, не получают ее в надлежащем объеме, что является неблагоприятным фактором в динамике прогрессирования АЗ и увеличения стрессового бремени.

Среди всех составляющих качества жизни, у всех пациентов с АЗ наиболее низкий уровень реализации наблюдается в сфере субъективного благополучия и чувства удовлетворенности от жизни. Динамика показателей качества жизни обратно ассоциирована с уровнем психосоциального стресса: установлена тенденция к ухудшению качества жизни во всех сферах функционирования больных АЗ по мере нарастания тяжести психосоциального стресса; наиболее низкое качество жизни (как по интегральному показателю, так и по его составляющим), присуще больным АЗ с тяжелым уровнем психосоциального стресса, по сравнению с лицами с легкой или умеренной стрессовой нагрузкой.

Выводы. Выявленные закономерности должны учитываться при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий для лиц, страдающих АЗ.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, психосоциальный стресс, социальная поддержка, качество жизни.

SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE OF PERSONS OF DIFFERENT SOCIAL GROUPS AND WITH VARIOUS LEVELS OF PSYCHOSOCIAL STRESS, WHICH ARE SUFFERING FROM DISORDERS DUE TO USE OF ALCOHOL

K. D. Gaponov¹ *, S. I. Tabachnikov²

¹Regional Clinical Hospital «Regional Narcological Dispensary», Kharkiv, Ukraine

²Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

³Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Background. In recent years, researchers' interest in the social context of the problem of alcohol dependence (AD) has tended to increase. However, to date, there are not enough studies about relationship between the characteristics of social support in patients with AD and the level of psychosocial stress to which they are exposed. Taking into account the specifics of this interaction, we have opportunity significantly increase the effectiveness of AD therapy in conditions of social stress. Also it can become the basis for modifying existing therapeutic and rehabilitation strategies for treating and rehabilitating patients with alcohol dependence.

Objective – to determine the peculiarities of social support and quality of life of alcohol-dependent patients with varying levels of psychosocial stress.

Materials and methods. 312 men with alcohol dependence were examined: 107 combatants, 89 forcibly displaced persons and 116 people – civilians living in Kharkiv and Kharkiv region. We used such research methods as clinical, psychopathological, psychodiagnostic and statistical.

Results. As a result of the work, it has been established that patients with alcohol dependence of all social groups, regardless of the level of psychosocial stress, are characterized by a lack of social support and poor quality of life. Combatants feel the least social support from the family, however, the highest support among all patients is from friends and significant others. The displaced people have stable low support for all its sources. The civilians use bigger support from families than from other sources. As the stress increases, social support is reduced, which is a paradoxical phenomenon, since it is in a situation of severe stress that patients need some support the most.

Ability to search and acceptance of social support decreases with increasing levels of psychosocial stress, although among forcibly displaced persons it is the lowest regardless of the level of stress experienced by them. Combatants and locals with mild and moderate stress find the need and ability to seek and accept social support, but do not get it to the proper extent, which is an adverse factor in the dynamics of the progression of alcohol dependence and increased stress.

Among all components of quality of life, in all patients with alcohol addiction, the lowest level of implementation is observed in the field of subjective well-being and a sense of satisfaction from life. The dynamics of quality of life indicators is inversely associated with the level of psychosocial stress: the tendency towards deterioration of the quality of life in all spheres of functioning of patients with alcohol dependence with the increase in the severity of psychosocial stress is established; significantly lower quality of life (both in terms of the integral index and its components) is characteristic for patients with alcohol dependence with a severe level of psychosocial stress, as compared to individuals with mild to moderate stress.

Conclusions. The revealed regularities should be taken into account when developing treatment, rehabilitation and preventive measures for persons suffering from alcohol dependence.

Keywords: alcohol dependence, psychosocial stress, social support, quality of life.

For citation: Gaponov K. D., Tabachnikov S. I. Social support and quality of life of persons of different social groups and with various levels of psychosocial stress, which are suffering from disorders due to use of alcohol. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(1): 22–29. (In Ukr.).

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): kostiantyn1807@gmail.com

Received / Поступила: 10.01.2019

Accepted / Прийнята до друку: 19.02.2019

Актуальність. В останні роки інтерес дослідників до соціального (в тому числі інтерперсонального) контексту проблеми алкогольної залежності (АЗ) має тенденцію до зростання [1–7]. У цьому аспекті проблема взаємодії між стресовим навантаженням, в умовах якого живе населення України останні роки, та розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, набуває особливої актуальності. Дія надсильних патологічних стресорів макросоціального рівня чинить дезорганізуючий вплив на соціальне функціонування окремих індивідуумів, викликаючи дестабілізацію їх психічного стану за рахунок формування перманентної нервово-психічної напруги через відсутність у них толерантності до невизначеності та наявності переживань щодо незахищеності перед глобальними загрозами гібридної війни, які постали перед нашою державою. Наслідком такого становища є надзвичайно високий рівень споживання алкоголю на душу населення України – серед країн європейського регіону наша держава посідає шосте місце [8].

На сьогодні доведено, що одним із вагомих протекторних ресурсів щодо пом'якшення патологічної дії стресового навантаження, є феномен соціальної підтримки, яку можна розглядати як спосіб подолання труднощів за допомогою інших людей [9–13]. Згідно зі стрес-буферною теорією соціальної підтримки, сформульованою в 1985 р.

С. Коуеном і Т. Вілсом, остання виконує роль буфера та знижує негативні й патогенні наслідки стресу для людини шляхом створення умов для пом'якшення патологічного впливу та розвитку моделей ефективного реагування на стресові ситуації [14, 15]. Дослідження доводять, що люди, які отримують різні види підтримки від сім'ї, друзів, значущих осіб, мають міцніше здоров'я, легше переносять повсякденні життєві труднощі та хвороби [7, 12, 13, 16–20].

Особливої актуальності вивчення феномену соціальної підтримки набуло в наркологічній практиці з метою максимального використання її ресурсних можливостей як в профілактичній, так і в лікувально-реабілітаційній роботі з хворими на аддиктивні розлади, насамперед, АЗ [21–25]. Доведено, що особи з алкогольною залежністю, які отримують ефективну соціальну підтримку від сім'ї, друзів, важливих для них людей, здатні до ефективнішого формування терапевтичної ремісії, порівняно з хворими, які мають недостатню соціальну підтримку [26].

Проте, незважаючи на очевидну необхідність, накопичення зазначених даних досі не привело до розуміння того, яким чином, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від вживання алкоголю та ефективність лікування АЗ в осіб, що переживають надзначний стрес. До сьогодні не простежений зв'язок

між особливостями соціальної підтримки у хворих на АЗ і рівнем психосоціального стресу, якого вони зазнають. Урахування специфічності такого взаємовпливу може суттєво підвищити ефективність терапії АЗ в умовах соціального стресу та стати підґрунтям для модифікації існуючих терапевтичних та реабілітаційних стратегій лікування і реабілітації пацієнтів з розладами внаслідок вживання алкоголю.

Мета роботи – проаналізувати особливості соціальної підтримки й якості життя пацієнтів, залежних від алкоголю, з різним рівнем психосоціального стресу, для розуміння шляхів модифікації існуючих терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням обтяжуючої дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження було здійснено на базі КНПХОР «Обласний наркологічний диспансер» впродовж 2014–2018 рр. За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології було обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України в якості учасників Анти-терористичної операції та Операції об'єднаних сил; 89 вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської областей; 116 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 шляхом проведення клінічного структурованого інтерв'ю згідно з діагностичними критеріями МКХ–10. Тяжкість психосоціального стресу оцінювали за однойменною шкалою Л. Рідера [27]. Якісну й кількісну оцінку феномена соціальної підтримки здійснювали з використанням «Багатовимірної шкали соціальної підтримки» Д. Зімета в адаптації В. М. Ялтонського, Н. О. Сироти [28, 29]. Потребу в соціальній підтримці та можливість її пошуку й ідентифікації визначали за «Опитувальником способів копінг-поведінки» С. Фолкман і Р. Лазаруса в адаптації Т. Л. Крюкової, Е. В. Куфтяк шляхом аналізу результатів за однойменною шкалою [30]. Якість життя респондентів оцінювали за допомогою «Шкали оцінки якості життя» Н. Mezzich, N. Cohen, M. Ruiperez, I. Lin, G. Yoon в адаптації Н. О. Марути [31].

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 соціальних груп пацієнтів ми виділили по три групи – зі слабкою, помірною та тяжкою вираженістю психосоціального стресу. Віднесення респондента до групи з слабкою, помірною та тяжкою вираженістю психосоціального стресу проводили на підставі аналізу результатів обстеження за шкалою психосоціального стресу Л. Рідера [27]: якщо показник за цією шкалою складав до 0,99 бала, обстежуваного відносили до групи із низьким рівнем стресу; якщо показник

був у межах 1,00–1,99 бала, обстежуваного відносили до групи із помірним рівнем стресу; якщо показник перевищував 1,99 бала – до групи із тяжким стресом.

Серед комбатантів виявлено 2 особи з низьким, 29 осіб з помірним і 76 осіб – з високим рівнем стресу. Серед переселенців 9 осіб мали низький, 22 особи – помірний, 58 осіб – високий рівень стресового реагування. Серед місцевих у 24 осіб реєстрували низький, у 33 осіб – помірний і в 59 осіб – високий рівень стресу.

Результати дослідження особливостей наявності й вираженості соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та інших значущих осіб у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним ступенем психосоціального стресу наведено у таблиці 1.

Як видно з даних, наведених у таблиці 1, у хворих усіх соціальних груп, незалежно від рівня психосоціального стресу, є нестача соціальної підтримки, як за інтегральним показником, так і за окремими її джерелами.

У комбатантів інтегральний показник соціальної підтримки ($4,79 \pm 1,27$) виявився вищим, ніж у переселенців ($2,89 \pm 0,88$) та місцевих мешканців ($2,77 \pm 0,82$) ($p < 0,01$), проте в усіх групах він був у діапазоні низьких (або близьких до низьких) значень.

У структурі соціальної підтримки хворих різних соціальних груп виявлені розбіжності (рис. 1–3). Найбільша соціальна підтримка з боку родини була притаманна місцевим мешканцям ($1,38 \pm 0,36$), тоді як серед комбатантів ($0,82 \pm 1,08$) і переселенців ($0,87 \pm 0,45$) вона була приблизно однаково дуже слабкою. Проте, підтримка друзів та значущих інших була більшою у комбатантів ($1,93 \pm 0,47$ та $2,03 \pm 0,56$ відповідно), порівняно з переселенцями ($1,09 \pm 0,32$ і $1,27 \pm 0,49$ відповідно) і, особливо, місцевими ($0,99 \pm 0,48$ і $0,40 \pm 0,49$ відповідно). Саме за рахунок високих значень за показниками соціальної підтримки з боку друзів та значущих інших, у комбатантів виявлені найвищі сумарні показники соціальної підтримки серед хворих усіх соціальних груп.

Нестачу соціальної підтримки з боку сім'ї у комбатантів можна пояснити наявністю сімейної дезадаптації внаслідок впливу на родинні стосунки набутих у результаті участі в бойових діях постстресових патохарактерологічних змін та алкогольних проблем, які родичі розглядали як наслідок такої участі. Відносно висока, порівняно з іншими групами, підтримка з боку друзів пояснювалася прагненням комбатантів до спілкування з побратимами, в оточенні яких вони відчували себе більш впевнено, а підтримка з боку значущих інших реалізовувалася за рахунок спілкування з медичним персоналом, від якого вони відчували повагу до влас-

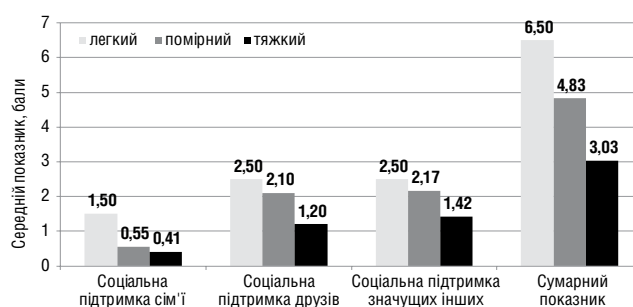


Рис. 1. Структурний розподіл вираженості показників соціальної підтримки у комбатантів, хворих на алкогольну залежність

Таблиця 1. Кількісні показники вираженості джерел соціальної підтримки у хворих на алкогольну залежність різних соціальних груп залежно від рівня психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу, бали			p 1-2	p 1-3	p 2-3	Загальний показник, бали		
	легкий	помірний	тяжкий						
Комбатанти									
Соціальна підтримка сім'ї	1,50±2,12	0,55±0,57	0,41±0,55	>0,05	>0,05	>0,05	0,82±1,08		
Соціальна підтримка друзів	2,50±0,71	2,10±0,31	1,20±0,40	>0,05	<0,01	<0,01	1,93±0,47		
Соціальна підтримка значущих інших	2,50±0,71	2,17±0,47	1,42±0,50	>0,05	<0,05	<0,01	2,03±0,56		
Сумарний показник	6,50±2,12	4,83±0,80	3,03±0,78	>0,05	<0,05	<0,01	4,79±1,27		
Вимушені переселенці									
Соціальна підтримка сім'ї	1,22±0,44	1,14±0,47	0,24±0,43	>0,05	<0,01	<0,01	0,87±0,45		
Соціальна підтримка друзів	1,11±0,33	1,05±0,21	1,10±0,41	>0,05	>0,05	>0,05	1,09±0,32		
Соціальна підтримка значущих інших	1,33±0,71	1,09±0,29	0,38±0,49	>0,05	<0,01	<0,01	1,27±0,49		
Сумарний показник	3,67±1,12	3,27±0,63	1,72±0,89	>0,05	<0,01	<0,01	2,89±0,88		
Місцеві мешканці									
Соціальна підтримка сім'ї	1,83±0,38	1,36±0,49	0,95±0,22	<0,01	<0,01	<0,01	1,38±0,36		
Соціальна підтримка друзів	1,17±0,48	0,52±0,51	0,29±0,46	<0,01	<0,01	<0,05	0,99±0,48		
Соціальна підтримка значущих інших	0,54±0,51	0,39±0,50	0,27±0,45	>0,05	<0,05	>0,05	0,40±0,49		
Сумарний показник	3,54±0,93	2,27±0,84	1,51±0,70	<0,01	<0,01	<0,01	2,77±0,82		
Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні показників комбатантів, вимушених переселенців та місцевих мешканців відповідних груп психосоціального стресу									
Соціальна підтримка сім'ї	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
Соціальна підтримка друзів	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Соціальна підтримка значущих інших	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Сумарний показник	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05

ного бойового досвіду. Внутрішньогруповий аналіз розподілу вираженості джерел соціальної підтримки між комбатантами виявив закономірності щодо суттєвого її зменшення із збільшенням стресового навантаження хворих: найвищі показники за усіма сферами спостерігали в осіб із легким рівнем психосоціального стресу, найнижчі – з тяжким стресом.

На відміну від комбатантів, вимушені переселенці не відчували підтримки ні від сім'ї, ні від друзів. Якщо відсутність такого джерела підтримки, як друзі, на наш погляд, було закономірним відображенням розриву звичних соціальних зв'язків унаслідок вимушеного переселення, то низька сімейна підтримка була свідченням наявності глибоких проблем родинного функціонування (рис. 2). Дещо вищі показники соціальної підтримки з боку значущих інших, на наш погляд, можна пояснити реалізацією психологічного патерну «вимушеного переселенця», що передбачає необхідність встановлення нових соціальних зв'язків з новим мікросоціальним оточенням, і пов'язаною з цим тенденцією до пошуку допомоги і підтримки з боку інших людей. При внутрішньогруповому аналізі привертала увагу факт відсутності відчутної динаміки показників соціальної підтримки у хворих з різним рівнем психосоціального стресу: різниця була

відмічена між особами з легким і помірним та тяжким рівнем стресу. Для осіб із легким і помірним рівнями стресу вираженість усіх джерел підтримки не мала значущої різниці, тоді як у хворих із тяжким стресом нестача соціальної підтримки була значущо більшою (за винятком підтримки друзів).

У місцевих мешканців сумарні показники соціальної підтримки виявились найнижчими серед усіх груп; однак показник підтримки з боку сім'ї у них виявився вищим, ніж у вимушених переселенців та комбатантів (рис. 3). У цій групі також виявлено закономірність

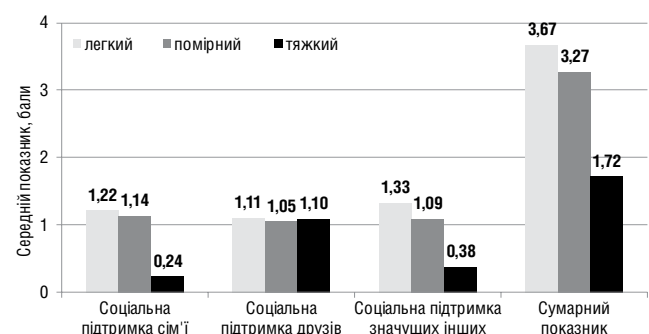


Рис. 2. Структурний розподіл вираженості показників соціальної підтримки у вимушених переселенців з алкогольною залежністю

зниження рівня соціальної підтримки за усіма джерелами зі збільшенням стресового навантаження, що відчували хворі на АЗ.

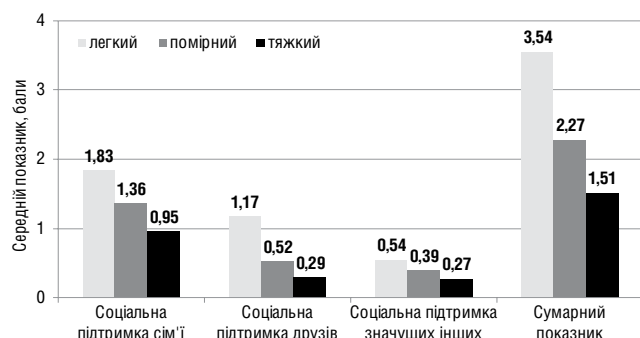


Рис. 3. Структурний розподіл вираженості показників соціальної підтримки у місцевих мешканців з алкогольною залежністю

Висновок стосовно потреби в соціальній підтримці та наявних можливостей її пошуку й ідентифікації робили на основі аналізу результатів дослідження особливостей використання копінг-стратегії «пошук соціальної підтримки» за методикою С. Фолкман і Р. Лазаруса в адаптації Т. Л. Крюкової, Е. В. Куфтяк [30]. Найнижчі показники здатності до пошуку й прийняття соціальної підтримки продемонстрували вимушені переселенці (середня вираженість $55,8 \pm 18,8$; умовна норма $62,8 \pm 0,6$); у комбатантів і місцевих мешканців цей показник був у рамках нормативних значень (комбатанти – середня вираженість $60,7 \pm 14,11$; місцеві – $62,7 \pm 14,70$; умовна норма $62,8 \pm 0,6$). У результаті подальшого аналізу було встановлено загальну тенденцію до зниження здатності до пошуку і прийняття соціальної підтримки у хворих з тяжким стресовим навантаженням, порівняно з пацієнтами з легким і помірним стресом (рис. 4). Ця тенденція виявилась притаманною комбатантам і місцевим мешканцям. Таким чином, у комбатантів і місцевих мешканців з легким та помірним рівнями стресу виявлена патологічна невідповідність між потребою в соціальній підтримці та її забезпеченням, що сприяло прогресуванню тяжкості АЗ і стресового навантаження. Нездатність до пошуку і прийняття соціальної підтримки, притаманна вимушеним переселенцям та комбатантам і місцевим мешканцям з тяжким рівнем стресу зумовлювала формування у них відчуття самотності й покинутості, беззахисності перед життєвими труднощами та фрустрації потреби у зовнішньому прийнятті,

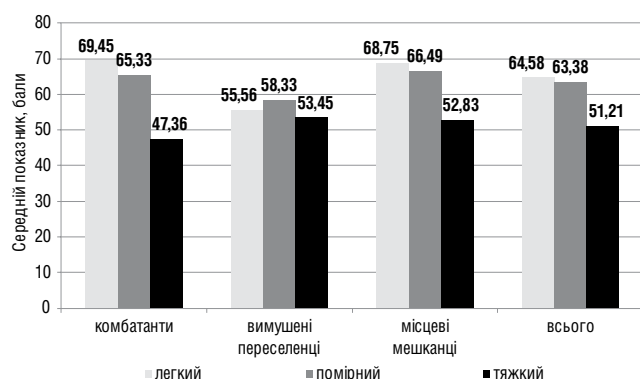


Рис. 4. Здатність до пошуку і прийняття соціальної підтримки у хворих на алкогольну залежність з різним рівнем психосоціального стресу

захисті й допомозі, що також провокувало подальшу негативну динаміку АЗ.

При вивченні особливостей якості життя хворих на АЗ оцінювали показники, що характеризували основні сфери життєдіяльності обстежених: а) суб'єктивне благополуччя/задоволеність; б) виконання соціальних ролей; в) зовнішні життєві умови. Окремо вираховували інтегративний показник якості життя.

Діагностика суб'єктивного благополуччя/задоволеності життям включала аналіз результатів за шкалами «фізичне благополуччя», «психологічне/емоційне благополуччя», «загальне сприйняття життя». Виконання індивідом соціальних ролей оцінювали аналізуючи показники за шкалами «самообслуговування і незалежність дій», «міжособистісна взаємодія», «особистісна реалізація», «працездатність». Зовнішні життєві умови оцінювали, виходячи з результатів, отриманих за шкалами «соціоемоційна підтримка», «цивільна і службова підтримка», «духовна реалізація» [31].

Загальні дані дослідження особливостей якості життя хворих на АЗ різних соціальних груп представлено на рисунку 5. Отримані результати продемонстрували спільну тенденцію до зниження якості життя у всіх обстежених. Крім того, з рисунка 5 видно, що найнижче хворі усіх соціальних груп оцінили власні суб'єктивне благополуччя та відчуття задоволеності від життя, тоді як життєдіяльність у двох інших сферах – виконання соціальних ролей і життєві умови – усі респонденти віднесли приблизно до однакового рівня, який виявився дещо вищим, ніж першої складової якості життя. Загалом у вибірці хворих на АЗ найвищі показники якості життя виявлені у місцевих мешканців, дещо нижчі – у вимушених переселенців, і найнижчі – у комбатантів, хоча

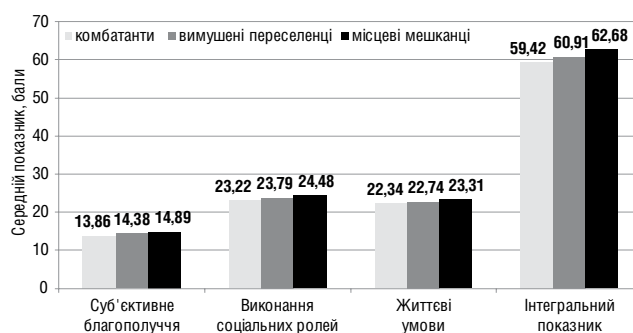


Рис. 5. Розподіл середніх показників якості життя у хворих на алкогольну залежність різних соціальних груп

відмінності між цими групами для переважної більшості сфер не мали статистичної значущості.

Результати вивчення розподілу показників якості життя у хворих різних соціальних груп залежно від рівня психосоціального стресу наведено у таблиці 2. Вони демонструють наявність тенденції до погіршення якості життя в усіх сферах функціонування хворих у міру наростання тяжкості психосоціального стресу.

Дослідження окремих соціальних груп довело, що у комбатантів якість життя найсуттєвіше знижувалася у сферах суб'єктивного благополуччя (у хворих з легким рівнем стресу $22,00 \pm 1,41$ балів, з помірним – $14,55 \pm 3,41$ балів, з тяжким – $5,04 \pm 2,46$ балів) та виконання соціальних ролей (відповідно $34,50 \pm 0,71$ балів, $24,69 \pm 4,78$

Таблиця 2. Кількісні показники якості життя в різних сферах у хворих на алкогольну залежність різних соціальних груп залежно від рівня психосоціального стресу

Показник	Рівень психосоціального стресу, бали						p 1-2	p 1-3	p 2-3
	легкий		помірний		тяжкий				
Комбатанти									
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	22,00±1,41		14,55±3,41		5,04±2,46		<0,05	<0,05	<0,01
Виконання соціальних ролей	34,50±0,71		24,69±4,78		10,43±4,12		<0,05	<0,05	<0,01
Зовнішні життєві умови	28,50±0,71		24,55±2,25		13,99±5,24		<0,05	<0,05	<0,01
Сумарний показник якості життя	85,00±2,83		63,79±10,24		29,46±11,60		<0,05	<0,05	<0,01
Вимушені переселенці									
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	23,11±1,69		14,86±3,04		5,17±2,33		<0,01	<0,01	<0,01
Виконання соціальних ролей	35,44±0,88		25,23±4,19		10,71±3,93		<0,01	<0,01	<0,01
Зовнішні життєві умови	28,89±0,33		24,95±2,01		14,38±5,30		<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник якості життя	87,44±2,65		65,05±9,03		30,26±11,28		<0,01	<0,01	<0,01
Місцеві мешканці									
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	23,04±2,33		16,48±2,35		5,15±2,08		<0,01	<0,01	<0,01
Виконання соціальних ролей	35,29±2,07		27,21±2,92		10,93±3,13		<0,01	<0,01	<0,01
Зовнішні життєві умови	28,83±0,70		25,58±1,35		15,51±3,70		<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник якості життя	87,17±4,88		69,27±6,30		31,59±8,67		<0,01	<0,01	<0,01
Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні показників комбатантів, вимушених переселенців та місцевих мешканців відповідних груп психоемоційного стресу									
Суб'єктивне благополуччя/задоволеність	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Виконання соціальних ролей	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Зовнішні життєві умови	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Сумарний показник якості життя	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

балів та 10,43±4,12 балів) (рис. 6). Дещо меншою мірою ця тенденція проявлялася щодо сфери зовнішніх життєвих умов (відповідно 28,50±0,71 балів, 24,55±2,25 балів та 13,99±5,24 балів). Сумарний показник якості життя виявився найвищим у хворих із легким рівнем психосоціального стресу (85,00±2,83 балів), значуще ($p<0,05$) нижчим – у хворих із помірним рівнем стресу (63,79±10,24 балів) і найнижчим – у хворих з тяжким стресом (29,46±11,60 балів).

У вимушених переселенців виявлені аналогічні закономірності (рис. 7). У цій соціальній групі найбіль-

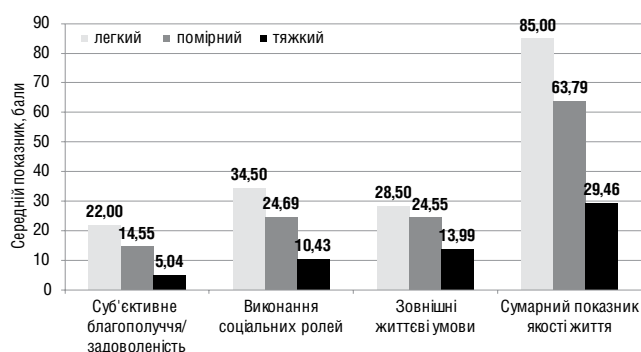


Рис. 6. Розподіл середніх значень показників якості життя за сферами функціонування у комбатантів з алкогольною залежністю

ше зниження показників якості життя зі збільшенням тяжкості психосоціального стресу виявлено у сферах суб'єктивного благополуччя/задоволеності (відповідно 23,11±1,69 балів, 14,86±3,04 балів та 5,17±2,33 балів) та виконання соціальних ролей (відповідно 35,44±0,88 балів, 25,23±4,19 балів та 10,71±3,93 балів), а найменше – у сфері зовнішніх життєвих умов (відповідно 28,89±0,33 балів, 24,95±2,01 балів та 14,38±5,30 балів). Сумарний показник якості життя у вимушених переселенців з легким рівнем психосоціального стресу склав 87,44±2,65 балів, з помірним – 65,05±9,03 балів, з тяжким – 30,26±11,28 балів.

У місцевих мешканців також найнижчі рівні якості життя були виявлені у групі з тяжким стресом, а найвищі – у групі з легким стресом (рис. 8). Середнє значення показника якості життя у сфері суб'єктивного благополуччя у місцевих мешканців з легким рівнем психосоціального стресу склало 23,04±2,33 балів, з помірним – 16,48±2,35 балів, з тяжким – 5,15±2,08 балів, у сфері виконання соціальних ролей – відповідно 35,29±2,07 балів, 27,21±2,92 балів та 10,93±3,13 балів, у сфері зовнішніх життєвих умов – відповідно 28,83±0,70 балів, 25,58±1,35 балів та 15,51±3,70 балів. Сумарний показник якості життя у цій групі склав, відповідно, 87,17±4,88 балів, 69,27±6,30 балів та 31,59±8,67 балів. Узагальнення результатів вивчення динаміки показників

якості життя відповідно до зміни стресового навантаження, яке відчувають хворі на АЗ (рис. 9), довело наступне. Значуще нижча ($p < 0,05$) якість життя (як за інтегральним показником, так і за його складовими) була притаманна хворим на АЗ з тяжким рівнем психосоціального стресу, порівняно з особами з легким або помірним стресовим навантаженням. При цьому розбіжності спостерігали також між пацієнтами з легким і помірним стресом, проте, вони не мали статистичної значимості. Серед окремих компонентів якості життя найнижчі показники (як серед хворих різних соціальних груп, так і між пацієнтами з різним тягарем стресу) виявлені в сфері суб'єктивного благополуччя/задоволеності життям.

Висновки

Хворим на АЗ усіх соціальних груп, незалежно від рівня психосоціального стресу, притаманні нестача соціальної підтримки та низька якість життя.

Комбатанти найменшу соціальну підтримку відчують з боку родини, але найвищу серед усіх хворих – з

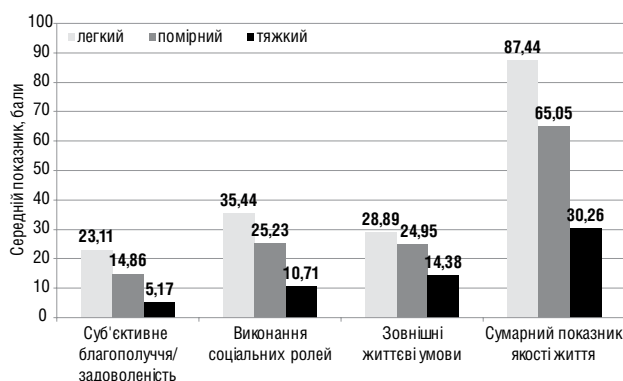


Рис. 7. Розподіл середніх значень показників якості життя за сферами функціонування у вимушених переселенців з алкогольною залежністю

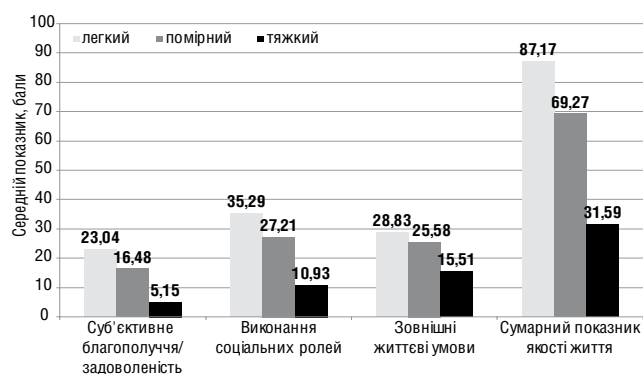


Рис. 8. Розподіл середніх значень показників якості життя за сферами функціонування у місцевих мешканців з алкогольною залежністю

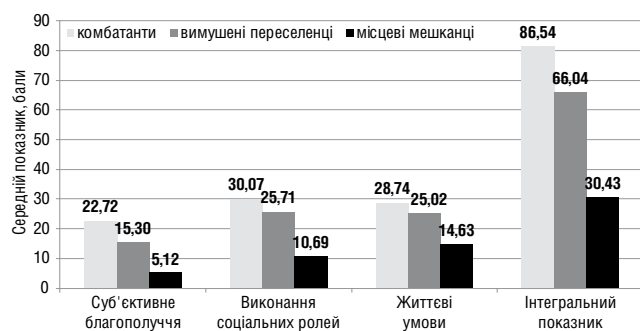


Рис. 9. Розподіл середніх показників якості життя у хворих на алкогольну залежність залежно від рівня психосоціального стресу

боку друзів та значущих інших. У переселенців спостерігається стабільно низька підтримка за усіма її джерелами. Місцеві мешканці мають більшу підтримку з боку сім'ї, ніж з інших джерел.

Зі зростанням тягаря стресового навантаження соціальна підтримка знижується, що є парадоксальним феноменом, бо саме в ситуації тяжкого стресу хворі потребують її найбільше.

Здатність до пошуку і прийняття соціальної підтримки знижується зі зростанням рівня психосоціального стресу, хоча у вимушених переселенців вона найнижча незалежно від рівня стресу, якого вони зазнають.

Комбатанти і місцеві мешканці з легким і помірним стресом виявляють потребу та здатність до пошуку і прийняття соціальної підтримки, проте не отримують її в належному обсязі, що є несприятливим фактором у динаміці прогресування АЗ та збільшення стресового тягаря.

Серед усіх складових якості життя, у всіх пацієнтів з АЗ найнижчий рівень реалізації спостерігається у сфері суб'єктивного благополуччя та відчуття задоволеності від життя. Динаміка показників якості життя зворотно асоційована з рівнем психосоціального стресу: встановлена тенденція до погіршення якості життя у всіх сферах функціонування хворих на АЗ по мірі наростання тяжкості психосоціального стресу; значуще нижча якість життя (як за інтегральним показником, так і за його складовими) притаманна хворим на АЗ з тяжким рівнем психосоціального стресу, порівняно з особами з легким або помірним стресовим навантаженням.

Наша подальша робота спрямована на створення системи таргетно персоналізованих лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів, в яких буде врахована дія психосоціального стресу на АЗ, і впровадження її в існуючу комплексну систему надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на АЗ.

Список використаної літератури

- 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.
- Palmisano M., Pandey S. C. Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders. *Alcohol*. 2017. Vol. 60. P. 7–18. DOI: 10.1016/j.alcohol.2017.01.001.
- 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.
- Cadet J. L. Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Molecular Neurobiology*. 2016. Vol. 53, issue 1. P. 545–560. DOI: 10.1007/s12035-014-9040-y.
- Roberts B., Ezard N. Why are we not doing more for alcohol use disorder among conflict-affected populations? *Addiction*. 2015. Vol. 110, issue 6. P. 889–890. DOI: 10.1111/add.12869.
- Becker H. C. Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption. *Alcohol Research*. 2012. Vol. 34, issue 4. P. 448–458.
- Гапонов К. Д. Динаміка психологічних властивостей пацієнтів в залежності від стажу зловживання алкоголем в аспекті здатності сприйняття ними соціальної підтримки. *Психічне здоров'я*. 2012. № 1 (34). С. 41–50.
- Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe / J. Rehm, P. Anderson, J. Barry [et al.]. *Eur Addict Res*. 2015. Vol. 21, issue 1. P. 6–18. DOI: 10.1159/000365284.
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976. Vol. 38. P. 300–314. DOI: 10.1097/00006842-197609000-00003.
- Social Support and Health. Cohen S., Syme S. L. (eds). London: Academic Press, 1985.
- Cohen S., Underwood L. G., Gottlieb B. H. Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press, 2000.
- Taylor S. E. Social support. In: Friedman H. S. & Silver R. C. *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press, 2007. P. 45–171.
- Lakey B. Social support: Basic research and new strategies for intervention. In: Maddux J. E. & Tangney J. P. *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. New York: Guilford, 2010. P. 177–194.

14. Cohen S., Hoberman H. Positive life events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*. 1983. Vol. 13, issue 2. P. 99–125. DOI: 10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x.
15. Cohen S., Wills T. A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98, issue 2. P. 310–357. DOI: 10.1037/0033-2909.98.2.310.
16. Social support and Stress as Predictors of illness / D. A. McKay, R. L. Blake, J. M. Colwill [et al.]. *Journal of Family Practice*. 1985. Vol. 20, issue 6. P. 575–581.
17. Kulik J. A., Mahler H. I. Social support and recovery from surgery. *Health Psychol.* 1989. Vol. 8, issue 2. P. 221–238. DOI: 10.1037/0278-6133.8.2.221.
18. Tjhuus M. A., Flap H. D., Foets M., Groenewegen M. Social support and stressful events in two dimensions: Life events and illness as an event. *Soc. Sci. Med.* 1995. Vol. 40, no. 11. P. 1513–1526. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00276-Y.
19. Gallant M. P. The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*. 2003. Vol. 30, issue 2. P. 170–195. DOI: 10.1177/1090198102251030.
20. Lakey B., Orehek E. Relational Regulation Theory: A new approach to explain the link between perceived support and mental health. *Psychological Review*. 2011. Vol. 118, issue 3. P. 482–495. DOI: 10.1037/a0023477.
21. Wills T. A. Multiple networks and substance use. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1990. Vol. 9, issue 1. P. 78–90. DOI: 10.1521/jscp.1990.9.1.78.
22. Ялтонский В. М., Сирота Н. А., Видерман Н. С. Поиск социальной поддержки и её восприятие при алкоголизме. *Вопросы наркологии*. 1999. № 2. С. 62–65.
23. Wills T. A., Stoolmiller M. The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol. 70, issue 4. P. 986–997. DOI: 10.1037/0022-006X.70.4.986.
24. Stress, social support and problem drinking among women in poverty / N. Mulia, L. Schmidt, J. Bond [et al.]. *Addiction*. 2008. Vol. 103, issue 8. P. 1283–1293. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.02234.x.
25. Гапонов К. Д., Маркова М. В. Технологія визначення здатності сприйняття соціальної підтримки хворими на алкогольну залежність. *Харківський осінній марафон психотехнологій: матеріали науково-практичної конференції*, (Харків, 28 жовтня 2017 року). М-во освіти і науки України, ХНПУ імені Г. С. Сковороди [та ін.]. Харків : Вид-во «Діа плюс», 2017. С. 72–73.
26. Пшук Е. Я. Деякі психологічні ресурси процесу соціальної підтримки хворих залежних від алкоголю. *Медицинская психология*. 2010. Т. 5, № 2. С. 74–76.
27. Сосін І. К., Гапонов К. Д., 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 №249-2018; Харків. мед. акад. післядип. освіти МОЗ України, Укрмедпатентінформ МОЗ України. К. : Б.в., 2018. 7 с.
28. Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988. Vol. 52, issue 1. P. 30–41. DOI: 10.1207/s15327752jpa5201_2.
29. Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. М. : «Питер», 2019. 896 с.
30. Крюкова Т. Л., Куфтяк Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ). *Журнал практического психолога*. 2007. № 3. С. 93–112.
31. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др. ; Под общ. ред. Н. А. Маруты. Харьков : РИФ Арсис ЛТД, 2004. 240 с.
- depending on the experience of alcohol abuse in terms of their ability to perceive social support]. *Psikhichne zdorov'ia – Mental health*, 1(34), 41–50. (In Ukrainian).
8. Rehm, J., Anderson, P., Barry, J., Dimitrov, P., Elekes, Z., Feijão, F., ... Gmel, G. (2015). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *Eur Addict Res.*, 21(1), 6–18. <https://dx.doi.org/10.1159/000365284>
9. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
10. Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.). (1985). *Social Support and Health*. London: Academic Press.
11. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.
12. Taylor, S. E. (2007). Social support. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 45–171). New York: Oxford University Press.
13. Lakey, B. (2010). Social support: Basic research and new strategies for intervention. In J. E. Maddux & J. P. Tangney (Eds.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology* (pp. 77–194). New York: Guilford.
14. Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99–125. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
15. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
16. McKay, D. A., Blake, R. L., Colwill, J. M., Brent, E. E., McCauley, J., Umlauf, R., ... Kivlahan, D. (1985). Social support and Stress as Predictors of illness. *Journal of Family Practice*, 20(6), 575–581.
17. Kulik, J. A., & Mahler, H. I. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8(2), 221–238. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.8.2.221>
18. Tjhuus, M. A. R., Flap, H. D., Foets, M., & Groenewegen, P. P. (1995). Social support and stressful events in two dimensions: Life events and illness as an event. *Social Science & Medicine*, 40(11), 1513–1526. [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00276-Y](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)00276-Y)
19. Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170–195. <http://dx.doi.org/10.1177/1090198102251030>
20. Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482–495. <http://dx.doi.org/10.1037/a0023477>
21. Wills, T. A. (1990). Multiple networks and substance use. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 78–90. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1990.9.1.78>
22. Yaltonskij, V. M., Sirota, N. A., & Viderman, N. S. (1999). Poisk social'noj podderzhki i ejo vosprijatie pri alkoholizme [The search for social support and its perception in alcoholism]. *Voprosy narkologii – Journal of addiction problems*, 2, 62–65. (In Russian).
23. Wills, T. A., & Stoolmiller, M. (2002). The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 986–997. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.986>
24. Mulia, N., Schmidt, L., Bond, J., Jacobs, L., & Korcha, R. (2008). Stress, social support and problem drinking among women in poverty. *Addiction*, 103(8), 1283–1293. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02234.x>
25. Gaponov, K. D., & Markova, M. V. (2017, October 28). Tekhnolohiia vyznachennia zdutnosti spryiniattia sotsialnoi pidtrymky khvorymy na alkoholnu zalezhnist [Technology for determining the ability to perceive social support for patients with alcohol addiction]. *Proceedings of the Scientific and Practical Conference "Kharkiv Autumn Marathon of Psychotechnology"*, pp. 72–73. Kharkiv: «Disa plus». (In Ukrainian).
26. Pshuk, Ye. Ya. (2010). Deiaki psikhoholichni resursy protsesu sotsialnoi pidtrymky khvorykh zaleznykh vid alkoholii [Some psychological resources of social support of the patients with alcohol addiction]. *Medychna psikhoholohiia – Medical psychology*, 5(2), 74–76. (In Ukrainian).
27. Sosin, I. K., Gaponov, K. D., Goncharova, O. Yu., & Markova, M. V. *Sposib diahnostyky klinichnoi spetsyfyky i prohnozu perebihu alkoholnoi zalezhnosti u osob z ryznym psykhotravmatychnym dosvidom i rivnem psykhosotsialnoho stresu* (White paper № 249-2018) [Method for diagnosis of clinical specificity and prognosis of alcohol dependence in persons with different psychotraumatic experience and level of psychosocial stress (White paper № 249-2018)]. Retrieved from Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine, Ukrmed-patentinform Ministry of Health of Ukraine. Kyiv, 7 p. (In Ukrainian).
28. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
29. Karvasarskij, B. D. (Ed.). (2019). *Klinicheskaia psikhologija* [Clinical psychology]. Moscow: Piter, 896 p. (In Russian).
30. Krjukova, T. L., & Kuftjak, E. V. (2007). Oprosnik sposobov sovladanija (adaptacija metodiki WCQ) [Questionnaire for coping methods (adaptation of the Ways of Coping Questionnaire)]. *Zhurnal prakticheskogo psihologa – Journal of the Practical Psychologist*, 3, 93–112. (In Russian).
31. Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semykina, O. Ye., Koliadko, S. P., & Kalenska, G. Yu. (2004). *Kriterij kachestva zhizni v psichiatricheskoj praktike* [Quality of life criterion in psychiatric practice]. N. O. Maruta (Ed.). Kharkiv: RIF Arsis LTD, 240 p. (In Russian).

References

1. Gaponov, K. D. (2018). Alkoholna zalezhnist i sotsialnyi stres: biokhimichni, neirofiziolohichni i psykhosotsialni mekhanizmy vzaimovplyvu [Alcohol dependence and social stress: biochemical, neurophysiological and psychosocial mechanisms of interinfluence]. *Ukrains'ky visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 26(1), 104–109. (In Ukrainian).
2. Palmisano, M., & Pandey, S. C. (2017). Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders. *Alcohol*, 60, 7–18. <https://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.01.001>
3. Gaponov, K. D. (2016). Alkoholna zalezhnist v umovakh sotsialnoho stresu: epidemiolohichni, klinichni i likuvalni aspekty [Alcohol dependence in the presence of social distress: epidemiological, clinical and therapeutic aspects]. *Ukrains'ky visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 24(4), 54–60. (In Ukrainian).
4. Cadet, J. L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Molecular Neurobiology*, 53(1), 545–560. <https://dx.doi.org/10.1007/s12035-014-9040-y>
5. Roberts, B., & Ezard, N. (2015). Why are we not doing more for alcohol use disorder among conflict-affected populations? *Addiction*, 110(6), 889–890. <https://dx.doi.org/10.1111/add.12869>
6. Becker, H. C. (2012). Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption. *Alcohol Research*, 34(4), 448–458.
7. Gaponov, K. D. (2012). Dynamika psikhoholichnykh vlastyvoستي patsientiv v zalezhnosti vid stazhu zlovzhyvannia alkoholem v aspekti zdutnosti spryiniattia nymy sotsialnoi pidtrymky [Dynamics of psychological properties of patients

Відомості про авторів:

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>

ТАБАЧНИКОВ Станіслав Ісакович, д-р мед. наук, професор, в.о. директора ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ, Україна; e-mail: ndips@ukr.net

Сведения об авторах:

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>

ТАБАЧНИКОВ Станислав Исакович, д-р мед. наук, профессор, и.о. директора ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», г. Киев, Украина; e-mail: ndips@ukr.net

About the Authors:

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: <http://orcid.org/0000-0002-2835-1027>
TABACHNIKOV Stanislav Isakovich, MD, PhD, Professor, Acting Director of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ndips@ukr.net

В. І. Салдень

РАННЯ ДІАГНОСТИКА І ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ

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

Актуальність. На сьогодні питання ранньої діагностики і психокорекції психічних та поведінкових порушень у хворих первинної ланки, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, залишаються актуальними. Нині в Україні не визначено систему психосоціальних заходів, які дозволять адаптувати в суспільстві частину цього контингенту, недостатньо проаналізовано обсяг і ефективність їх комплексного лікування та реабілітації. В нашій країні профілактична робота щодо запобігання вживанню алкоголю пацієнтами із соматичними порушеннями, безумовно, проводиться, але її масштаби та особливості організації не забезпечують належного ефекту. Тому вкрай важливо вчасно діагностувати порушення, які виникають унаслідок вживання алкоголю зі шкідливими наслідками у хворих, які звертаються з різними соматичними скаргами до лікарів сімейної практики.

Мета – розробити диференційований підхід до ранньої діагностики і психокорекції психічних та поведінкових порушень унаслідок шкідливого вживання алкоголю у хворих, які звертаються із соматичними скаргами до сімейних лікарів, з урахуванням особливостей соціально-демографічних показників і характерних відмінностей перебігу хвороби.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 240 тематичних хворих віком від 18 до 60 років, які звертались із соматичними скаргами в заклади амбулаторної допомоги загального профілю. Методи дослідження – клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, психологічний, клініко-психопатологічний.

Результати. Вивчено показники розподілу хворих за соматичною патологією, гендерною належністю, віком, сімейним станом, освітою. Виявлено соціально-особистісні фактори, що провокують вживання алкоголю. Досліджено питання мотивації вживання алкоголю, проаналізовано психічний стан респондентів. У значної частини респондентів виявлено психічні і поведінкові порушення різного ступеня виразності, що вимагає їхнього своєчасного розпізнання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії. Проаналізовано результати показників клініко-психопатологічних методик після надання пацієнтам загальної групи психокорекційних та психотерапевтичних заходів.

Висновки. Виявлено, що психічні і поведінкові порушення, які виникають унаслідок вживання алкоголю, значно погіршують перебіг соматичного захворювання пацієнта та потребують додаткової психокорекції. Предиспонує фактором вживання алкоголю є нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру, своєрідність поведінкових реакцій на стресову ситуацію (використання заспокійливих засобів, заперечення, поведінковий відхід від проблеми тощо). Встановлено, що суттєві психоемоційні перевантаження загального та особистісного характеру спонукають пацієнтів до надмірного вживання алкоголю з метою компенсації свого негативного стану. Виявлено, що після психокорекційних заходів, які надавалися пацієнтам загальної групи, їх результати мали вищі показники за усіма параметрами, ніж у осіб порівняльної групи. Розроблено диференційований підхід до ранньої діагностики і психокорекції психічних і поведінкових порушень унаслідок шкідливого вживання алкоголю у хворих, які звертаються із соматичними скаргами до сімейних лікарів, з урахуванням особливостей соціально-демографічних показників та характерних відмінностей перебігу хвороби.

Ключові слова: надмірне вживання алкоголю, адиктивна поведінка, залежність, сімейні лікарі, соматичні захворювання.

В. И. Салдень

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРЕКЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЮТ АЛКОГОЛЬ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ
ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии МОЗ Украины», г. Киев, Украина

Актуальность. В настоящее время вопросы ранней диагностики и психокоррекции психических и поведенческих нарушений у больных первичного звена, которые употребляют алкоголь с вредными последствиями, остаются актуальными. Сейчас в Украине не определена система психосоциальных мероприятий, которые позволят адаптировать в обществе часть этого контингента, недостаточно проанализированы объем и эффективность их комплексного лечения и реабилитации. В нашей стране профилактическая работа по предотвращению употребления алкоголя пациентами с соматическими нарушениями, безусловно, проводится, но ее масштабы и особенности организации не обеспечивают надлежащего эффекта. Поэтому, крайне важно вовремя диагностировать нарушения, в результате употребления алкоголя с вредными последствиями у больных, которые обращаются с различными соматическими жалобами к врачам семейной практики.

Цель – разработать дифференцированный подход к ранней диагностике и психокоррекции психических и поведенческих нарушений вследствие вредного употребления алкоголя у больных, обращающихся с соматическими жалобами к семейным врачам, с учетом особенностей социально-демографических показателей и характерных отличий течения болезни.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 240 тематических больных в возрасте от 18 до 60 лет, которые обращались с соматическими жалобами в учреждения амбулаторной помощи общего профиля. Методы исследования – клинико-анамнестический, социально-демографический, психологический, клинико-психопатологический.

Результаты. Изучены показатели распределения больных по соматической патологии, гендерной принадлежности, возрасту, семейному положению, образованию. Выведены социально-личностные факторы, провоцирующие употребление алкоголя. Исследован вопрос мотивации употребления алкоголя, проанализировано психическое состояние респондентов. У значительной части респондентов выявлены психические и поведенческие нарушения различной степени выраженности, что требует их своевременного распознавания и адекватной психокоррекции, психопрофилактики и терапии. Проанализированы результаты показателей клинико-психопатологических методик после предоставления пациентам общей группы психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Выводы. Выявлено, что психические и поведенческие нарушения, возникающие вследствие употребления алкоголя, значительно ухудшают течение соматического заболевания пациента и требуют дополнительной психокоррекции. Предполагаемыми факторами употребления алкоголя являются нервно-психическая неустойчивость, акцентуации характера, своеобразия поведенческих реакций на стрессовую ситуацию (использование успокоительных средств, отрицание, поведенческий уход от проблемы и другие). Установлено, что существенные психоэмоциональные перегрузки общего и личностного характера побуждают пациентов к чрезмерному употреблению алкоголя с целью компенсации своего негативного состояния. Выявлено, что после психокоррекционных мероприятий, которые предоставлялись пациентам общей группы, их результаты имели более высокие показатели по всем параметрам, чем у лиц сравнительной группы. Разработан дифференцированный подход к ранней диагностике и психокоррекции психических и поведенческих нарушений вследствие вредного употребления алкоголя у больных, которые обращаются с соматическими жалобами к семейным врачам, с учетом особенностей социально-демографических показателей и характерных отличий течения болезни.

Ключевые слова: чрезмерное употребление алкоголя, аддиктивное поведение, зависимость, семейные врачи, соматические заболевания.

V. I. Salden

EARLY DIAGNOSIS AND PSYCHOCORRECTION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS WHO USE ALCOHOL WITH HARMFUL EFFECTS IN FAMILY MEDICINE NETWORK

Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Background. Currently, issues of early diagnosis and psychological correction of mental and behavioral disorders in primary care to patients who consume alcohol with harmful consequences remain relevant. Presently, Ukraine has not defined a system of psychosocial arrangements that will allow society to adapt part of the cohort of somatic patients who consume alcohol with harmful consequences, the volume and effectiveness of their complex psychosocial treatment and rehabilitation have been insufficiently analyzed. Prophylactic work in our country to prevent the use of alcohol by patients with somatic disorders is undoubtedly being carried out, but its scale and organizational features do not provide the proper effect. Therefore, it is extremely important to diagnose disorders in time, as a result of alcohol use with harmful consequences in patients who have somatic complaints in family medicine network.

Objective – to develop a differentiated approach to the early diagnosis and psycho-correction of mental and behavioral disorders due to harmful use of alcohol in patients who have somatic complaints in family medicine network, taking into account the characteristics of socio-demographic indicators and characteristic differences in the course of the disease.

Materials and methods. A comprehensive survey of 240 thematic patients who had filed somatic complaints to general outpatient care facilities aged from 18 to 60 years was conducted. Research methods – clinical and anamnestic, socio-demographic, psychological, clinical and psychopathological.

Results. We studied the distribution of patients by somatic pathology, gender, age, marital status, educational backgrounds. The social and personal factors provoking the use of alcohol are revealed. The question of the initiating agent of alcohol use has been investigated, the mental state of the respondents has been analyzed. Mental and behavioral disorders of varying severity have been revealed in a significant part of the subjects, which requires their timely recognition and adequate psychocorrection, psychoprophylaxis and therapy. The results of indicators of clinical and psychopathological methods have been analyzed after providing patients with a general group of psychocorrectional and psychotherapeutic measures.

Conclusions. It was revealed that mental and behavioral disorders, resulting from alcohol, significantly worsen the course of the patient's somatic illness and require additional psycho-correction by the family doctor. Risk factors in the use of alcohol are neuro-psychological instability, accentuation of nature, the peculiarity of behavioral responses to a stressful situation (the use of sedatives, denial, behavioral withdrawal from the problem and others). Significant psycho-emotional stress of a general and personal nature encourages patients to use alcohol in order to compensate for their negative state. It was revealed that after psychocorrectional measures that were provided to patients of the general group, their results had higher indicators in all parameters than in the comparative group. A differentiated approach to the early diagnosis and psycho-correction of mental and behavioral disorders due to harmful use of alcohol in patients who have somatic complaints in family medicine network have developed, taking into account the characteristics of socio-demographic indicators and characteristic differences in the course of the disease.

Keywords: harmful use of alcohol, addictive behavior, dependence, family doctors, somatic diseases.

For citation: Salden V. I. Early diagnosis and psychocorrection of mental and behavioral disorders in patients who use alcohol with harmful effects in family medicine network. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(1): 30–33. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 13.02.2019

Accepted / Прийнята до друку: 11.03.2019

Актуальність. Епідеміологічна поширеність серед населення України алкогольної залежності, популяційна масштабність цього явища і вітальний характер є реальною загрозою для здоров'я нації та дозволяють, на думку багатьох науковців, віднести рішення завдань з мінімізації рівня захворюваності та хвороб алкогольного спектра (F10 за МКХ-10) до розряду основних і таких, що мають медичне та соціальне значення [1–3]. В останні роки ситуація стосовно зловживання алкоголем є однією з найвагоміших проблем охорони здоров'я як в Україні, так і у світі. Важливою складовою є організація своєчасної та ефективної допомоги пацієнтам, які вживають алкоголь і мають психічні та соматичні порушення, в амбулаторних, загальносоматичних медичних закладах. На жаль, значна частина пацієнтів з цією коморбідною патологією, розуміючи, що наслідком встановлення в них наркологічного діагнозу може бути взяття на диспансерний облік з відповідними соціальними обмеженнями, приховують факт вживання алкоголю. Це погіршує перебіг психосоматичної патології. Нині в Україні не визначена система психосоціальних заходів, які дозволяють адаптувати в суспільстві частину цього контингенту, недостатньо проаналізовані обсяг і ефективність їх комплексного лікування та реабілітації. Профілактична робота в нашій країні щодо запобігання вживанню алкоголю пацієнтами із соматичними порушеннями, безумовно, проводиться, але її масштаби та особливості організації не забезпечують належного ефекту [4, 5]. Тому вкрай важливо вчасно діагностувати порушення внаслідок вживання алкоголю зі

шкідливими наслідками у хворих, які звертаються з різними соматичними скаргами до лікарів сімейної практики.

Мета – розробити диференційований підхід до ранньої діагностики і психокорекції психічних та поведінкових порушень унаслідок шкідливого вживання алкоголю у хворих, які звертаються із соматичними скаргами до сімейних лікарів, з урахуванням особливостей соціально-демографічних показників і характерних відмінностей перебігу хвороби.

Матеріали та методи дослідження

Обстеження проводили серед пацієнтів, які звертались із соматичними скаргами до сімейного лікаря в заклади амбулаторної допомоги загального профілю Солюм'янського району м. Києва. Загальна кількість обстежених становила 240 осіб, які мали ендокринологічні, гастроентерологічні та кардіологічні захворювання і вживали алкоголь (150 – основна група (пацієнти, яким проводились психокорекційні заходи), 90 – група порівняння (без проведення психокорекційних заходів)). Пацієнти за умови інформованої згоди були обстежені із застосуванням розробленої нами уніфікованої карти. У даного контингенту вивчали клініко-анамнестичні, соціально-демографічні, психологічні, клініко-психопатологічні показники і адиктивний статус, детермінований за алкоголем, які зіставляли з соматичними скаргами, з якими пацієнти звертались до сімейного лікаря, та загальним діагнозом, який був зафіксований раніше в медичній карті хворого. Психокорекційні та психотерапевтичні заходи, що проводилися пацієнтам загальної групи, були спрямовані на:

- формування мотивації та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної поведінки з метою корекції психічного стану, а також особистісного розвитку в цілому;
- вплив на емоційно-вольову сферу: формування навичок самоспостереження, самоорганізації, впорядкування власного життя, фрустраційної толерантності, включення адикта до суспільно корисної трудової діяльності, підвищення загального фону настрою шляхом опосередкованого впливу;
- дію на комунікативну сферу: формування навичок спілкування та їх узгодження з комунікаційними потребами і навичками особистості до конструктивного спілкування, розвиток емпатії, психокорекція сімейних стосунків;
- вплив на когнітивну сферу: розвиток самосвідомості, формування адекватної самооцінки та реалістичного світосприйняття, завершення психотравмуючих гештальтів, зміна стереотипів сприйняття когнітивних реакцій та атитюдів;
- взаємодія з ціннісно-сисловою сферою: усвідомлення та перебудова власної системи цінностей, свідоме засвоєння вищих цінностей, що надають сенсу людському існуванню в будь-яких умовах;
- формування мотивації та навичок психологічної, психотерапевтичної роботи над собою в напрямку конструктивних змін власної особистості з метою корекції психічного стану, а також особистісного розвитку в цілому.

Результати та їх обговорення

Основну групу склали 150 осіб, які були поділені на три підгрупи за соматичною патологією: з ендокринологічними хворобами (а саме з цукровим діабетом) – 50 осіб; з шлунково-кишковими і серцево-судинними хворобами – по 50 осіб. Пацієнти з ендокринологічними порушеннями розподілилися таким чином: чоловіки – 35 осіб (70 %); жінки – 15 осіб (30 %). Хворі на серцево-судинну патологію: чоловіки – 32 особи (64 %); жінки – 18 осіб (36 %). Респонденти із шлунково-кишковими хворобами: чоловіки – 38 осіб (76 %); жінки – 12 осіб (24 %). Групу порівняння склали 90 осіб, по 30 пацієнтів з кожним видом вищезначеної соматичної патології. Відповідно, пацієнти з цукровим діабетом: чоловіки – 18 осіб (60 %); жінки – 12 осіб (40 %). Респонденти із серцево-судинними захворюваннями: чоловіки 11 осіб (37 %); жінки – 19 осіб (63 %). Хворі на шлунково-кишкову патологію: чоловіки – 21 особа (70 %); жінки – 9 осіб (30 %).

Розподіл осіб загальної групи за віком був таким: 101 особа віком від 36 до 60 років (67,3 %), 49 осіб віком від 18 до 35 років (32,7 %). Респонденти порівняльної групи розподілилися таким чином: старша категорія – 63 особи (70 %), молодша, відповідно, 37 осіб (30 %).

Розподіл обстежених загальної групи за сімейним станом був таким: більшість респондентів були одружені – 79 осіб (52,7 %); неодружені – 43 особи (28,7 %); вдівці – 8 осіб (5,3 %); розлучені – 20 осіб (13,3 %). Пацієнти порівняльної групи: одружені – 48 осіб (53,3 %); неодружені – 18 осіб (20 %); вдівці – 1 особа (1,1 %); розлучені – 23 особи (25,6 %).

Одним із важливих соціально-демографічних показників є рівень освіти. Серед респондентів загальної групи 86

осіб (57 %) мали вищу, 64 особи (43%) – середню спеціальну освіту. Серед пацієнтів порівняльної групи 47 осіб мали вищу (52,2 %), 43 особи (47,8 %) – середньою спеціальну освіту. Осіб із середньою освітою в обох групах не було. Особи з середньою спеціальною освітою в основному мали технічні спеціальності, як і значна частина пацієнтів з вищою освітою. Однак істотним виявилось те, що більшість обстежених, які мають відповідну освіту і спеціальність, не працювали за фахом, а виконували різні роботи, що пов'язані з вищим рівнем заробітку, мотивуючи це скрутним матеріальним становищем.

Для виявлення соціально-особистісних факторів, які могли провокувати вживання алкоголю, було вивчено матеріальні умови проживання обстежуваних пацієнтів. За результатами дослідження виявилось, що в респондентів загальної групи здебільшого вони були незадовільні – 78 осіб (52 %); конфліктні стосунки в родині (або серед близьких) мали 26 осіб (33 %); емоційно прохолодні – 52 особи (67 %). Серед хворих порівняльної групи незадовільні матеріальні умови мали 33 особи (36,7 %); конфліктні стосунки в родині (або серед близьких) мали 27 осіб (30 %); емоційно прохолодні – 30 осіб (33,3 %). Тобто, можна прорахувати наявність означених негараздів, як і ймовірний взаємозв'язок з адиктивною поведінкою досліджуваних, які надмірно вживали алкоголь. Працевздатність обстежуваних загальної групи характеризувалася так: 107 осіб (71,3 %) працювали, однак частіше не за фахом, оскільки заробіток не задовольняв матеріально. Тому сама робота мала варіабельний, нестабільний характер. Деякі пацієнти пов'язували свою діяльність з малим бізнесом, роботою в сфері послуг або іншими короткостроковими доходами. Не мали роботи 43 особи (28,7 %). Хворі порівняльної групи: 46 осіб (51,1 %) працювали; 44 особи (48,9 %) роботи не мали.

Особливістю анамнезу респондентів обох груп було те, що 96 осіб (40 %) виховувались у дисфункціональних сім'ях. Часто батьки були розлучені або зловживали алкоголем, через що в сім'ї була складна побутова ситуація з конфліктами і негараздами, які негативно впливали на пацієнта. Суттєві психоемоційні перевантаження, що пов'язані в основному з соціально-економічною нестабільністю загального та особистісного характеру і певною мірою спонукали їх до вживання алкоголю з метою компенсації свого негативного стану, виявлено у 138 осіб (57,5 %). У 29 осіб (12 %) спадковість була обтяжена психічними та поведінковими розладами. Частіше це були зловживання алкоголем батьком, нерівноваженість характеру з емоційними коливаннями у матері. Травма головного мозку в анамнезі була у 34 обстежених (14,2 %); супутні соматичні хвороби – у 240 осіб (100 %).

Дослідивши питання мотивації вживання алкоголю респондентами обох груп ми встановили, що в більш старшому віці мотивацією частіше було прагнення позбутися неприємних переживань, думок, бажання поліпшити свій стан, підвищити активність, настрій, компенсувати соматичні або соціально-побутові проблеми. Мотивація молодшої категорії – це вплив друзів, компаній; моди сучасності, тобто негативного мікросередовища; прагнення до задоволення, бажання мати незвичайні відчуття; стати «своїм» у колі друзів.

Проаналізувавши психічний стан пацієнтів за методикою РНҚ-9 ми виявили, що більшість обстежених основної групи відповідала категорії легкої депресії – 45 % осіб; по-

мірної депресії – 19,5 %; помірно-тяжкої – 10,5 %. З тяжкою депресією хворих не виявлено. У 25 % депресивний компонент був відсутній, характер скарг мав соматогенний фон. Результати порівняльної групи наступні: хворі з легкою депресією – 52 %; з помірно – 28 %; з помірно-тяжкою – 12 %. У 8 % осіб депресії виявлено не було. Результати обстежених загальної групи після проведення психокорекційних заходів: хворі з легкою депресією – 30 % осіб; з помірно депресією – 10 %; з помірно-тяжкою – 5 %. У 55 % депресивний компонент був відсутній.

Згідно з результатами, отриманими за методикою HADS, рівень тривоги у пацієнтів загальної групи складав 27,5 % та відповідав категорії межового стану; патологічних станів не виявлено; а респонденти категорії норма – 72,5 %. Рівень депресії в категорії пацієнтів із межовими станами становив 40 %; патологічні стани не спостерігалися. Пацієнти, в яких не виявлено ознак депресії, становили 60 %. Результати порівняльної групи такі: рівень тривоги – 66 % – категорія межового стану, респонденти з показниками категорії норма – 34 %; патологічних станів не виявлено. Рівень депресії в категорії осіб з межовими станами – 60 %, без ознак депресії – 40 % респондентів. Після проведених психокорекційних заходів результати обстежених загальної групи наступні: рівень тривоги зменшився до 18 %, пацієнти категорії норма – 82 %; рівень депресії – 30 %, відповідно, хворі без депресивного компонента склали 70 %.

Дослідивши характер самопочуття, стан активності та настроїв у респондентів обох груп за методикою «САН», можна зробити висновок, що всі середні показники за трьома видами обстеження відповідали «неблагополучній» категорії. Тобто, соматичні скарги хворих проходили на патогенному фоні різних аспектів життєдіяльності: самопочуття, активність, настроїв були значно нижчими за норму. Показники респондентів загальної групи після проведеної психокорекції і психотерапії були високими, що свідчить про поліпшення загального стану пацієнтів.

Отримані результати дослідження акцентуації особистості обстежених були наступні: кількість акцентованих осіб серед загальної групи респондентів складала 28,5 %, серед групи порівняння – 26 %. У більшості респондентів виявлено три види акцентуації – тривожність, демонстративність, екзальтованість, дещо менше – гіпертимність, циклотимність та інші види. Ставлення до своєї хвороби у респондентів збігалось з рисами акцентуації.

Використовуючи методику подолання стресу за опитувальником COPE виділено найхарактерніші варіанти копінг-поведінки пацієнтів обох груп. Значним став аспект «використання заспокійливих засобів». Властивим для обстежених було «заперечення». Вживання алкоголю досліджені здебільшого не визнавали за хворобливу пристрасть, оскільки, на їх думку, вживаючи ці речовини вони поводяться як більшість оточуючих.

Висновки

1. За допомогою психодіагностичних методів виявлено, що психічні і поведінкові порушення, а саме тривога, депре-

сія, астения, що виникають внаслідок вживання алкоголю, значно погіршують перебіг соматичного захворювання пацієнта та потребують додаткової психокорекції з боку сімейного лікаря.

2. Предиспонуєчим фактором вживання алкоголю є нервово-психічна нестійкість, акцентуації характеру (тривожний, демонстративний, екзальтований та інші типи); своєрідність поведінкових реакцій на стресову ситуацію (використання заспокійливих засобів, заперечення, поведінковий відхід від проблеми тощо).

3. Суттєві психоемоційні перевантаження загального та особистісного характеру спонукають пацієнтів до надмірного вживання алкоголю з метою компенсації свого негативного стану.

4. Встановлено, що після психокорекційних заходів, які надавалися пацієнтам загальної групи, їх результати за усіма параметрами були кращими, ніж у осіб порівняльної групи.

5. Розроблено диференційований підхід до ранньої діагностики та психокорекції психічних і поведінкових порушень внаслідок шкідливого вживання алкоголю у хворих, які звертаються із соматичними скаргами до сімейних лікарів, з урахуванням особливостей соціально-демографічних показників та характерних відмінностей перебігу хвороби.

Список використаної літератури

1. Пінчук І. Я. Наркологія в Україні: зручне міфотворення та невблаганні цифри. Національна програма охорони психічного здоров'я. Важливі кроки на шляху перетворення. Київ. 2017. С. 85–88.
2. Всемирная организация здравоохранения. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. ВОЗ. 2010. 48 с.
3. Документационный центр ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Женева. 2008. 125 с.
4. Сосін І. К., Сквіра І. М., Гончарова О. Ю., Чуєв Ю. Ф. Інтегрована діагностична ідентифікація алкогольної залежності у загальносоматичній практиці. *Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини*. 2014. № 1. С. 95–99.
5. Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Кручанія В. В. Антиалкогольна робота лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Методичні рекомендації. Київ. 2016. 24 с.

References

1. Pinchuk, I. Ya. (2017). *Narkologiya v Ukraini: zruchnye mifotvorennia ta nevbahanni tsyfyry. Natsionalna prohrama okhrony psyykhichnoho zdorov'ia. Vazhlyvi kroky na shliakhu peretvorennia* [Drug addiction in Ukraine: convenient myth-making and inexorable figures. National Mental Health Program. Important steps towards conversion]. Kyiv. P. 85–88. (In Ukrainian).
2. World Health Organization (2010). *Global'naja strategija sokrashhenija vrednogo upotreblenija alkogolja* [Global strategy to reduce the harmful use of alcohol]. WHO. 48 p. (In Russian).
3. WHO Documentation Centre. (2008). *Pervichnaja mediko-sanitarnaja pomoshch' segodnja aktual'nee, chem kogda-libo. Doklad o sostojanii zdorovoohranenija v mire* [Primary health care now, more than ever. Report on World Health]. WHO, Geneva. 125 p. (In Russian).
4. Sosin, I. K., Skvira, I. M., Goncharova, O. Yu., & Chuev, Yu. F. (2014). *Intehrovana diahnostychna identyfikatsiia alkoholnoi zalezhnosti u zahalnosomatychnij praktytisi* [Integrated diagnostic identification of alcohol dependence in the general somatic practice]. *Shidnoievropejskyi zhurnal vnutrishnoi ta simeinoi medytyny – The East European Journal of Internal and Family Medicine*, 1, 95–99. (In Ukrainian).
5. Slabkyi, G. O., Myroniuk, I. S., & Kruchanytsia, V. V. (2016). *Antyalkoholna robota likaria zahalnoi praktyky – simeinoho likaria* [Anti-alcohol work of a general practitioner – a family doctor]. Kyiv. 24 p. (In Ukrainian).

Відомості про автора:

САЛДЕНЬ Вікторія Ігорівна, аспірант, ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна;
e-mail: victoriasalden@gmail.com

Сведения об авторе:

САЛДЕНЬ Виктория Игоревна, аспирант, ГУ «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина;
e-mail: victoriasalden@gmail.com

About the Author:

SALDEN Viktoriia Igorevna, PhD-student of Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine;
e-mail: victoriasalden@gmail.com

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 61.89:615.851:616-07

А. О. Камінська*, Н. Г. Пшук

ДЕТЕРМІНАНТИ ІНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЇ КОМУНІКАЦІЇ У РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

Актуальність. Найважливішим напрямком розвитку психосоціального лікування хворих на ендогенні психічні розлади протягом останніх двох десятиліть є акцентування на позитивному впливі участі сім'ї в процесі терапії. Порушення міжособистісного спілкування – одна з найактуальніших проблем у сім'ях, де проживає хворий з ендогенним психічним розладом (ЕПР). Налагодження ефективної та гнучкої інтерперсональної комунікації в таких сім'ях є необхідною передумовою для забезпечення ефективності психосоціальної терапії та психопрофілактики психічної дезадаптації у референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

Мета дослідження – визначення базових детермінант інтерперсональної комунікації референтних родичів пацієнтів з ЕПР у контексті їх сімейного функціонування.

Матеріали та методи. Досліджено особливості емоційного та соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами. Було обстежено 243 референтних родичів хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади – біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР). Групу контролю склали 55 психічно здорових осіб, в сім'ях яких не проживають психічно хворі пацієнти. В якості психодіагностичного інструментарію дослідження були використані тест емоційного інтелекту «EQ» Н. Холла і методика оцінки рівня соціального інтелекту Дж. Гілфорда та М. Саллівена (в адаптації Михайлової Е. С.).

Результати. Отримані в ході дослідження дані свідчать про те, що респонденти РРПШ та РРАФР демонструють зниження показників емоційного та соціального інтелекту, порівняно з респондентами контрольної групи. Труднощі емоційної регуляції, керування емоційним станом, розпізнавання емоційних станів інших учасників комунікації, пов'язані з рівнем емоційного та соціального інтелекту референтних родичів, є факторами, що ускладнюють інтерперсональні стосунки у сім'ях хворих з ЕПР та знижують можливості психосоціальної адаптації всіх членів сім'ї.

Висновки. Встановлені особливості необхідно враховувати при створенні відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

Ключові слова: емоційний інтелект, соціальний інтелект, референтні родичі, ендогенні психічні розлади.

ДЕТЕРМИНАНТЫ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ КОМУНИКАЦИИ У РЕФЕРЕНТНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. А. Каминская*, Н. Г. Пшук

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

Актуальность. Важнейшим направлением развития психосоциального лечения больных эндогенными психическими расстройствами в течение последних двух десятилетий является акцентирование на положительном влиянии участия семьи в процессе терапии. Нарушение межличностного общения – одна из наиболее актуальных проблем в семьях, где проживает больной с эндогенным психическим расстройством (ЭПР). Налаживание эффективной и гибкой интерперсональной коммуникации в таких семьях является необходимым условием для обеспечения эффективности психосоциальной терапии и психопрофилактики психической дезадаптации у референтных родственников пациентов с ЭПР.

Цель исследования – определение базовых детерминант интерперсональной коммуникации референтных родственников пациентов с ЭПР в контексте их семейного функционирования.

Материалы и методы. Исследованы особенности эмоционального и социального интеллекта референтных родственников пациентов с эндогенными психическими расстройствами. Было обследовано 243 референтных родственника больных параноидной шизофренией (168 человек, РРПШ) и больных аффективными расстройствами – биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство (75 человек, РРАФР). Группу контроля составили 55 психически здоровых лиц, в семьях которых не проживают психически больные пациенты. В качестве психодиагностического инструментария исследования были использованы тест эмоционального интеллекта «EQ» Н. Холла и методика оценки уровня социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена (в адаптации Михайловой Е. С.).

Результаты. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что респонденты РРПШ и РРАФР демонстрируют снижение показателей эмоционального и социального интеллекта, по сравнению с респондентами контрольной группы. Трудности эмоциональной регуляции, управления эмоциональным состоянием, распознавания эмоциональных состояний других участников коммуникации, связанные с уровнем эмоционального и социального интеллекта референтных родственников, являются факторами, которые усложняют интерперсональные отношения в семьях больных с ЭПР и снижают возможности психосоциальной адаптации всех членов семьи.

Выводы. Установленные особенности необходимо учитывать при создании соответствующих психообразовательных и психокоррекционных программ для референтных родственников пациентов с ЭПР.

Ключевые слова: эмоциональный интелект, социальный интелект, референтные родственники, эндогенные психические расстройства.

DETERMINANTS OF INTERPERSONAL COMMUNICATION IN FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS

A. O. Kaminska*, N. G. Pshuk

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

Background. The important direction in development of psychosocial treatment of patients with endogenous mental disorders over the past two decades is the emphasis on the positive impact of family participation in therapy process. Disruption of interpersonal communication is one of the most pressing problems in families where a patient

with endogenous mental disorder (EMD) lives. Providing effective and flexible interpersonal communication in such families is a prerequisite both for ensuring effectiveness of psychosocial therapy and for psychoprophylaxis of mental disadaptation in family caregivers of patients with EMD.

Objective. The aim of our study was to determine the basic determinants of interpersonal communication in family caregivers of patients with EMD in context of their family functioning.

Materials and methods. Features of emotional and social intelligence of family caregivers of patients with EMD were studied. 243 family caregivers of patients with paranoid schizophrenia (168 persons, MGPSch) and patients with affective disorders - bipolar disorder, recurrent depressive disorder (75 persons, MGAD) were examined. The control group included 55 mentally healthy people, in whose families there is no mentally sick family member. For psychological testing, we used N. Hall's "EQ" test for measuring emotional intelligence and test of assessing the level of social intelligence by J. Guilford and M. Sullivan.

Results. The data obtained by the study indicate that the MGPSch and MGAD respondents demonstrate a decrease in the indicators of emotional and social intelligence in comparison with the control group respondents. Difficulties of emotional regulation, emotional management, recognition of emotional states of communication partners related to the levels of emotional and social intelligence of family caregivers are factors that complicate interpersonal relationships in families of patients with EMD and reduce ability for psychosocial adaptation of all family members.

Conclusions. Revealed features should be taken into consideration when creating appropriate psychoeducational and psychocorrective programs for family caregivers of patients with EMD.

Keywords: emotional intelligence, social intelligence, family caregivers, endogenous mental disorders.

For citation: Kaminska A. O., Pshuk N. G. Determinants of interpersonal communication in family caregivers of patients with endogenous mental disorders. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(1): 34–39. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 29.01.2019

Accepted / Прийнята до друку: 15.02.2019

Актуальність. Інтерперсональна комунікація в сім'ях пацієнтів з ендегенними психічними розладами (ЕПР) виконує завдання обміну інформацією, узгодження зусиль, спрямованих на лікування та соціальну реадaptaцію, ефективний перерозподіл ролей у спільній діяльності, забезпечує встановлення та розвиток інтерперсональних стосунків у змінній сімейній ситуації, пізнання партнера і самопізнання. Передумовами ефективною міжособистісної комунікації в сім'ї, де проживає хворий з ЕПР, є як загальні принципи організації успішної сімейної комунікації, так і її специфічні норми і правила, в тому числі активність та відкритість комунікації; достатнє саморозкриття в процесі спілкування, конгруентність спілкування; узгодженість сімейних цінностей, адекватність сімейної самосвідомості; точність невербальної комунікації, несуперечливість вербальних і невербальних повідомлень; сенситивність до висловлювань партнера, здатність до активного слухання зі зворотним зв'язком; неупередженість і емпатійність прийняття психічно хворого члена сім'ї як комунікативного партнера; створення атмосфери психологічної безпеки; прояви афіліації, взаємної емпатії та соціальної підтримки, поваги до партнера, що особливо важливо при виникненні стресових, фруструючих і проблемних ситуацій.

Особливістю сімейної інтерперсональної комунікації є значна емоційна насиченість та інтенсивність взаємодії [1, 2]. Сім'я психічно хворого функціонує в умовах реальності, яка змінюється залежно від динаміки його психічного стану, що вимагає постійного пристосування та комунікативної гнучкості з боку референтних родичів для підтримання сімейного гомеостазу та збереження функціональності всієї сімейної системи [2]. Водночас через відсутність належної підготовки, недостатні знання про хворобу та психологічний дистрес, обумовлений різними змінами у психічному стані члена сім'ї, референтні родичі зазнають значного напруження та навантаження, які тепер широко відомі під назвою «сімейне навантаження» [3–5], що негативно впливає на комунікацію в сімейній системі [6].

Порушення міжособистісного спілкування – одна з найактуальніших проблем сімейного функціонування у сім'ях, де проживають хворі з ЕПР [7].

Протягом останніх двох десятиліть найважливішим напрямком розвитку психосоціального лікування хворих на ендегенні психічні розлади є акцент на позитивному впливі участі сім'ї в процесі терапії. Психосоціальні втручання впроваджуються в систему терапевтичних заходів для психічно хворих та розглядаються, поряд з психофармакологічними впливами, як такі, що суттєво впливають на кінцевий результат лікування як у стаціонарних, так і в позалікарняних умовах [8–10]. Налагодження ефективною та гнучкою інтерперсональною комунікації в сім'ях хворих на ЕПР є необхідною передумовою як для забезпечення ефективності психосоціальної терапії, так і для психопрофілактики психічної дезадаптації у референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

Незважаючи на досить велику кількість досліджень наслідків ендегенних психічних розладів (ЕПР) та пов'язаного з ними психологічного навантаження на референтних родичів, як осіб, що постійно взаємодіють із пацієнтом, досі немає цілісного розуміння феноменології комунікативних девіацій у сім'ях, в яких проживає пацієнт з ендегенним психічним захворюванням. На сьогодні привертають увагу невелика кількість наукових досліджень у цьому напрямку та відсутність дієвих систем медико-психологічного супроводу для референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

У подоланні стресових та проблемних ситуацій та налагодженні ефективною інтерперсональною комунікації в сім'ях, в яких проживають пацієнти з ендегенними психічними розладами, властивості емоційного та соціального інтелекту відіграють вирішальну роль. Завдяки здатності усвідомлювати та розпізнавати власні емоційні стани та емоційні стани інших людей виникає підґрунтя для забезпечення ефективного і адаптивного емоційного та поведінкового реагування в умовах сімейної взаємодії.

Мета дослідження – визначення базових детермінант інтерперсональної комунікації референтних родичів пацієнтів з ЕПР у контексті їх сімейного функціонування.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології та за умови інформованої згоди було обстежено 243 референтних родичів

(РР) хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади – біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР). Критеріями включення респондентів до участі у дослідженні були інформована згода на проведення анкетування, клініко-психологічного, психодіагностичного обстежень, відсутність попередніх звернень за допомогою до лікаря-психіатра чи лікаря-нарколога, відсутність черепно-мозкових травм в анамнезі, 1–2 ступінь спорідненості з хворим. До РРПШ було включено 49 дружин, 25 чоловіків, 94 – один із батьків пацієнтів з ПШ. До РРАФР було включено 20 дружин, 25 чоловіків, 30 – один із батьків пацієнтів з АФР. Обстежені перебували у віковому діапазоні від 26 до 63 років (середній вік: «дружини» – $37,5 \pm 0,8$ років, «чоловіка» – $42,3 \pm 0,9$ та «одного з батьків» – $60,3 \pm 3,7$ роки). Більшість родичів (64,5 %) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу мали 55,1 %. 70,4 % респондентів РРПШ та РРАФР оцінили матеріально-побутовий стан як задовільний, а 23,1 % вказали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи в сім'ї пацієнта з психічним розладом. Аналіз сімейних стосунків показав, що наявність адекватних стосунків констатували 19,5 % РРПШ та 28,6 % РРАФР, на конфліктні та емоційно-настійкі сімейні стосунки вказали, відповідно, 46,2 % та 26,4 % опитаних РР. Групу контролю (КГ) склали 55 психічно здорових осіб (35 осіб жіночої та 20 осіб чоловічої статі), в сім'ях яких немає психічно хворих осіб і які ніколи не зверталися за допомогою до лікаря-психіатра.

Емоційний інтелект референтних родичів визначали за допомогою психодіагностичного методу із використанням методики «EQ» Н. Холла. Опитувальник призначений для виявлення здатності розуміти міжособистісні стосунки, що репрезентуються в емоціях, та керувати емоційною сферою на основі прийняття рішень.

Тест емоційного інтелекту Холла визначає як загальний рівень емоційного інтелекту, так і його окремі детермінанти (емоційну обізнаність, здатність керувати емоціями, самомотивацію, емпатію, розпізнавання емоційних станів інших людей). Для обстеження референтних родичів (РР) хворих з ЕПР був використаний повний варіант методики. Результати оцінювали за 5 субтестами, а також враховували композитну оцінку.

Для оцінки рівня соціального інтелекту використовували методику Дж. Гілфорда та М. Саллівена (російськомовна адаптація Е. С. Михайлової). Дослідження соціального пізнання через соціальний інтелект як фактор психосоціальної адаптації дозволяє розуміти та прогнозувати поведінку людей у різних життєвих ситуаціях, розпізнавати наміри, почуття та емоційні стани людини за вербальною та невербальною експресією. Методика визначає як загальний рівень соціального інтелекту, так і окремі його складові (здатність передбачати наслідки поведінки, розуміти вербальну та невербальну поведінку, розбиратися у загальній картині міжособистісної взаємодії).

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики.

Результати та їх обговорення

Однією із базових детермінант міжособистісної взаємодії є емоційний інтелект, як комплексна інтегральна

характеристика, що забезпечує розпізнавання власних емоцій та емоцій інших людей, а також створює передумови для керування емоціями у ситуаціях інтерперсональної комунікації.

Таблиця 1. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендогенними психічними розладами (середній бал, $M \pm m$)

Показники	Середній бал ($M \pm m$)		
	РРПШ	РРАФР	КГ
Емоційна обізнаність	$7,9 \pm 2,5^{**}$	$12,5 \pm 1,5^{**}$	$14,5 \pm 1,5$
Управління емоціями	$3,2 \pm 1,7^{**}$	$4,5 \pm 1,5^{**}$	$15,5 \pm 1,5$
Самомотивація	$8,7 \pm 1,9^{**}$	$11,4 \pm 1,9^{**}$	$13,4 \pm 1,9$
Емпатія	$5,5 \pm 2,3^*$	$10,0 \pm 2,6^*$	$12,0 \pm 2,6$
Розпізнавання емоцій інших людей	$5,6 \pm 1,2^*$	$12,3 \pm 1,5^*$	$16,3 \pm 1,5$
Композитна оцінка	$36,4 \pm 2,9^{**}$	$43,2 \pm 1,7^{**}$	$70,5 \pm 3,7$

Примітка. * – показники є статистично достовірними, $P < 0,05$; ** – $P < 0,001$.

Дослідження рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР (табл. 1) дозволило встановити деякі відмінності, порівняно з особами групи контролю. Отримані цифрові дані за шкалою емоційної обізнаності (РРПШ $7,9 \pm 2,5$ та РРАФР $12,5 \pm 1,5$; КГ $14,5 \pm 1,5$, $P < 0,001$) дозволяють зробити висновок, що референтні родичі хворих на ЕПР не завжди здатні зрозуміти значення як негативних, так і позитивних емоцій для отримання знань про те, яке рішення краще прийняти, що відображає знижену здатність орієнтуватись на власні негативні емоції як на джерело розуміння необхідності змін у своєму житті, невміння відчувати і спостерігати за зміною власних емоційних станів, розуміти появу негативних емоцій як важливий індикатор проблем у житті. Вони часто відчують суттєві внутрішньоособистісні труднощі через знижене розуміння значення емоцій для збереження оптимального самопочуття та контролю над власним життям.

За шкалою керування власними емоціями (РРПШ $3,2 \pm 1,7$ та РРАФР $4,5 \pm 1,5$; КГ $15,5 \pm 1,5$, $P < 0,001$) встановлені показники вказують на те, що респонденти основних груп, порівняно з КГ, мають достовірно нижчу здатність зберігати спокій та самоконтроль за умов переживання тиску з боку оточення, слідкувати за власним самопочуттям, а також обмежену здатність справлятися з власними почуттями, коли щось сильно засмучує, не зациклюватися на негативних емоціях, швидко заспокоюватися після неочікуваних прикроців, легко відключатись від переживання неприємностей. Отримані дані свідчать про знижені можливості емоційного копіювання в респондентів основних груп за умови наявності ендогенного психічного захворювання у члена сім'ї.

Показники за шкалою самомотивації (РРПШ $8,7 \pm 1,9$ та РРАФР $11,4 \pm 1,9$; КГ $13,4 \pm 1,9$, $P < 0,001$) відображають знижену здатність РР пацієнтів з ЕПР залишатись спокійними та зосередженими за необхідності, діючи відповідно до життєвих вимог. На відміну від респондентів КГ, вони не можуть свідомо викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій – таких як позитивний настрій, радість, внутрішній підйом та гумор, творчо вирішувати актуальні завдання всупереч життєвим проблемам та перешкодам, з легкістю занурюватись у

стан спокою, готовності і зосередженості, відкидаючи негативні почуття, коли необхідно діяти.

Результати, отримані нами за шкалою емпатії (РРПШ 5,5±2,3 та РРАФР 10,0±2,6; КГ 12,0±2,6, $P<0,05$) показують у референтних родичів, в сім'ях яких проживає пацієнт з ЕПР, наявність зниження здатності вислуховувати проблеми інших людей та чутливості до емоційних потреб інших, обмежене розуміння емоцій співрозмовника, особливо якщо вони не висловлені прямо, погіршене розпізнавання емоцій за невербальними ознаками, низьку здатність відчувати потреби комунікативного партнера, невміння налаштовуватись на емоції інших людей.

Показники за шкалою розуміння емоцій інших людей (РРПШ 5,6±1,2 та РРАФР 12,3±1,5; КГ 16,3±1,5, $P<0,05$) вказують на те, що у референтних родичів пацієнтів з ПШ та АФР знижується здатність заспокоювати комунікативного партнера, адекватно реагувати на настрої, наміри і бажання інших, розумітись на почуттях оточуючих, бути добрими порадиниками з питань взаємин між людьми, допомагати іншим використовувати їхні наміри для досягнення особистих цілей.

Композитне оцінювання (РРПШ 36,4±2,9 та РРАФР 43,2±1,7; КГ 70,5±3,7, $P<0,001$) свідчить про те, що загалом у референтних родичів пацієнтів з ЕПР спостерігається як зниження здатності до розпізнавання власних емоцій та емоцій інших людей, так і обмежена здатність до керування власними емоціями у ситуаціях міжособистісної взаємодії.

На відміну від загального інтелекту, емоційний та соціальний інтелект є метакогнітивними здібностями, що спрямовані на інтеграцію когнітивної, міжособистісної та емоційної інформації для отримання цілісного осмислення реальності, та можуть змінюватись під впливом психосоціального досвіду. При вивченні динаміки цифрових показників емоційного інтелекту у референтних родичів пацієнтів з ЕПР було виявлено такі закономірності (табл. 2): у референтних родичів пацієнтів з ПШ спостерігається зниження показників емпатії (РРПШ1 15,5±2,0; РРПШ2 10,0±2,6; РРПШ3 (-1,0)±2,6, $P<0,001$), здатності до розпізнавання емоцій інших людей (РРПШ1 5,6±1,1; РРПШ2 15,3±3,5; РРПШ3 (-6,3)±1,5, $P<0,001$), управління емоціями (РРПШ1 5,2±1,9; РРПШ2 3,5±1,5; РРПШ3 (-8,5)±1,5, $P<0,001$) та композитної оцінки емоційного інтелекту (РРПШ1 49,4±2,5; РРПШ2 33,2±2,7; РРПШ3 20,5±12,8, $P<0,001$) зі зростанням тривалості захворюван-

Таблиця 2. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з параноїдною шизофренією залежно від тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї (середній бал, $M\pm m$)

Показники	Середній бал ($M\pm m$)		
	РРПШ1 (до 4 років)	РРПШ2 (5–8 років)	РРПШ3 (8–12 років)
Емоційна обізнаність	8,3±1,4**	9,5±1,5	6,5±2,5
Управління емоціями	5,2±1,9	3,5±1,5	- 8,5±1,5**
Самомотивація	16,7±2,1*	10,2±1,9	10,4±1,9
Емпатія	15,5±2,0*	10,0±2,6	- 1,0±2,6*
Розпізнавання емоцій інших людей	5,6±1,1*	15,3±3,5*	- 6,3±1,5
Композитна оцінка	49,4±2,5**	33,2±2,7**	20,5±12,8**

Примітка. * – показники є статистично достовірними, $P<0,05$; ** – $P<0,001$.

ня психічно хворого члена сім'ї. Такі показники можна інтерпретувати як можливі предиктори інтерперсональних комунікативних девіацій у сім'ях пацієнтів з ЕПР, що можуть бути пояснені суперечливістю вербальної і невербальної комунікації; виникненням комунікативних бар'єрів; порушенням і спотворенням передачі емоцій; нездатністю толерувати власний негативний психоемоційний стан на фоні зниження емпатії та недостатньої емоційної компетентності.

При порівнянні показників емоційного інтелекту у референтних родичів пацієнтів з АФР (табл. 3) було виявлено вищі показники емоційної обізнаності у групі РР пацієнтів з тривалістю розладу від 8 до 12 років, порівняно з респондентами груп із меншою тривалістю захворювання у члена сім'ї (РРАФР1 2,3±3,4; РРАФР2 9,5±7,5; РРАФР3 12,3±4,5, $P<0,001$). Встановлено зниження здатності до управління власними емоціями при зростанні тривалості захворювання (РРАФР1 15,2±1,9; РРАФР2 12,5±1,5; РРАФР3 4,5±1,5, $P<0,05$), натомість рівень емпатії був найвищим у групі РР пацієнтів з тривалістю АФР від 5 до 8 років (РРАФР1 15,5±4,5; РРАФР2 20,0±2,6; РРАФР3 12,0±2,6, $P<0,05$), що, імовірно, вказує на компенсаторне пристосування РР до наявності афективних порушень у члена сім'ї.

Таблиця 3. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з афективними розладами залежно від тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї (середній бал, $M\pm m$)

Показники	Середній бал ($M\pm m$)		
	РРПШ1 (до 4 років)	РРПШ2 (5–8 років)	РРПШ3 (8–12 років)
Емоційна обізнаність	2,3±3,4**	9,5±7,5	12,3±4,5**
Управління емоціями	15,2±1,9	12,5±1,5	4,5±1,5*
Самомотивація	15,7±2,1	14,2±1,9	11,4±1,9
Емпатія	15,5±4,5	20,0±2,6*	12,0±2,6
Розпізнавання емоцій інших людей	15,6±1,1	15,3±3,5	12,3±1,5
Композитна оцінка	39,4±3,5	43,2±4,7	40,2±2,7

Примітка. * – показники є статистично достовірними, $P<0,05$; ** – $P<0,001$.

Соціальний інтелект виявляється у здатності взаємодіяти з іншими людьми, вірно оцінювати психоемоційний стан та мотивацію комунікативних партнерів у ситуаціях соціальної взаємодії, узагальнювати соціальну інформацію та прогнозувати розвиток інтерперсональних інтеракцій. Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР дозволило виявити певні суттєві відмінності поведінково-комунікативних патернів (табл. 4). Для обстеження референтних родичів (РР) хворих з ЕПР був використаний повний варіант методики Гілфорда. Результати оцінювали за 4 субтестами (СТ, СТ1 «історії з завершенням», СТ2 «групи експресії», СТ3 «невербальна експресія», СТ4 «історії з доповненням»), а також враховувалась композитна оцінка.

Так, за першим субтестом «історії з завершенням» методики дослідження соціального інтелекту (РРПШ 3,22±0,5 та РРАФР 3,47±0,9; КГ 4,08±0,5 $P<0,05$) референтні родичі мали посередні здібності щодо пізнання поведінки пацієнта, який хворіє на ПШ чи АФР, в умовах сімейного функціонування. Вони могли лише частково

передбачати подальші дії пацієнта на основі аналізу реальних ситуацій сімейного та дружнього спілкування, розуміти почуття хворого, і на цій основі визначати ефективність комунікації.

Встановлені цифрові дані за першим субтестом дозволяють зробити висновок, що референтні родичі хворих на ЕПР не завжди можуть чітко побудувати стратегію власної поведінки з метою досягнення певних цілей у лікуванні хворих. Їх поведінка може виходити за межі загальноприйнятих норм, вони невірно уявляють результати власних дій та вчинків інших.

За другим субтестом «групи експресії» (РРПШ 2,97±1,1 та РРАФР 3,14±1,6; КГ 4,18±0,1, $P<0,001$) встановлені показники дозволяють думати про те, що референтні родичі, на відміну від респондентів контрольної групи, відчують труднощі в оцінці станів та почуттів за їх невербальними ознаками в процесі міжособистісної комунікації. Чутливість до невербальної експресії суттєво посилює здатність розуміти інших. Здатність зчитувати невербальні сигнали іншої людини, усвідомлювати їх та порівнювати з вербальними, є основою інтуїції. Коли референтні родичі хворих на ПШ чи АФР будують власну лінію поведінки, вони частіше орієнтуються на поодинокі вислови співрозмовників, аніж на прояви їх невербальної комунікації. У їх розумінні відкритість та доброзичливість не завжди є запорукою успіху в спілкуванні, у них відзначаються знижена чутливість до емоційних станів інших людей і неповне розуміння власного емоційного стану в умовах міжособистісної взаємодії, що, безперечно, є прямими чинниками, які зумовлюють дисфункціональність інтерперсональної комунікації.

Показники субтесту «вербальна експресія» (РРПШ 2,8±0,3 та РРАФР 3,08±1,1; КГ 4,13±0,7, $P<0,001$) вказують на те, що у референтних родичів, у сім'ях яких проживає пацієнт з афективними розладами, знижується здатність швидко та вірно оцінювати мовленнєву продукцію співрозмовника в контексті певної ситуації, правильно знаходити відповідний тон спілкування, вони не завжди вірно проявляють рольову пластичність та розуміння сенсу вербальної комунікації.

Результати, отримані за четвертим субтестом «історії з доповненням» (РРПШ 3,1±0,7 та РРАФР 3,47±0,5; КГ 4,49±0,2, $P<0,001$), показують знижену здатність родичів хворих на ЕПР до вміння аналізувати складні ситуації взаємодії у міжособистісному спілкуванні; вони не завжди вірно оцінюють адекватність ситуації для спілкування та не до кінця передбачають, як буде поводитись людина в подальшому, не можуть відшукати причин такої поведінки.

Композитне оцінювання (РРПШ 3,30±2,6 та РРАФР 3,66±0,2; КГ 4,43±0,6, $P<0,05$) свідчить про те, що у референтних родичів пацієнтів з ЕПР знижені адаптаційні ресурси особистості в міжособистісній взаємодії, вони відчують утруднення в судженнях про співрозмовника, малокотактні, але більш тактовні та доброзичливі у комунікативній взаємодії, порівняно з респондентами контрольної групи. Вони відчують труднощі в оцінці потреби та намірів комунікації, прогнозуванні своєї поведінки та логіки подальших подій.

При вивченні динаміки соціально-практичного інтелекту у референтних родичів пацієнтів з ЕПР було виявлено такі закономірності (табл. 5): у референтних родичів пацієнтів з ПШ спостерігається зниження соціального інтелекту за всіма конструктами відповідно до збільшення тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї. Це вказує на обмежену здатність вирішувати соціальні завдання, ідентифікувати та вірно інтерпретувати ситуації соціальної взаємодії, що, ймовірно, пов'язано із досвідом неефективної інтерперсональної взаємодії в межах сімейної системи.

При дослідженні конструктів соціального інтелекту у референтних родичів пацієнтів з АФР (табл. 5) було виявлено компенсаторне підвищення показників у групах РР пацієнтів з тривалістю ЕПР до 4 років та від 5 до 8 років (композитне оцінювання РРАФР1 2,74±0,8; РРАФР2 3,12±0,2; РРАФР3 2,1±0,5, $P<0,001$), що вказує на намагання РР адаптуватись до соціальної ситуації завдяки інтеграції як позитивного, так і негативного соціального досвіду, уважності до контексту ситуації, прагненні оцінювати її об'єктивно.

Таблиця 4. Показники рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендегенним психічним розладом (середній бал, $M\pm m$)

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
РРПШ (n=168)	3,22±0,5*	2,97±1,1**	2,81±0,3**	3,12±0,7**	3,30±2,6**
РРАФР (n=75)	3,49±0,9*	3,14±1,6**	3,08±1,1**	3,47±0,5**	3,66±0,2**
КГ (n=55)	4,08±0,5	4,18±0,1	4,13±0,7	4,49±0,2	4,43±0,6

Примітка. * – показники є статистично достовірними, $P<0,05$; ** – $P<0,001$.

Таблиця 5. Показники рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендегенним психічним розладом залежно від тривалості захворювання (середній бал, $M\pm m$)

Група	СТ1	СТ2	СТ3	СТ4	КО
РРПШ1 (n=57)	3,12±0,8*	3,1±1,1*	2,9±0,8*	3,45±0,9*	3,30±2,6**
РРПШ2 (n=58)	2,72±0,5	2,7±1,5	2,41±1,3	3,12±0,5	2,40±1,3
РРПШ3 (n=53)	2,6±0,6	2,2±1,0	2,11±0,5	2,82±0,7*	2,44±1,1
РРАФР1 (n=34)	3,41±0,9	3,12±1,6*	2,5±1,3**	2,87±0,5	2,74±0,8
РРАФР2 (n=22)	3,05±0,6	2,35±1,2	3,08±1,1**	3,37±0,6**	3,12±0,2**
РРАФР3 (n=19)	2,15±1,0*	2,09±1,0	2,1±1,5**	2,12±0,5	2,1±0,5*
КГ (n=55)	4,08±0,5	4,18±0,1	4,13±0,7	4,49±0,2	4,43±0,6

Примітка. * – показники є статистично достовірними, $P<0,05$; ** – $P<0,001$.

Висновки

РР пацієнтів з шизофренією та афективними розладами демонструють зниження показників емоційного та соціального інтелекту за всіма конструктами, що створює суттєві перешкоди як для ефективної інтерперсональної сімейної комунікації, так і для гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий пацієнт. Труднощі емоційної регуляції, керування емоційним станом, розпізнавання емоційних станів інших учасників комунікації, пов'язані з рівнем емоційного та соціального інтелекту РР, є факторами, що значно ускладнюють інтерперсональні взаємини у сім'ях хворих з ЕПР та знижують можливості психосоціальної адаптації усіх членів сім'ї. Встановлені особливості необхідно враховувати при створенні відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для референтних родичів пацієнтів з ендегенними психічними розладами.

Список використаної літератури

1. Miklowitz D. J., Chung B. Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family process*. 2016. Vol. 55, issue 3. P. 483–499. DOI: 10.1111/famp.12237.
2. Miklowitz D. J. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence. *Journal of Clinical Psychology*. 2012. Vol. 68, issue 5. P. 502–513. DOI: 10.1002/jclp.21855.
3. Awad A. G., Voruganti L. N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008. Vol. 26, issue 2. P. 149–162. DOI: 10.2165/00019053-200826020-00005.
4. Geriani D., Savithry K. S., Shivakumar S., Kanchan T. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2015. Vol. 9, issue 3. VC01–VC04. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.
5. Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? / S. Ochoa, M. Vilaplana, J. M. Haro [et al.]. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008. Vol. 43, issue 8. P. 612–618. DOI: 10.1007/s00127-008-0337-x.
6. Caregiver Burden and Health in Bipolar Disorder: A Cluster Analytic Approach / D. A. Perlick, R. A. Rosenheck, D. J. Miklowitz [et al.]. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008. Vol. 196, issue 6. P. 484–491. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181773927.
7. Akbari M., Alavi M., Irajpour A., Maghsoudi J. Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2018. Vol. 23, issue 5. P. 329–337. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17.

DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17.

8. Bustillo J., Lauriello J., Horan W., Keith S. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *The American journal of psychiatry*. 2001. Vol. 158, issue 2. P. 163–175. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.2.163.
9. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сальникова Л. И. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М.: Медипрактика, 2002. 180 с.
10. Гусева О. В., Коцюбинский А. П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Издательство «СПЕЦЛИТ», 2013. 287 с.

References

1. Miklowitz, D. J., & Chung, B. (2016). Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. *Family process*, 55(3), 483–499. <http://dx.doi.org/10.1111/famp.12237>
2. Miklowitz, D. J. (2012). Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *Journal of clinical psychology*, 68(5), 502–513. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.21855>
3. Awad, A., & Voruganti, L. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149–162. <http://dx.doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
4. Geriani, D., Savithry, K. S., Shivakumar, S., & Kanchan, T. (2015). Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of clinical and diagnostic research*, 9(3), VC01–VC04. <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2015/11342.5654>
5. Ochoa, S., Vilaplana, M., Haro, J. M., Villalta-Gil, V., Martínez, F., Negredo, M. C., ... NEDES Group. (2008). Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(8), 612–618. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0337-x>
6. Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., ... STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6), 484–491. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181773927>
7. Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., & Maghsoudi, J. (2018). Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(5), 329–337. http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17
8. Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *The American journal of psychiatry*, 158(2), 163–175. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.163>
9. Gurovich, I. Ya., Shmukler, A. B., & Sal'nikova, L. I. (2002). Praktikum po psichosotsial'nomu lecheniju i psichosotsial'noi reabilitacii psichicheskii bol'nyh [Guide of psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of patients with mental disorders]. Moscow: Mediapraktika, 180 p. (In Russian).
10. Guseva, O. V., & Kotsyubinskiy, A. P. (2013). Integrativnaya model' psikhoterapii endogennykh psichicheskikh rassstroystv [Integrative model of psychotherapy of endogenous mental disorders]. Izdatel'stvo «SPETSIT», 287 p. (In Russian).

Відомості про авторів:

КАМИНСЬКА Анна Олексіївна, канд. мед. наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна;
e-mail: adonidisvernalis@gmail.com
ID ORCID: 0000-0003-3281-989X

ПШУК Наталія Григорівна, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна;
e-mail: pshuk.natalia@gmail.com

Сведения об авторах:

КАМИНСКАЯ Анна Алексеевна, канд. мед. наук, доцент каф. медицинской психологии и психиатрии с курсом последипломного образования Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина;
e-mail: adonidisvernalis@gmail.com
ID ORCID: 0000-0003-3281-989X

ПШУК Наталия Григорьевна, д-р мед. наук, профессор, зав. каф. медицинской психологии и психиатрии с курсом последипломного образования Винницкого национального медицинского университета им. Н. И. Пирогова, г. Винница, Украина;
e-mail: pshuk.natalia@gmail.com

About the authors:

KAMINSKA Anna Oleksiivna, MD, PhD, Associated professor, Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine;

e-mail: adonidisvernalis@gmail.com
ID ORCID: 0000-0003-3281-989X

PSHUK Nataliia Gryhorivna, MD, PhD, DSci, Professor, Head of Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education, National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine;
e-mail: pshuk.natalia@gmail.com

О. О. Сидоренко

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ТА МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної

та клінічної медицини» ДУС, м. Київ, Україна

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Працюючи в державній службі індивід починає включатися в систему конкурентних внутрішньоорганізаційних стосунків, нерідко займаючи одночасно декілька позицій, кожній із яких відповідає сукупність соціально-психологічних вимог та професійних норм і правил поведінки. Державні службовці (ДС) змушені працювати понаднормово, без належної фінансової винагороди та в жорстких рамках щодо термінів виконання завдань. Це обумовлює виникнення стресів, виснаження та зниження професійної мотивації у співробітників. Наслідком соціально-психологічної дезадаптації державних службовців можуть бути як проблеми в організаційно-трудовій площині, так і в соціальній та медико-психологічній площинах. Це обумовлює необхідність проведення деталізованого дослідження та потребує вивчення психоемоційних та поведінкових особливостей особистості державних службовців, які мають ознаки станів психологічної дезадаптації.

Мета – на основі ідентифікації клініко-психологічних проявів та чинників формування станів психологічної дезадаптації у державних службовців обґрунтувати необхідність проведення психокорекційних заходів для даного контингенту.

Матеріали та методи. 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 складав $16,37 \pm 8,25$ років. Дослідження проведене з використанням психодіагностичного інструментарію, що включав госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety Depression Scale), опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації», методику «Діагностика копінг-механізмів», опитувальник «Внутрішня мотивація», Гіссенський особистісний опитувальник.

Результати. Загальна вибірка ДС ($n=159$; 100,00 %) була поділена на дві групи. До групи 1 увійшли ДС з помірним та вираженим рівнем проявів соціально-психологічної дезадаптації ($n=78$; 49,06 %), до групи 2 увійшли ДС без проявів психологічної дезадаптації ($n=81$; 50,94 %).

В свою чергу, група 1 ($n=78$; 100,00 %) була поділена на дві підгрупи: 1а – ДС з проявами психологічної дезадаптації з превалюванням тривожно-депресивної симптоматики ($n=44$; 56,41 %) та 1б – ДС з психологічною дезадаптацією з переважно соціально-психологічними проявами ($n=34$; 43,59 %).

Групу 1а склали 35 (79,54 %) жінок та 9 (20,46 %) чоловіків, середній вік респондентів становив $44,04 \pm 7,9$ роки. Прояви тривожної симптоматики було виявлено у 35 (79,54 %) респондентів, прояви депресивної симптоматики – у 20 (45,45 %) респондентів. Дослідивши копінг-стратегії, які застосовували ДС, ми встановили, що 40 (90,91 %) респондентів застосовують неефективні копінг-стратегії, решта – 4 (9,09 %) респонденти використовують ефективний копінг. Середній показник рівня внутрішньої мотивації до роботи був низьким у 35 (79,55 %) респондентів, середнім/високим – у 9 (20,45 %) респондентів. За результатами Гіссенського особистісного опитувальника низька самооцінка виявлена у 18 (40,90 %), схильність до депресивного настрою – у 28 (63,63 %), низький рівень контролю поведінки/вчинків – у 20 (45,45 %), замкнутість – у 11 (25,00 %) респондентів.

До групи 1б увійшли 27 (79,41 %) жінок та 7 (20,59 %) чоловіків, середній вік респондентів становив $43,05 \pm 10,4$ років. Прояви тривожно-депресивної симптоматики у обстежених цієї групи виявлено не було. Проаналізувавши використовувані копінг-стратегії, ми встановили, що 31 (91,18 %) респондент використовує неефективні копінг-стратегії, 3 (8,82 %) респонденти використовують ефективний копінг. Середній показник рівня внутрішньої мотивації до роботи був низьким у 30 (88,23 %) респондентів, середнім/високим – у 4 (11,77 %) респондентів. За результатами Гіссенського особистісного опитувальника низька самооцінка виявлена у 4 (11,76 %), схильність до депресивного настрою – у 21 (61,78 %), схильність до гіпоманіакального настрою – у 4 (11,76 %), низький рівень контролю поведінки/вчинків – у 18 (52,94 %), замкнутість – у 9 (26,47 %) респондентів.

До групи 2 увійшли 56 (69,13 %) жінок та 25 (30,87 %) чоловіків. Середній вік респондентів становить $41,8 \pm 9,2$ років. Прояви тривожної симптоматики було виявлено у 6 (7,40 %) респондентів, прояви депресивної симптоматики – у 2 (2,46 %) респондентів. Соціально-психологічної дезадаптації чи окремих її проявів не виявлено. Проаналізувавши копінг-стратегії, які використовували опитувані, ми встановили, що 74 (91,35 %) респонденти використовують неефективні копінг-стратегії, 7 (8,65 %) респондентів використовують ефективний копінг. Середній показник рівня внутрішньої мотивації до роботи був низьким у 49 (60,49 %) респондентів, середнім/високим – у 32 (39,51 %) респондентів. За результатами Гіссенського особистісного опитувальника низька самооцінка виявлена у 16 (19,75 %),

схильність до депресивного настрою – у 35 (43,20 %), низький рівень контролю поведінки/вчинків – у 45 (55,55 %), замкнутість – у 15 (18,51 %) респондентів.

Висновки. У результаті комплексного психодіагностичного дослідження державних службовців ми визначили механізми формування явища психологічної дезадаптації. До них належать такі.

1. Стрес, спричинений робочим середовищем у сфері державної служби, впливає на зниження загального рівня робочої мотивації та використання неефективних копінг-стратегій у ДС;

2. Зниження загального рівня робочої мотивації та використання неефективних копінг-стратегій спричиняє деструктивні зміни в структурі особистості ДС;

3. Комплексні зміни, обумовлені низьким рівнем робочої мотивації, використанням неефективного копіngu та деструктивними змінами у структурі особистості ДС є причиною формування явища психологічної дезадаптації у ДС.

Залежно від форми психологічної дезадаптації та сили її проявів, глибини деструктивних змін особистості, може формуватися тривожна, депресивна або тривожно-депресивна симптоматика.

Ключові слова: психологічна дезадаптація, копінг-стратегії, робоча мотивація, державні службовці.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ

О. А. Сидоренко

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

Актуальность. Работая в государственной службе, индивид начинает включаться в систему конкурентных внутриорганизационных отношений, нередко занимая одновременно несколько позиций, каждой из которых соответствует совокупность социально-психологических требований и профессиональных норм и правил поведения. Государственные служащие (ГС) вынуждены работать сверхурочно, без должного финансового вознаграждения и в жестких рамках по срокам выполнения задач. Это обуславливает возникновение стрессов, истощение и снижение профессиональной мотивации у сотрудников. Следствием социально-психологической дезадаптации государственных служащих могут быть как проблемы в организационно-трудовой плоскости, так и в социальной и медико-психологической плоскостях. Это обуславливает необходимость проведения детального исследования и требует изучения психоэмоциональных и поведенческих особенностей личности государственных служащих, имеющих признаки состояний психологической дезадаптации.

Цель – на основе идентификации клинико-психологических проявлений и факторов формирования состояний психологической дезадаптации у государственных служащих обосновать необходимость проведения психокоррекционных мероприятий для данного контингента.

Материалы и методы. На базе ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД в 2016 – 2018 гг. обследовано 159 ГС, в том числе 118 женщин (74,22 %) и 41 мужчина (25,78 %). Средний возраст респондентов составил 42,7±9,19 лет. Средний стаж работы в государственной службе составил 16,37±8,25 лет. Исследование проведено с использованием психодиагностического инструментария, включавшего госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety Depression Scale), опросник «Оценка профессиональной дезадаптации», методику «Диагностика копинг-механизмов», опросник «Внутренняя мотивация», Гессенский личностный опросник.

Результаты. Общая выборка ГС (n=159; 100,00 %) была поделена на две группы. В группу 1 вошли ГС с умеренным и выраженным уровнем проявлений социально-психологической дезадаптации (n=78; 49,06 %), в группу 2 вошли ГС без проявлений психологической дезадаптации (n=81; 50,94 %).

В свою очередь, группа 1 (n=78; 100,00 %) была поделена на две подгруппы: 1а – ГС с проявлениями психологической дезадаптации с превалированием тревожно-депрессивной симптоматики (n=44; 56,41 %) и 1б – ГС с психологической дезадаптацией с преимущественно социально-психологическими проявлениями (n=34; 43,59 %).

Группу 1а составили 35 (79,54 %) женщин и 9 (20,46 %) мужчин, средний возраст респондентов составил 44,04±7,9 года. Проявления тревожной симптоматики были выявлены у 35 (79,54 %) респондентов, проявления депрессивной симптоматики – у 20 (45,45 %) респондентов. Исследовали копинг-стратегии, которые применяли ДС, мы установили, что 40 (90,91 %) респондентов применяют неэффективные копинг-стратегии, остальные – 4 (9,09 %) респондента используют эффективный копинг. Средний показатель уровня внутренней мотивации к работе был низким у 35 (79,55 %) респондентов, средним / высоким – у 9 (20,45 %) респондентов. По результатам Гессенского личностного опросника низкая самооценка обнаружена у 18 (40,90 %), склонность к депрессивному настроению – у 28 (63,63 %), низкий уровень контроля поведения / поступков – у 20 (45,45 %), замкнутость – у 11 (25,00 %) респондентов.

В группу 1б вошли 27 (79,41 %) женщин и 7 (20,59 %) мужчин, средний возраст респондентов составил 43,05±10,4 лет. Проявлений тревожно-депрессивной симптоматики у обследованных этой группы выявлено не было. Проанализировав используемые копинг-стратегии, мы установили, что 31 (91,18 %) респондент использует неэффективные копинг-стратегии, 3 (8,82 %) респондента используют эффективный копинг. Средний показатель уровня внутренней мотивации к работе был низким у 30 (88,23 %) респондентов, средним / высоким – у 4 (11,77 %) респондентов. По результатам Гессенского личностного опросника низкая самооценка обнаружена у 4 (11,76 %), склонность к депрессивному настроению – у 21 (61,78 %), склонность к гипоманиакальному настроению – у 4 (11,76 %), низкий уровень контроля поведения / поступков – у 18 (52,94 %), замкнутость – у 9 (26,47 %) респондентов.

В группу 2 вошли 56 (69,13 %) женщин и 25 (30,87 %) мужчин. Средний возраст респондентов составил 41,8±9,2 лет. Проявления тревожной симптоматики были выявлены у 6 (7,40 %) респондентов, проявления депрессивной симптоматики – у 2 (2,46 %) респондентов. Социально-психологической дезадаптации или отдельных ее проявлений не выявлено. Проанализировав копинг-стратегии, которые использовали опрашиваемые, мы установили, что 74 (91,35 %) респондента используют неэффективные копинг-стратегии, 7 (8,65 %) респондентов используют эффективный копинг. Средний показатель уровня внутренней мотивации к работе был низким у 49 (60,49 %) респондентов, средним / высоким – у 32 (39,51 %) респондентов. По результатам Гессенского личностного опросника низкая самооценка выявлена у 16 (19,75 %), склонность к депрессивному настроению – у 35 (43,20 %), низкий уровень контроля поведения / поступков – у 45 (55,55 %), замкнутость – у 15 (18,51 %) респондентов.

Выводы. В результате комплексного психодиагностического исследования государственных служащих мы определили механизмы формирования явления психологической дезадаптации. К ним относятся следующие.

1. Стресс, вызванный рабочей средой в сфере государственной службы, влияет на снижение общего уровня рабочей мотивации и использование неэффективных копинг-стратегий у ГС;
2. Снижение общего уровня рабочей мотивации и использование неэффективных копинг-стратегий вызывает деструктивные изменения в структуре личности ГС;
3. Комплексные изменения, обусловленные низким уровнем рабочей мотивации, использованием неэффективного копинга и деструктивными изменениями в структуре личности ГС являются причиной формирования явления психологической дезадаптации у ГС.

В зависимости от формы психологической дезадаптации и силы ее проявлений, глубины деструктивных изменений личности, может формироваться тревожная, депрессивная или тревожно-депрессивная симптоматика.

Ключевые слова: психологическая дезадаптация, копинг-стратегии, рабочая мотивация, государственные служащие.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS AND MECHANISMS FORMING OF PSYCHOLOGICAL DISADAPTATION OF 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. While working in the civil service, the individual begins to be included in the system of competitive internal-organizational relations, often taking several positions at the same time, each of which corresponds to a set of socio-psychological requirements and professional norms and rules of conduct. Civil servants (CS) forced to work superfluously, without adequate financial remuneration and within a dense framework within the timeframe of tasks. This leads to stress, exhaustion and a decrease in professional motivation among employees. The consequence of socio-psychological disadaptation of CS can be as problems in the organizational-working plane, as well as in the social and medical-psychological plane. This necessitates a detailed study and requires the study of psycho-emotional and behavioral characteristics of the personality of CS who have signs of the state of social and psychological disadaptation.

Objective – to substantiate the need for a psycho-correction program by the identification of clinical and psychological manifestations and factors of the formation of socio-psychological maladaptation in civil servants.

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 have studied 159 CS participated, among them were 118 women (74.22 %) and 41 men (25.78 %). The average age of respondents is 42.7 ± 9.19 years. The average length of service in the civil service is 16.37 ± 8.25 years. Psychodiagnostic tools included HADS (Hospital Anxiety Depression Scale), questionnaire “Assessment of professional disadaptation”, “Diagnosis of Coping Mechanisms”, the questionnaire “Inner Motivation”, Giessen test.

Results. The general CS sample ($n=159$; 100.00 %) was divided into two groups. The group “1” includes CS with a moderate and pronounced level of manifestations of socio-psychological maladaptation ($n=78$; 49.06 %); the group “2” included CS with no manifestations of socio-psychological disadaptation ($n=81$; 50.94 %).

In turn, the group “1” ($n=78$; 100.00 %) was divided into two subgroups: “1a” – CS with manifestations of socio-psychological maladaptation in combination with anxiety-depressive symptomatology ($n=44$; 56.41 %) and “1b” – CS with manifestations of socio-psychological maladaptation but without manifestations of anxiety-depressive symptoms ($n=34$; 43.59 %). Group “1a” consisted of: 35 (79.54 %) women and 9 (20.46 %) men, the average age of respondents was 44.04 ± 7.9 years. Manifestations of anxiety symptoms were found in 35 (79.54 %) of respondents, manifestations of depressive symptomatology in 20 (45.45 %) of respondents. Having investigated the CSs coping strategies used, 40 (90.91 %) respondents used ineffective coping strategies, the rest – 4 (9.09 %) respondents using effective coping. The average indicator of the level of internal motivation to work was low in 35 (79.55 %) respondents, middle/high in 9 (20.45 %) respondents. According to the results of the Giessen personal questionnaire: low self-esteem was detected in 18 (40.90 %) respondents, a tendency to depressed mood in 28 (63.63 %) respondents, low level of behavioral control/actions in 20 (45.45 %) respondents, closure in 11 (25.00 %) of respondents. The group “1b” includes 27 (79.41 %) women and 7 (20.59 %) men, the average age of respondents is 43.05 ± 10.4 years. Manifestations of anxiety-depressive symptoms have not been detected. After analyzing the used coping strategies, it was found that 31 (91.18 %) respondents use ineffective coping strategies, and 3 (8.82 %) respondents use effective coping. The average indicator of the level of internal motivation to work was low in 30 (88.23 %) respondents, medium/high at 4 (11.77 %) of respondents. According to the results of the Giessen personal questionnaire: a low self-esteem was detected in 4 (11.76 %) respondents, a tendency to depressed mood in 21 (61.78 %) respondents, a tendency to hypomanic mood in 4 (11.76 %) respondents, low level of control behaviors/actions in 18 (52.94 %) respondents, isolation in 9 (26.47 %) of respondents.

The group “2” includes: 56 (69.13 %) women and 25 (30.87 %) men. The average age of respondents is 41.8 ± 9.2 years. Manifestations of anxiety symptoms were found in 6 (7.40 %) respondents, depression symptoms in 2 (2.46 %) respondents. Manifestations of psychological disadaptation or its individual manifestations are not observed. After analyzing the used coping strategies, it was found that 74 (91.35 %) respondents use ineffective coping strategies, and 7 (8.65 %) respondents use effective coping. The average indicator of the level of internal motivation for work was low in 49 (60.49 %) respondents, average/high at 32 (39.51 %) respondents. According to the results of the Giessen personal questionnaire: a low self-esteem was detected in 16 (19.75 %) respondents, a tendency to depression in 35 (43.20 %) respondents, a low level of behavioral control/behavior in 45 (55.55 %) respondents, isolation in 15 (18.51 %) of respondents.

Conclusions. Having conducted a comprehensive psychodiagnostic study among CS, we have identified mechanisms for the formation of the phenomenon of socio-psychological maladaptation. These include:

1. Stress caused by the working environment in the field of civil service will affect the reduction of the overall level of work motivation and the use of ineffective coping strategies in the DS;
2. Reducing the general level of work motivation and using ineffective coping strategies will lead to destructive changes in the structure of the personality of the CS;
3. Complex changes due to the low level of work motivation, the use of ineffective coping and destructive changes in the structure of the personality of the CS, will cause the formation of the phenomenon of psychological disadaptation in the CS.

Depending on the form of socio-psychological maladaptation and the strength of its manifestations, the depth of destructive changes in the individual, anxiety, depression or anxiety-depressive symptoms may be formed.

Keywords: psychological disadaptation, coping strategies, work motivation, civil servants.

For citation: Sydorenko O. O. Clinical and psychological manifestations and mechanisms forming of psychological disadaptation of civil servants. *Архів Психіатрії*, 2019, 25(1): 40–46. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 28.12.2018

Accepted / Прийнята до друку: 22.01.2019

Актуальність. Працюючи в державній службі індивід починає включатися в систему конкурентних внутрішньоорганізаційних відносин, нерідко займаючи одночасно декілька позицій (керівник/підлеглий, колега, член колективного органу управління), кожний із яких відповідає сукупність соціально-психологічних вимог та професійних норм і правил поведінки. Задля збереження місця служби та ефективної виробничої діяльності державні службовці змушені працювати понаднормово, без належної фінансової винагороди та в жорстких рамках щодо термінів виконання завдань [1–3]. Це обумовлює виникнення у співробітників стресів, виснаження та зниження професійної мотивації [4, 5]. Наслідком психологічної дезадаптації державних службовців можуть бути як проблеми в організаційно-трудовій площині (зниження результативності роботи та висока плинність кадрів) [6], так і в соціальній та медико-психологічній площинах (міжособистісні конфлікти, проблеми зі здоров'ям та емоційне вигорання співробітників) [7].

Разом з тим, на прикладі лікарів відомо, що навіть у стресових умовах є такі працівники, які змогли подолати проблеми булінгу, депресії та професійного вигорання й досягли значних успіхів у своїй професії [8].

Це обумовлює необхідність проведення деталізованого дослідження та потребує вивчення психоемоційних та поведінкових особливостей особистості державних службовців, які мають ознаки станів психологічної дезадаптації. Розуміння механізмів та проявів таких станів у державних службовців (ДС) допоможе розробити ре-

комендації та обґрунтувати програму психокорекції для працівників, які потребують психологічної допомоги.

Мета – на основі ідентифікації клініко-психологічних проявів та чинників формування станів психологічної дезадаптації у державних службовців обґрунтувати необхідність проведення психокорекційних заходів для даного контингенту.

Матеріали та методи дослідження

На базі ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС протягом 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 склав $16,37 \pm 8,25$ 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 від 1 року; 4) відсутність епізодів психічних розладів в анамнезі; 5) повністю заповнений психодіагностичний інструментарій.

При дослідженні вказаного контингенту було використано клініко-психологічний, психодіагностичний та медико-статистичний методи.

До психодіагностичного інструментарію було включено:

- госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) (автори А. S. Zigmond, R. P. Snaith) [9, 10];
- Опитувальник «Оцінка професійної дезадаптації» (автор О. Н. Родіна, адаптація М. А. Дмитрієвої) [11];

- Методику «Діагностика копінг-механізмів» (Е. Нейм) [12, 13];
- Опитувальник «Внутрішня мотивація» (Е. Деці, Р. Раян у адаптації В. О. Климчука, О. Л. Музики) [14, 15];
- Гіссенський особистісний опитувальник (розроблений колективом німецьких вчених на базі Психосоматичної клініки Гіссенського університету, 1968 р.) [16].

Результати та їх обговорення

Досліджуючи наявність та силу проявів психологічної дезадаптації серед ДС (n=159) за допомогою психодіагностичного інструментарію ми встановили таке.

1) За результатами дослідження з використанням опитувальника HADS субклінічний рівень патологічної тривоги було виявлено у 30 (18,8 %), клінічний рівень – у 11 (6,9 %) респондентів. Субклінічні прояви депресії було виявлено у 15 (9,4 %), клінічні – у 7 (4,4 %) респондентів.

2) За результатами дослідження з використанням опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації» прояви дезадаптації було виявлено у 78 (49,00 %) респондентів, що складає майже половину вибірки. З 78 респондентів з проявами дезадаптації 66 (84,61 %) мали помірну форму дезадаптивних проявів, 12 (15,39 %) – виражену форму.

3) За результатами дослідження з використанням методики «Діагностика копінг-механізмів» було встановлено, що 95 (59,74 %) респондентів використовують неефективні когнітивні копінг-стратегії; 47 (29,55 %) – неефективні емоційні копінг-стратегії; 103 (64,77 %) – неефективні поведінкові копінг-стратегії.

4) За результатами дослідження з використанням опитувальника «Внутрішня мотивація» було встановлено, що 53 (33,33 %) респонденти не задоволені своєю робочою діяльністю; 62 (38,99 %) респонденти вказали, що докладені ними зусилля для виконання робочих завдань були недостатніми або незначними; 23 (14,46 %) респонденти вказали, що не відчувають себе компетентними у роботі; 128 (80,50 %) респондентів зазначили, що їхня потреба у самодетермінованості не задоволена (контроль з боку керівництва, відсутність персональної автономії у робочому процесі та середовищі, неможливість виступити в ролі ініціатора або внести персональну робочу пропозицію у робочий процес).

5) За результатами дослідження з використанням Гіссенського особистісного опитувальника встановлено, що 37 (23,27 %) респондентів невпевнені у своїй соціальній репутації; 27 (15,93 %) респондентів схильні проявляти владність, агресивність та нетерпимість; 83 (52,20 %) респонденти схильні до проявів безвідповідальної поведінки та вчинків; 85 (53,45 %) респондентів схильні до проявів депресивного настрою, 22 (13,83 %) респонденти схильні до проявів гіпоманіакального настрою; 36 (22,65 %) респондентів оцінили себе як замкнених та недовірливих; 8 (5,04 %) респондентів можуть мати труднощі з соціальною взаємодією.

Враховуючи отримані нами результати, загальна вибірка ДС (n=159; 100,00 %) була поділена на дві групи. До групи 1 увійшли ДС з помірним та вираженим рівнем проявів психологічної дезадаптації (n=78; 49,06 %), до групи 2 увійшли ДС без очевидних проявів психологічної дезадаптації (n=81; 50,94 %).

В свою чергу, група 1 (n=78; 100,00 %) була поділена на дві підгрупи: 1а – ДС з психологічною дезадаптацією з переважанням тривожно-депресивних проявів (n=44; 56,41 %) та 1б – ДС з психологічною дезадаптацією з превалюванням дезадаптивних соціально-психологічних проявів (n=34; 43,59 %).

Групу 1а склали 35 (79,54 %) жінок та 9 (20,46 %) чоловіків, середній вік респондентів становив $44,04 \pm 7,9$ роки. Прояви тривожної симптоматики було виявлено у 35 (79,54 %), прояви депресивної симптоматики – у 20 (45,45 %) респондентів. Дослідивши копінг-стратегії, які застосовували ДС, ми встановили, що 40 (90,91 %) респондентів застосовували неефективні копінг-стратегії, решта – 4 (9,09 %) респонденти – використовували ефективний копінг. Середній показник рівня внутрішньої мотивації до роботи був низьким у 35 (79,55 %) респондентів, середнім/високим у 9 (20,45 %) респондентів. За результатами Гіссенського особистісного опитувальника низька самооцінка була виявлена у 18 (40,90 %), схильність до депресивного настрою – у 28 (63,63 %), низький рівень контролю поведінки/вчинків – у 20 (45,45 %), замкнутість – у 11 (25,00 %) респондентів.

До групи 1б увійшли 27 (79,41 %) жінок та 7 (20,59 %) чоловіків, середній вік респондентів становив $43,05 \pm 10,4$ років. Проаналізувавши використовувані копінг-стратегії ми встановили, що 31 (91,18 %) респондент використовував неефективні копінг-стратегії, 3 (8,82 %) респонденти використовували ефективний копінг. Середній показник рівня внутрішньої мотивації до роботи був низьким у 30 (88,23 %) респондентів, середнім/високим – у 4 (11,77 %) респондентів. За результатами Гіссенського особистісного опитувальника низька самооцінка виявлена у 4 (11,76 %), схильність до депресивного настрою – у 21 (61,78 %), схильність до гіпоманіакального настрою – у 4 (11,76 %), низький рівень контролю поведінки/вчинків – у 18 (52,94 %), замкнутість – у 9 (26,47 %) респондентів.

До групи 2 увійшли 56 (69,13 %) жінок та 25 (30,87 %) чоловіків. Середній вік респондентів становив $41,8 \pm 9,2$ років. Прояви тривожної симптоматики було виявлено у 6 (7,40 %), прояви депресивної симптоматики – у 2 (2,46 %) респондентів. Соціально-психологічної дезадаптації чи окремих її проявів не виявлено. Проаналізувавши копінг-стратегії, які використовували обстежені цієї групи, ми встановили, що 74 (91,35 %) респонденти використовували неефективні копінг-стратегії, 7 (8,65 %) респондентів використовували ефективний копінг. Середній показник рівня внутрішньої мотивації до роботи був низьким у 49 (60,49 %) респондентів, середнім/високим – у 32 (39,51 %) респондентів. За результатами Гіссенського особистісного опитувальника низька самооцінка виявлена у 16 (19,75 %), схильність до депресивного настрою – у 35 (43,20 %), низький рівень контролю поведінки/вчинків – у 45 (55,55 %), замкнутість – у 15 (18,51 %) респондентів. Узагальнені результати, отримані у групах 1а, 1б та 2, наведено у таблиці 1.

Опрацювавши та проінтерпретувавши результати комплексного психодіагностичного дослідження ми зупинилися на детальному аналізі даних, отриманих за допомогою опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації». Ми встановили, що респонденти групи 1а мали скарги за всіма 8-ми шкалами опитувальника (>25,00 % респондентів

Таблиця 1. Узагальнені дані психодіагностичного дослідження у групах державних службовців

№ за/п. Назва методики/ опитувальника		Група 1а (n=44; 100 %)				Група 1б (n=34; 100 %)			Група 2 (n=81; 100 %)		
1. «Оцінка професійної дезадаптації»		2.1 Помірна форма дезадаптації (n; %)	2.2 Виражена форма дезадаптації (n; %)			2.1 Помірна форма дезадаптації (n; %)	2.2 Виражена форма дезадаптації (n; %)		2.3 Окремі прояви соціально-психологічної дезадаптації		
		n=35; 79,55 %	n=9; 20,45 %			n=31; 91,18 %	n=3; 8,82 %		Окремих проявів дезадаптації не виявлено		
Деталізовані дані за шкалами опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації»											
1. Погіршення самопочуття:											
1.1. Емоційні зсуви		n=23; 52,27 %				n=6; 17,64 %			—		
1.2. Особливості окремих психічних процесів		n=17; 36,65 %				n=6; 17,64 %			—		
1.3. Зниження загальної активності		n=24; 54,54 %				n=7; 20,58 %			—		
1.4. Відчуття втоми		n=26; 59,05 %				n=7; 20,58 %			—		
2. Сомато-вегетативні порушення		n=13; 29,54 %				n=3; 8,82 %			—		
3. Порушення циклу «сон-бадьорість»		n=20; 45,45 %				n=15; 44,11 %			—		
4. Особливості соціальної взаємодії		n=11; 25,00 %				n=3; 8,82 %			—		
5. Зниження мотивації		n=24; 54,54 %				n=11; 32,35 %			—		
2. HADS		2.1 Прояви тривожних симптомів (n; %)	2.2 Прояви депресивних симптомів (n; %)			2.1 Прояви тривожних симптомів (n; %)	2.2 Прояви депресивних симптомів (n; %)		2.1 Прояви тривожних симптомів (n; %)	2.2 Прояви депресивних симптомів (n; %)	
		n=35; 79,55 %	n=20; 45,45 %			Проявів тривожних чи депресивних симптомів немає			n=6; 7,40 %	n=2; 2,46 %	
3. Діагностика копінг- механізмів		3.1 Неефективні копінг-стратегії (n; %)	3.2 Ефективні копінг-стратегії (n; %)			3.1 Неефективні копінг-стратегії (n; %)	3.2 Ефективні копінг-стратегії (n; %)		3.1 Неефективні копінг-стратегії (n; %)	3.2 Ефективні копінг-стратегії (n; %)	
		n=40; 90,91 %	n=4; 9,09 %			n=31; 91,18 %	n=3; 8,82 %		n=74; 91,35 %	n=7; 8,65 %	
4. «Внутрішня мотивація»		4.1. Низький рівень мотивації (n; %)	4.2. Середній/ високий рівень мотивації (n; %)			4.1. Низький рівень мотивації (n; %)	4.2. Середній/ високий рівень мотивації (n; %)		4.1. Низький рівень мотивації (n; %)	4.2. Середній/ високий рівень мотивації (n; %)	
		n=35; 79,55 %	n=9; 20,45 %			n=30; 88,23 %	n=4; 11,77 %		n=49; 60,49 %	n=32; 39,51 %	
5. Особистісні детермінанти											
5.1. Низька самооцінка (n; %)			5.2. Схильність до депресивного настрою (n; %)			5.3. Низький рівень контролю поведінки/вчинків (n; %)			5.4. Замкнутість (n; %)		
1а	1б	2	1а	1б	2	1а	1б	2	1а	1б	2
n=18; 40,90 %	n=4; 11,76 %	n=16; 19,75 %	n=28; 63,63 %	n=21; 61,76 %	n=35; 43,20 %	n=20; 45,45 %	n=18; 52,94 %	n=45; 55,55 %	n=11; 25,00 %	n=9; 26,47 %	n=15; 18,51 %

групи), тоді як у групі 1б респонденти мали скарги за 2-ма шкалами. Результати інтерпретації даних опитувальника «Оцінка професійної дезадаптації» відображено у таблиці 1.

Як видно з результатів, більшість респондентів групи 1а відзначали погіршення стану та розлади психоемоційної сфери (n=23; 52,27 %), зниження загальної активності

(n=24; 54,54 %), постійне відчуття втоми (n=26; 59,05 %), розлади сну (n=20; 45,45 %), зниження рівня мотивації (n=24; 54,54 %). У групі 1б респонденти скаржилися на розлади сну (n=15; 44,11 %) та зниження рівня мотивації (n=11; 32,35 %), кількість скарг за іншими шкалами була незначною та не перевищувала 25,00 % групи.

Для визначення механізму формування та розвитку багатокomпонентного явища психологічної дезадаптації ми провели статистичну обробку отриманих даних методом «рівняння парної регресії», що дозволяє визначити параметри рівняння лінійної регресії, лінійний коефіцієнт кореляції з перевіркою його значущості, статистичну надійність регресійного моделювання з допомогою F-критерію Фішера та t-критерію Стьюдента. За допомогою цього методу ми встановили таке:

1. Стрес, спричинений умовами робочого середовища та міжособистісною взаємодією працівника з колективом, впливає на зниження рівня робочої мотивації. Поєднання стресових робочих умов та зниженого рівня робочої мотивації впливає на зниження рівня стресостійкості працівника, що призводить до використання ним неефективних копінг-стратегій. Кореляційний зв'язок встановлено між наступними факторами:

- незадоволеність роботою, робочими умовами та робочим колективом впливає на формування та застосування неефективної моделі копінгу ($r=0,407$);
- застосування неефективної моделі копінгу призводить до того, що працівник докладає недостатньо зусиль для виконання робочих завдань, а також до їх уникання, відтермінування або неякісного виконання ($r=0,365$);
- незадоволене почуття самоідентифікації (можливість реалізації власних проєктів, кар'єрного зростання та розвитку) впливає на використання неефективної моделі копінгу ($r=0,426$).

2. Низький рівень робочої мотивації та використання неефективних копінг-стратегій можуть призводити до розвитку деструктивних змін у структурі особистості працівника.

Кореляційний зв'язок встановлено між наступними факторами та особистісними детермінантами:

- незадоволене почуття самоідентифікації може впливати на зниження рівня самооцінки працівника ($r=-0,590$), що, в свою чергу, може стати причиною зниженого емоційного фону та схильності до депресивного настрою ($r=0,643$), а також ізолювання працівника від соціальних зв'язків ($r=-0,361$);

- почуття працівником низького рівня власної робочої компетентності впливатиме на рівень самооцінки ($r=-0,625$) та може стати причиною зниження рівня відповідальності за виконану роботу та вчинки ($r=-0,318$).

3. Унаслідок деструктивних змін у структурі особистості працівника може формуватися явище соціально-психологічної дезадаптації. Кореляційний зв'язок встановлено між наступними особистісними детермінантами та дезадаптаційними факторами:

- низький рівень самооцінки у працівника спричинюватиме розвиток соціально-психологічної дезадаптації ($r=0,655$);
- замкнутість та самоізоляція від соціальних контактів і взаємодії впливатимуть на формування соціально-психологічної дезадаптації ($r=0,542$);
- знижений емоційний фон та схильність до депресивного настрою можуть бути причиною розвитку соціально-психологічної дезадаптації ($r=0,429$).

4. Залежно від форми соціально-психологічної дезадаптації та сили її проявів, глибини деструктивних змін особистості, може формуватися тривожна ($r=0,426$) або депресивна ($r=0,420$) симптоматика.

Вищеописані результати дозволили побудувати алгоритм формування та розвитку психологічної дезадаптації у ДС (рис. 1).

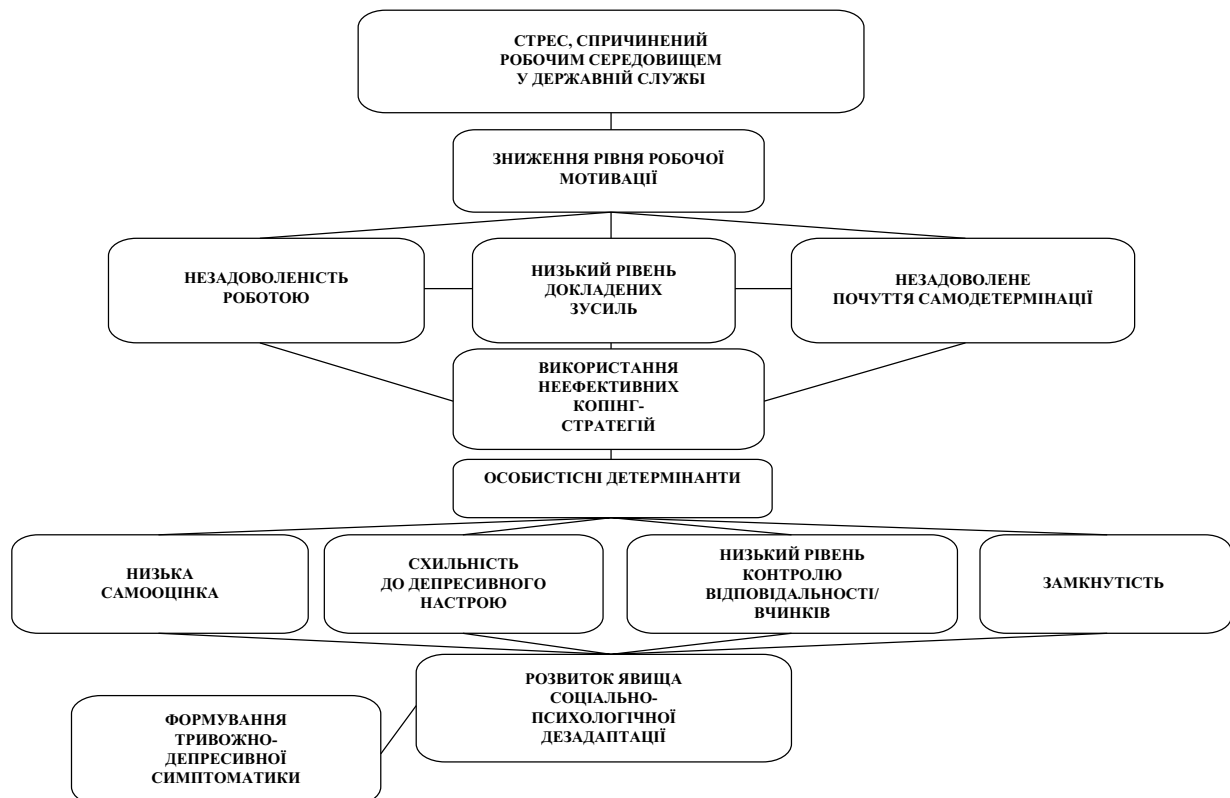


Рис. 1. Механізм розвитку психологічної дезадаптації у ДС

Висновки

Провівши комплексне психодіагностичне дослідження ДС ми визначили механізми формування психологічної дезадаптації у вказаного контингенту. До них належать:

1. Стрес, спричинений робочим середовищем у сфері державної служби, впливає на зниження загального рівня робочої мотивації та використання неефективних копінг-стратегій у ДС;

2. Зниження загального рівня робочої мотивації та використання неефективних копінг-стратегій спричиняє деструктивні зміни в структурі особистості ДС;

3. Комплексні зміни, обумовлені низьким рівнем робочої мотивації, використанням неефективного копіngu та деструктивними змінами у структурі особистості ДС, є причиною формування явища соціально-психологічної дезадаптації у ДС.

4. Залежно від форми соціально-психологічної дезадаптації та сили її проявів, глибини деструктивних змін в особистості, може формуватися тривожна, депресивна або тривожно-депресивна симптоматика.

З огляду на вищевказані результати стає очевидною необхідність проведення психокорекційних заходів для ДС. Програма психокорекції включатиме в себе зняття загостреного стресового стану та тривожно-депресивної симптоматики, корекцію та зміцнення особистісних детермінант ДС, моделювання та побудову ефективних копінг-стратегій, корекцію особистісної та робочої мотиваційної системи.

Список використаної літератури

1. Koura U., Sekine M., Yamada M., Tatsuse T. Work, family, and personal characteristics explain occupational and gender differences in work-family conflict among Japanese civil servants. *Public health*. 2017. Vol. 153. P. 78–90. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.08.010.
2. Alcover C. M., Martinez-Inigo D., Chambel M. J. Perceptions of employment relations and permanence in the organization: Mediating effects of affective commitment in relations of psychological contract and intention to quit. *Psychological Reports*. 2012. Vol. 110, issue 3. P. 839–853. DOI: 10.2466/01.07.21.PR0.110.3.839-853.
3. Lopes S. V., Silva M. C. Occupational stress and associated factors among civil servants of a federal university in the south of Brazil. *Ciencia & saude coletiva*. 2018. Vol. 23, issue 11. P. 3869–3880. DOI: 10.1590/1413-812320182311.28682015.
4. Bodas M., Siman-Tov M., Kreidler S., Peleg K. Psychological correlates of civilian preparedness for conflicts. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2017. Vol. 11, issue 4. P. 451–459. DOI: 10.1017/dmp.2016.163.
5. Wattie S. C., Bridger R. S. Work-related stress indicator surveys in UK Ministry of Defence. *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 2019. Vol. 165, issue 2. P. 128–132. DOI: 10.1136/jramc-2018-001042.
6. Topa G., Jurado-Del Pozo J. F. Emotional Exhaustion and Health Complaints as Indicators of Occupational Diseases Among Civil Servants in Spain. *Journal of clinical medicine*. 2018. Vol. 7, issue 12. P. E523. DOI: 10.3390/jcm7120523.
7. Ferguson S., Smith B. P., Browne M., Rockloff M. J. Fatigue in emergency services operations: assessment of the optimal objective and subjective measures using a simulated wildfire deployment. *International journal of environmental research and public health*. 2016. Vol. 13, issue 2. P. 171. DOI: 10.3390/ijerph13020171.
8. Srivastava R. I wasn't surprised by Four Corners. Bullying in medicine is as old as the profession. The Guardian, 2015. URL: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2015/may/26/i-wasnt-surprised-by-four-corners-bullying-in-medicine-is-as-old-as-the-profession> (дата звернення: 20.12.2018).
9. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. Харьков, «Торнадо», 2003. 350 с.

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

10. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67, issue 6. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
11. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / за ред.: Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриева, В. М. Снеткова. СПб.: Речь, 2003. 448 с.
12. Набиуллина 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.
13. 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.
14. Deci E. L., Ryan R. M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press., 1985. DOI 10.2307/2070638.
15. Климчук В. О. Опитувальник 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.
16. Beckmann D., Richter H. E. Giessen-Test (GT): ein Test für Individual und Gruppendiagnostik. Bern: Huber, 1972. 135 p.

References

1. Koura, U., Sekine, M., Yamada, M., & Tatsuse, T. (2017). Work, family, and personal characteristics explain occupational and gender differences in work-family conflict among Japanese civil servants. *Public health*, 153, 78–90. <https://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.08.010>
2. Alcover, C. M., Martinez-Inigo, D., & Chambel, M. J. (2012). Perceptions of employment relations and permanence in the organization: Mediating effects of affective commitment in relations of psychological contract and intention to quit. *Psychological Reports*, 110(3), 839–853. <https://dx.doi.org/10.2466/01.07.21.PR0.110.3.839-853>
3. Lopes, S. V., & Silva, M. C. (2018). Occupational stress and associated factors among civil servants of a federal university in the south of Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, 23(11), 3869–3880. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.28682015>
4. Bodas, M., Siman-Tov, M., Kreidler, S., & Peleg, K. (2017). Psychological correlates of civilian preparedness for conflicts. *Disaster medicine and public health preparedness*, 11(4), 451–459. <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.163>
5. Wattie, S. C., & Bridger, R. S. (2019). Work-related stress indicator surveys in UK Ministry of Defence. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 165(2), 128–132. <https://doi.org/10.1136/jramc-2018-001042>
6. Topa, G., & Jurado-Del Pozo, J. F. (2018). Emotional Exhaustion and Health Complaints as Indicators of Occupational Diseases Among Civil Servants in Spain. *Journal of clinical medicine*, 7(12), E523. <https://doi.org/10.3390/jcm7120523>
7. Ferguson, S., Smith, B. P., Browne, M., & Rockloff, M. J. (2016). Fatigue in emergency services operations: assessment of the optimal objective and subjective measures using a simulated wildfire deployment. *International journal of environmental research and public health*, 13(2), 171. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020171>
8. Srivastava, R. (2015). *I wasn't surprised by Four Corners. Bullying in medicine is as old as the profession*. The Guardian. Retrieved from <https://www.theguardian.com/commentisfree/2015/may/26/i-wasnt-surprised-by-four-corners-bullying-in-medicine-is-as-old-as-the-profession>
9. Pidkorytov, V. S. & Chaika, Yu. Yu. (2003). *Depressii. Sovremennaja terapija* [Depression. Modern therapy]. Kharkiv: Tornado. 349 p. (In Russian).
10. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
11. Nikiforov, G. S., Dmitrieva, M. A., & Snetkov, V. M. (Eds.). (2003). *Praktikum po psihologii menedzhmenta i professional'noj dejatel'nosti* [Workshop on Management Psychology and Professional Activities]. St. Petersburg: Rech, 448 p. (In Russian).
12. Nabiullina, R. R., & Tuhtarova, I. V. (2003). *Mekhanizmy psihologicheskoy zashchity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funkci, vidy, psihoterapevicheskaya korrekciya)* [Mechanisms of psychological defense and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)]. Kazan: KGMA, 99 p. (In Russian).
13. Heim, E. (1995). Coping-based intervention strategies. *Patient education and counseling*, 26(1–3), 145–151. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00733-G](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00733-G)
14. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press. <https://doi.org/10.2307/2070638>
15. 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).
16. Beckmann, D., & Richter, H. E. (1972). *Giessen-Test (GT): ein Test für Individual und Gruppendiagnostik* [Giessen test (GT): a test for individual and group diagnostics]. Bern: Huber, 135 p. (In Germ.).

Т. П. Яворська

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У РОДИНІ ХВОРИХ
ІЗ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Захворювання – це стресова ситуація для хворого, що часто вимагає долучення підтримки родини. Враховуючи вплив захворювання на функціонування родини та вагому роль сімейного ресурсу для психологічної підтримки хворого, важливим завданням медико-психологічних досліджень є вивчення особливостей функціонування та адаптації сім'ї в ситуації хвороби.

Мета – вивчити особливості сімейного функціонування у родинах пацієнтів із цереброваскулярною патологією.

Матеріали та методи. На основі інформованої згоди на базі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2016–2018 рр. проведено психологічне обстеження 252 родичів хворих з цереброваскулярною патологією на різних етапах її розвитку. Сформовано наступні групи дослідження: РГ1 – 57 родичів хворих з Г1 (пацієнтів, які мають високий рівень кардіоваскулярного ризику та розвитку ЦВП); РГ2 – 81 член сім'ї пацієнтів з Г2 (пацієнти з клінічно вираженими ознаками ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА)); РГ3 – 84 родичі хворих з Г3 (пацієнти, які перенесли ішемічний мозковий інсульт), РГП (30 осіб) – члени родин хворих з групи порівняння (ГП), яких можна вважати умовно здоровими. Сімейне функціонування досліджували за допомогою опитувальника «Аналіз сімейної тривоги». Для аналізу факторів потенційного стресового навантаження кожному з груп було поділено на основі Бостонського тесту на стресостійкість.

Результати. У родинах пацієнтів з клінічними проявами захворювання виявлено вищі показники провини ($1,47 \pm 1,36$ балів у РГП, $1,75 \pm 1,39$ балів у РГ1, $1,89 \pm 1,31$ балів у РГ2 та $2,43 \pm 1,12$ балів у РГ3, $p < 0,05$), сімейної тривожності (відповідно $1,73 \pm 1,01$ балів, $1,74 \pm 1,08$ балів, $2,0 \pm 1,12$ балів та $2,43 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$) та напруження ($1,53 \pm 0,82$ балів, $1,72 \pm 0,90$ балів, $1,83 \pm 1,0$ балів та $2,24 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$). Механізмами розвитку сімейної тривоги виступають: дестабілізація міжособистісного спілкування на фоні переживання проявів та наслідків хвороби, низька опірність сімейної системи до стресу та дефіцит ресурсів, особливості взаємовідносин у родині як основа психічного дистресу. Підвищений стресовий ризик поєднується зі зростанням сімейної тривоги у вигляді комплексу психологічних феноменів, що визначають характер порушень у сімейному функціонуванні.

Висновки. Медико-психологічні заходи, спрямовані на родину пацієнтів з цереброваскулярною патологією, є важливою складовою комплексної допомоги та мають сприяти покращенню адаптації сімей та збільшенню їх підтримуючого потенціалу.

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, стресовий ризик, медико-психологічна допомога, сімейне функціонування, сімейна тривога, родина хворого.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СЕМЬЯХ ПАЦИЕНТОВ
С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Т. П. Яворская

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Актуальность. Заболевания – это стрессовая ситуация для больного, которая часто требует поддержки семьи. Учитывая влияние заболевания на функционирование семьи и весомую роль семейного ресурса для психологической поддержки больного, важной задачей медико-психологических исследований является изучение особенностей функционирования и адаптации семьи в ситуации болезни.

Цель – изучить особенности семейного функционирования в семьях пациентов с цереброваскулярной патологией.

Материалы и методы. На основе информированного согласия на базе Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф Харьковской областной клинической больницы на протяжении 2016–2018 гг. проведено психологическое обследование 252 родственников больных с цереброваскулярной патологией. Сформированы следующие группы исследования: РГ1 – 57 родственников больных с Г1 (пациентов, имеющих высокий уровень кардиоваскулярного риска и развития ЦВП), РГ2 – 81 член семьи пациентов с Г2 (пациенты с клинически выраженными признаками ЦВП в виде транзиторных ишемических атак (ТИА)), РГ3 – 84 родственника больных с Г3 (пациенты, которые перенесли ишемический мозговой инсульт), РГП (30 человек) – члены семей больных из группы сравнения (ГС), которых можно считать условно здоровыми. Семейное функционирование исследовали с помощью опросника «Анализ семейной тревоги». Для анализа факторов потенциальной стрессовой нагрузки каждая из групп была поделена на основе Бостонского теста на стрессоустойчивость.

Результаты. В семьях пациентов с клиническими проявлениями заболевания выявлено более высокие показатели вины ($1,47 \pm 1,36$ баллов в РГП, $1,75 \pm 1,39$ баллов в РГ1, $1,89 \pm 1,31$ баллов в РГ2 и $2,43 \pm 1,12$ баллов в РГ3, $p < 0,05$), семейной тревожности (соответственно $1,73 \pm 1,01$ баллов, $1,74 \pm 1,08$ баллов, $2,0 \pm 1,12$ баллов и $2,43 \pm 1,12$ баллов, $p < 0,05$) и напряжения ($1,53 \pm 0,82$ баллов, $1,72 \pm 0,90$ баллов, $1,83 \pm 1,0$ баллов и $2,24 \pm 1,12$ баллов, $p < 0,05$). Механизмами развития семейной тревоги выступают: дестабилизация межличностного общения на фоне переживания проявлений и последствий болезни, низкая сопротивляемость семейной системы к стрессу и дефицит ресурсов, особенности взаимоотношений в семье как основа психического дистресса. Повышенный стрессовый риск сочетается с ростом семейной тревоги в виде комплекса психологических феноменов, определяющих характер нарушений в семейном функционировании.

Выводы. Медико-психологические мероприятия, направленные на семью пациентов с цереброваскулярной патологией, являются важной составляющей комплексной помощи и должны способствовать улучшению адаптации семей и увеличению их поддерживающего потенциала.

Ключевые слова: цереброваскулярная патология, стрессовый риск, медико-психологическая помощь, семейное функционирование, семейная тревога, семья больного.

FEATURES OF FAMILY FUNCTIONING IN THE FAMILY PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY

T. P. Yavorska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Background. The disease is a stressful situation for the patient, which often requires family support. The influence of the disease on the functioning of the family, the significant role of the family resource for the psychological support of the patient, makes the study of the characteristics of the functioning and adaptation of the family in a disease situation an important task of medical and psychological research.

Objective – to study the features of family functioning in families of patients with cerebrovascular pathology.

Materials and methods. On the informed consent at Kharkiv Regional Clinical Hospital - Emergency and Emergency Medicine Center during 2016–2018, observed 252 relatives of patients with cerebrovascular pathology on different stages of the diseases. The following study groups were formed: RG1 – 57 relatives of patients with G1 (patients with a high level of cardiovascular risk and the development of CVP), RG2 – 81 family members of patients with G2 (patients with clinically pronounced signs of CVP in the form of transient ischemic attacks (TIA)), RG3 – 84 relatives of patients with G3 (patients who suffered ischemic cerebral stroke), RCG (30 people) – family members of patients from the comparison group (CG), which can be considered conditionally healthy. The family functioning assessed by using questionnaire “Analysis of family anxiety”. To analyze the potential stressor factors, each group subdivided by a Boston Stress Test.

Results. In families of patients with clinical manifestations of the disease, found higher rates of guilt (1.47 ± 1.36 points in the relatives healthy persons, 1.75 ± 1.39 points in relatives persons with cardiovascular risk, 1.89 ± 1.31 points in relatives patients with transitory ischemic attacks and 2.43 ± 1.12 points in relatives patient after stroke, $p < 0.05$), family anxiety (1.73 ± 1.01 points, 1.74 ± 1.08 points, 2.0 ± 1.12 points and 2.43 ± 1.12 points, $p < 0.05$) and tension (1.53 ± 0.82 points, 1.72 ± 0.90 points, 1.83 ± 1.0 points and 2.24 ± 1.12 points, $p < 0.05$). The mechanisms of family anxiety development are destabilization of interpersonal communication on the background of experiencing consequences of the disease, low resistance of the family system to stress and low resource, peculiarities of family relationships as the basis of mental distress. Increased stress risk combined with an increasing family anxiety formed a complex of psychological phenomena that determine the nature of changes in family functioning.

Conclusions. Medical and psychological measures aimed at a family of patients with cerebrovascular pathology are an important component of comprehensive care and should help to improve the adaptation of families and increase their supporting potential.

Keywords: cerebrovascular pathology, stress risk, psychological assistance, family functioning, family anxiety, family of the patient.

For citation:

Yavorska T. P. Features of family functioning in the family patients with cerebrovascular pathology. *Arkhiv Psykhiatrii*, 2019, 25(1): 47–50. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 01.02.2019

Accepted / Прийнято до друку: 25.02.2019

Актуальність. Однією з вагомих причин психологічного дистресу є соматичні захворювання. Дія хвороби на людину визначається зміною тривалості та якості її життя. Зіштовхуючись із вітальною загрозою, значними порушеннями життєвого укладу пацієнти часто не можуть самостійно з цим впоратися та потребують сторонньої допомоги. І саме родина стає першим джерелом психологічної підтримки. Чим складнішою є ситуація зі здоров'ям одного з членів сім'ї, тим більш значимі наслідки це має для сімейного функціонування.

Дослідження показали, що у родинах із тяжкими пацієнтами, які потребують тривалого та трудомісткого догляду, постійної медичної допомоги, у самих родичів можуть виникати порушення психічного та навіть фізичного здоров'я [1–4]. Клінічно виражені зміни психічної сфери спостерігають у близько 20 % членів сімей, в яких є хворі з тяжкими патологіями. Ці зміни проявляються депресивними, тривожними розладами, порушеннями сну [5].

Захворювання стає причиною дестабілізацій у сімейній системі. Навіть родини з гармонійними сімейними стосунками потребують часу для пристосування до нових умов життєдіяльності. Під впливом хвороби сім'я повинна навчитися вибудовувати нові стратегії поведінки та способи спільного функціонування із врахуванням потреб пацієнта. У родинах зміни відбуваються на різних рівнях: подружньому, дитячо-батьківських взаємин, сиблінговому. Порушення діадичних стосунків між дорослими членами сім'ї на прикладі подружжів часто супроводжуються загостренням наявних конфліктів, зростанням міжособистісної напруженості [6].

Визначено, що психологічними компонентами стресу, пов'язаного з хворобою у рідних, є нестача інформації; відчуття потреби у сторонній допомозі, в тому числі психологічній; відчуття труднощів у спілкуванні з пацієнтом; самооцінка впливу захворювання на власний психоемоційний стан та сімейне функціонування; активність та модель поведінки у лікувальному процесі [7].

Цереброваскулярна патологія (ЦВП) характеризується комплексом виразних негативних впливів на тривалість та якість життя пацієнтів, а саме, високою летальністю, втратою працездатності хворого та виключенням з активного соціального життя залучених до догляду родичів, розвитком клінічних та доклінічних психічних розладів [8–10], що виводить проблему з медичної площини у медико-психологічний та психосоціальний виміри.

Судинна катастрофа супроводжується рядом порушень – рухової, мовної, когнітивної, чутливої функцій, які вкрай негативно впливають на якість життя пацієнта [11, 12]. Порушення рухової функції призводять до втрати працездатності та самообслуговування хворого, що визначає потребу у сторонній допомозі, втрату автономії, а, отже, залежність від оточення. Розлади мовлення та органічні афективні розлади, когнітивна дисфункція негативно впливають на комунікацію та соціальну взаємодію, поглиблюючи дезадаптацію пацієнта. Переживання втрат, усвідомлення невідомості ряду функцій, викликаних хворобою, може спричинити поглиблення психоемоційної нестабільності з розвитком афективних розладів невротичного ґенезу. І у кожному з цих випадків саме на родину покладається провідна роль у підтримці хворого, забезпеченні фізичних та психологічних умов для відновлення, задоволення потреб пацієнта.

Враховуючи вплив захворювання на функціонування родини та вагому роль сімейного ресурсу для психологічної підтримки хворого, важливим завданням медико-психологічних досліджень є вивчення особливостей функціонування та адаптації сім'ї в ситуації хвороби.

Мета – вивчити особливості сімейного функціонування у родинах пацієнтів із цереброваскулярною патологією.

Матеріали та методи дослідження

На основі інформованої згоди бази Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Харківської обласної клінічної лікарні протягом 2016–2018 рр. про-

ведено психологічне обстеження 252 родичів хворих із цереброваскулярною патологією (ЦВП): РГП (30 осіб) – члени родини хворих з групи порівняння (ГП), яких можна вважати умовно здоровими; РГ1 – 57 родичів хворих з Г1 (пацієнтів, які мають високий рівень кардіоваскулярного ризику та розвитку ЦВП); РГ2 – 81 член сім'ї пацієнтів з Г2 (пацієнти з клінічно вираженими ознаками ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА)); РГ3 – 84 родичів хворих з Г3 (пацієнти, які перенесли ішемічний мозковий інсульт).

У дослідження були включені родичі пацієнтів на різних етапах розвитку ЦВП, а також члени сімей осіб без клінічно діагностованих соматичних захворювань (група порівняння). З обстеження виключали родичів, які мали психічні та поведінкові розлади в анамнезі.

Групування опитуваних залежно від етапності розвитку ЦВП у пацієнтів було обумовлено необхідністю визначити особливості та динаміку впливу факту захворювання на сімейне функціонування та виокремити диференційовані психосоціальні мішені для медико-психологічної допомоги.

Віковий діапазон опитуваних становив від 34 до 62 років. За ступенем спорідненості досліджували були подружжям, з них 77,8 % дружин та 22,2 % – чоловіків.

Для аналізу особливостей сімейного функціонування було застосовано опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» (Е. Г. Ейдемільер, В. Юстіцкіс), що має наступні шкали: провина, сімейна тривожність, сімейна напруженість та загальний (інтегративний) показник. Для визначення факторів потенційного стресового навантаження кожному з груп було поділено за Бостонським тестом на стресостійкість. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

У родинах пацієнтів з клінічними проявами захворювання виявлено вищі показники провини ($1,47 \pm 1,36$ балів у РГП, $1,75 \pm 1,39$ балів у РГ1, $1,89 \pm 1,31$ балів у РГ2 та $2,43 \pm 1,12$ балів у РГ3, $p < 0,05$), сімейної тривожності (відповідно $1,73 \pm 1,01$ балів, $1,74 \pm 1,08$ балів, $2,0 \pm 1,12$ балів та $2,43 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$) та напруження ($1,53 \pm 0,82$ балів, $1,72 \pm 0,90$ балів, $1,83 \pm 1,0$ балів та $2,24 \pm 1,12$ балів, $p < 0,05$) (табл. 1). Особливу категорію складали сім'ї пацієнтів після інсульту, в яких рівень сімейної тривоги був найвищим, порівняно з іншими групами ($4,73 \pm 2,61$ балів у РГП, $5,21 \pm 2,80$ балів у РГ1, $5,72 \pm 2,87$ балів у РГ2 та $7,10 \pm 2,74$ балів у РГ3, $p < 0,05$).

До джерел, що спричиняють психологічний стрес у родинах, членами яких є пацієнти з ЦВП, належать:

- зниження працездатності хворого та, відповідно, необхідність у сторонній допомозі та догляді;
- зростання потреби у психологічній підтримці пацієнта у зв'язку з переживанням ним вітальної загрози чи обмежень, спричинених захворюванням;
- зміна сімейних ролей, обов'язків;
- перерозподіл сімейних ресурсів, їх нестача;
- підвищення міжособистісної конфліктності на фоні психоемоційної нестабільності, викликаной соматичним стресом;
- переживання факту реальної загрози для життя близької людини та можливості її втрати.

Таблиця 1. Рівень сімейної тривоги у родинах пацієнтів з цереброваскулярною патологією, $x \pm b$

Рівень	РГП, n=30	РГ1, n=57	РГ2, n=81	РГ3, n=84
Провина, бали	$1,47 \pm 1,36$	$1,75 \pm 1,39$	$1,89 \pm 1,31$	$2,43 \pm 1,12$
Тривожність, бали	$1,73 \pm 1,01$	$1,74 \pm 1,08$	$2,0 \pm 1,12$	$2,43 \pm 1,12$
Напруженість, бали	$1,53 \pm 0,82$	$1,72 \pm 0,90$	$1,83 \pm 1,0$	$2,24 \pm 1,12$
Загальний, бали	$4,73 \pm 2,61$	$5,21 \pm 2,80$	$5,72 \pm 2,87$	$7,10 \pm 2,74$

Отримані дані вказують на вищу вираженість сімейної тривоги у родинах пацієнтів з клінічними проявами хвороби.

В основі подібного психологічного феномену лежать різні за змістом механізми:

1) переживання хвороби пацієнтом створює нестабільний психоемоційний фон міжособистісної взаємодії, що ускладнює комунікацію та спільну діяльність у сімейній системі;

2) сімейна система за своєю структурою та характером має низький ресурс до протидії зовнішнім і внутрішнім стресорам, що викликає її дестабілізацію в ситуації хвороби за принципом дефіциту;

3) особливості взаємин у родині можуть бути джерелом психічного стресу, який при несприятливих обставинах може трансформуватися у психосоматичний симптом.

У таблиці 2 наведено результати дослідження вираження сімейної тривоги залежно від рівня стресового ризику: помірного (ПСР), високого (ВСР) та надвисокого (НВСР). Виявлено, що збільшення стресового ризику

Таблиця 2 Рівень сімейної тривоги у родинах пацієнтів з різним рівнем стресового ризику, $x \pm b$

Стресовий ризик	РГП, n=30	РГ1, n=57	РГ2, n=81	РГ3, n=84
Провина				
Помірний, бали	$0,80 \pm 0,63$	$0,80 \pm 0,62$	$0,77 \pm 0,75$	$1,30 \pm 0,67$
Високий, бали	$1,36 \pm 1,34$	$1,86 \pm 1,42$	$1,87 \pm 1,18$	$2,23 \pm 0,77$
Надвисокий, бали	$2,83 \pm 1,47$	$2,87 \pm 1,25$	$2,79 \pm 1,13$	$3,0 \pm 1,26$
Тривожність				
Помірний, бали	$1,20 \pm 0,79$	$1,10 \pm 0,72$	$1,18 \pm 0,80$	$1,60 \pm 0,97$
Високий, бали	$1,79 \pm 0,80$	$1,82 \pm 0,85$	$1,97 \pm 0,84$	$2,40 \pm 0,84$
Надвисокий, бали	$2,50 \pm 1,38$	$2,47 \pm 1,30$	$2,68 \pm 1,19$	$2,71 \pm 1,34$
Напруженість				
Помірний, бали	$1,20 \pm 0,42$	$1,35 \pm 0,59$	$1,46 \pm 0,74$	$1,70 \pm 0,82$
Високий, бали	$1,50 \pm 0,94$	$1,77 \pm 0,97$	$1,81 \pm 0,91$	$2,18 \pm 1,06$
Надвисокий, бали	$2,17 \pm 0,75$	$2,13 \pm 0,99$	$2,14 \pm 1,18$	$2,47 \pm 1,21$
Загальний рівень				
Помірний, бали	$3,20 \pm 1,48$	$3,25 \pm 1,16$	$3,41 \pm 1,50$	$4,60 \pm 1,90$
Високий, бали	$4,64 \pm 2,37$	$5,45 \pm 2,32$	$5,65 \pm 2,03$	$6,80 \pm 1,51$
Надвисокий, бали	$7,50 \pm 2,66$	$7,47 \pm 3,2$	$7,61 \pm 3,17$	$8,18 \pm 3,47$

супроводжується підвищенням рівня сімейної тривоги у вигляді відчуття провини, тривожності та напруженості у родині пацієнтів з ЦВП. У підгрупах з ПСР та ВСР вищі показники зареєстровані у сім'ях пацієнтів з РГ1, РГ2 та особливо РГ3, тоді як у підгрупі з нВСР – кожна з досліджуваних груп виявила високі рівні сімейної тривоги.

Досліджуючи розподіл опитуваних з різним вираженням стресового ризику ми виявили зростання кількості осіб із вищим рівнем сімейної тривоги у родині у континуумі «умовно здорові – група ризику – клінічні прояви – пацієнти після інсульту».

У групі родичів з ПСР основою сімейної тривоги були ситуаційні переживання міжособистісних суперечностей, занепокоєння виконанням сімейної ролі, заклопотаність щоденними справами, що стосуються родини.

Серед опитуваних з ВСР спостерігали зростання сімейної тривоги за рахунок наростання сумнівів щодо власної ролі у родині, своєї значимості, наростали почуття провини, напруженість у стосунках.

У членів сім'ї з нВСР стан сімейної тривоги характеризувався високою напруженістю, інтенсивним переживанням провини, власної сімейної нереалізованості або невідповідності до висунутих вимог, вираженою занепокоєністю міжособистісними стосунками.

Висновки

У родині пацієнтів з клінічними проявами захворювання виявлено вищі показники сімейної тривоги, в основі чого лежить ряд факторів – дестабілізація міжособистісного спілкування на фоні переживання проявів та наслідків хвороби, низька опірність сімейної системи до стресу та дефіцит ресурсів, особливості взаємовідносин у родині як основа психічного дистресу.

Підвищений стресовий ризик поєднується зі зростанням сімейної тривоги у вигляді комплексу психологічних феноменів, що визначають характер порушень у сімейному функціонуванні.

Зміни у сімейному функціонуванні родин пацієнтів з ЦВП потребують розробки заходів медико-психологічної допомоги, спрямованих на покращення адаптації сімей та збільшення їх підтримуючого потенціалу.

Список використаної літератури

1. Leroy T., Fournier E., Penel N., Christophe V. Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psychooncology*. 2016. Vol. 25, issue 11. P. 1278–1285. DOI: 10.1002/pon.4056.
2. Jia M., Li J., Chen C., Cao F. Post-traumatic stress disorder symptoms in family caregivers of adult patients with acute leukemia from a dyadic perspective. *Psychooncology*. 2015. Vol. 24, issue 12. P. 1754–1760. DOI: 10.1002/pon.3851.
3. Система медико-психологічного супроводу родини, що виховує дитину з тяжким захворюванням / Г. М. Кожина, М. В. Маркова, О. В. Пionтківська [та ін.]. *Медична психологія*. 2017. Т. 12, № 2. С. 12–14.
4. Костина Н. И., Кропачева О. С. Психологическая помощь пациентам с онкопатологией и их близким на этапе оказания стационарной помощи. *Злокачественные опухоли*. 2016. № 4, спецвыпуск 1. С. 59–63. DOI: 10.18027/2224-5057-2016-4s1-59-63.
5. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland et al. Oxford University press, 2015. 772 p. DOI: 10.1093/med/9780199363315.001.0001.

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

6. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects / M. Hagedoorn, R. Sanderman, H. N. Bolks [et al.]. *Psychological Bulletin*. 2008. Vol. 134, issue 1. P. 1–30. DOI: 10.1037/0033-2909.134.1.1.
7. Мухаровська І. Р. Особливості психологічного стану членів сім'ї онкологічного хворого на різних етапах лікувального процесу. *Science Rise. Medical science*. 2016. № 12(8). С. 21–26. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.86538.
8. Мищенко Т. С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 22–24.
9. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 / V. L. Feigin, M. H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi [et al.]. *Lancet*. 2014. Vol. 383, N 9913. P. 245–254. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61953-4.
10. Іпатів А. В., Дроздова І. В., Ханюкова І. Я., Мацура О. М. Інвалідність унаслідок хвороб системи кровообігу (первинна, прихована, прогнозована). *Український терапевтичний журнал*. 2013. № 2. С. 47–53.
11. Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis / J. Booth, L. Connelly, M. Lawrence [et al.]. *BMC Neurol*. 2015. Vol. 15, issue 1. Art. No.: 233. P. 1–12. DOI: 10.1186/s12883-015-0456-4.
12. The emotional stress and risk of ischemic stroke / D. Kotłęga, M. Gołąb-Janowska, M. Masztalewicz [et al.]. *Neurol Neurochir Pol*. 2016. Vol. 50, issue 4. P. 265–270. DOI: 10.1016/j.pjnns.2016.03.006.

References

1. Leroy T., Fournier E., Penel N., Christophe V. (2016). Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psychooncology*, 25(11), 1278–1285. <https://doi.org/10.1002/pon.4056>
2. Jia M., Li J., Chen C., & Cao F. (2015). Post-traumatic stress disorder symptoms in family caregivers of adult patients with acute leukemia from a dyadic perspective. *Psychooncology*, 24(12), 1754–1760. <https://doi.org/10.1002/pon.3851>
3. Kozhyna, H. M., Markova, M. V., Piontkovska, O. V., Dukhovskiy, O. E., & Mukharovska, I. R. (2017). Systema medyko-psykholohichnoho suprovodu rodyny, shcho vykhovuie dytynu z tiazhkyim zakhvoriuvanniam [The system of medico-psychological support of families raising a child with a severe disease]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, 12(2), 12–14. (In Ukrainian).
4. Kostina, N. I., & Kropacheva, O. S. (2016). Psihologicheskaja pomoshh' pacientam s onkopatologiej i ih blizkim na jetape okazania stacionarnoj pomoshhi [Psychological assistance to patients with cancer and their families at the stage of inpatient care]. *Malignant tumors*, 4(s1), 59–63. (In Russian). <https://doi.org/10.18027/2224-5057-2016-4s1-59-63>
5. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., McCorkle, R., & Butow, P. N. (Eds.). (2015). *Psycho-Oncology*. Oxford University press, 772 p. <https://doi.org/10.1093/med/9780199363315.001.0001>
6. Hagedoorn, M., Sanderman, R., Bolks, H. N., Tuinstra, J., & Coyne, J. C. (2008). Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychological Bulletin*, 134(1), 1–30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.1>
7. Mukharovska, I. R. (2016). Osoblyvosti psykholohichnoho stanu chleniv sim'i onkologichnoho khvorocho na riznykh etapakh likuvalnoho protsesu [Features of the psychological state of family members of the cancer patient at different stages of the healing process]. *Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"*, 12(8), 21–26. <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2016.86538>
8. Mishchenko, T. S. (2017). Epidemiologija cerebrovaskuljarnyh zabojevanij i organizacija pomoshhi bol'nym s mozgovym insul'tom v Ukraine [Epidemiology of cerebrovascular diseases and organization of medical care for patients with stroke in Ukraine]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 25(1), 22–24. (In Russian).
9. Feigin, V. L., Forouzanfar, M. H., Krishnamurthi, R., Mensah, G. A., Connor, M., Bennett, D. A., ... the GBD Stroke Experts Group. (2014). Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 383(9913), 245–254. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61953-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61953-4)
10. Іпатів А. В., Дроздова І. В., Ханюкова І. Я., & Matsuga, O. M. (2013). Invalidnist unaslidok khvorob systemy krovoobihu (pervynna, prykhovana, prohnovovana) [Disability is as a result of circulatory diseases (the primary, hidden and prognosticated disability)]. *Український терапевтичний журнал – Ukrainian therapeutic journal*, 2, 47–53. (In Ukrainian).
11. Booth, J., Connelly, L., Lawrence, M., Chalmers, C., Joice, S., Becker, C., & Dougall, N. (2015). Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. *BMC Neurol*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12883-015-0456-4>
12. Kotłęga, D., Gołąb-Janowska, M., Masztalewicz, M., Ciećwież, S., & Nowacki, P. (2016). The emotional stress and risk of ischemic stroke. *Neurol Neurochir Pol*, 50(4), 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.pjnns.2016.03.006>

Р. Р. Яремкевич

ПРОЯВИ ФОРМ АГРЕСІЇ У ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ
ІЗ СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО СВЕРБЕЖУ

Медичний центр «Асклепій», м. Ужгород, Україна

Актуальність. Хронічний свербіж (ХС) є значною проблемою для пацієнтів, цей синдром негативно впливає на їх психологічний стан та працездатність. Дослідження психологічних особливостей пацієнтів з ХС, які відіграють важливу роль у формуванні відношення до захворювання, та, іноді, у виникненні симптому хвороби, має важливе значення для розробки та впровадження комплексних програм медико-психологічної допомоги пацієнтам з цим синдромом.

Мета – дослідити особливості прояву форм агресії у дерматологічних пацієнтів з синдромом хронічного свербіжу різної інтенсивності.

Матеріали та методи. На базі медичного центру «Асклепій» впродовж 2016–2018 років було обстежено 134 дерматологічних пацієнтів з синдромом хронічного свербіжу. Методи дослідження: психодіагностичний, зокрема використання комп'ютерного додатку «Електронний калькулятор хронічного свербіжу», та «Опитувальник проявів та форм агресії» А. Басса – А. Дарки, статистичний.

Результати. Виявлено зростання частки осіб із високим рівнем індексів агресивності та ворожості за рахунок підвищення проявів дратівливості, вербальної, непрямой, фізичної агресії, провини, образи, підозрливості, негативізму в діапазоні від низької до високої вираженості хронічного свербіжу. Встановлено, що у загальній структурі проявів агресії домінували дратівливість та вербальна агресія, незалежно від інтенсивності хронічного свербіжу та нозології. Збільшення вираженості хронічного свербіжу супроводжувалося більш різким посиленням проявів непрямой агресії та відчуття образи.

Висновки. Вивчення проявів форм агресії як мішеней психологічного впливу є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги дерматологічним пацієнтам з синдромом хронічного свербіжу різної інтенсивності.

Ключові слова: агресія, ворожість, дерматологія, хронічний свербіж, медико-психологічна допомога.

ПРОЯВЛЕНИЯ ФОРМ АГРЕССИИ У ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗУДА

Р. Р. Яремкевич

Медицинский центр «Асклепий», г. Ужгород, Украина

Актуальность. Хронический зуд (ХЗ) составляет значительную проблему для пациентов, данный синдром негативно влияет на их психологическое состояние и работоспособность. Исследование психологических особенностей пациентов с ХЗ, которые играют важную роль в формировании отношения к заболеванию, и, иногда, в возникновении симптома болезни, имеет важное значение для разработки и внедрения комплексных программ медико-психологической помощи пациентам с данным синдромом.

Цель – исследовать особенности проявления форм агрессии у дерматологических пациентов с синдромом хронического зуда различной интенсивности.

Материалы и методы. На базе медицинского центра «Асклепий» в течение 2016–2018 годов было обследовано 134 дерматологических пациентов с синдромом хронического зуда. Методы исследования: психодиагностические, в том числе использование компьютерного приложения «Электронный калькулятор хронического зуда», и «Опросник проявлений и форм агрессии» А. Баса – А. Дарки, статистический.

Результаты. Выявлен рост доли лиц с высоким уровнем индексов агрессивности и враждебности за счет повышения проявлений раздражительности, вербальной, косвенной, физической агрессии, вины, обиды, подозрительности, негативизма в диапазоне от низкой до высокой выраженности хронического зуда. Установлено, что в общей структуре проявлений агрессии доминировали раздражительность и вербальная агрессия, независимо от интенсивности хронического зуда и нозологии. Увеличение выраженности хронического зуда сопровождалось более резким усилением проявлений косвенной агрессии и чувства обиды.

Выводы. Исследование проявлений форм агрессии как мишеней психологического воздействия является важной составляющей мер медико-психологической помощи дерматологическим пациентам с кожным зудом разной интенсивности.

Ключевые слова: агрессия, враждебность, дерматология, кожный зуд, медико-психологическая помощь.

FEATURES OF MANIFESTING AGGRESSIVENESS IN PATIENTS WITH DERMATOLOGICAL DISORDERS AND CHRONIC PRURITUS

R. R. Yaremkevych

Medical Center «Asklepius», Uzhgorod, Ukraine

Background. Chronic pruritus is a significant problem for patients. This syndrome adversely affects their psychological state and performance. The study of the psychological characteristics of patients with chronic pruritus, which play an important role in shaping attitudes to the disease, and sometimes in the onset of a symptom of the disease, is important for the development and implementation of comprehensive programs for medical and psychological care for patients with this syndrome.

Objective – investigate the manifestations of forms of aggression in dermatological patients with chronic pruritus syndrome of varying intensity.

Materials and methods. At medical center «Asklepius» during 2016–2018 years, observed 134 patients with dermatological disorders with chronic pruritus. In study we used such research methods: psychodiagnostic, including the use of the computer application «Electronic calculator of chronic pruritus», and the Buss–Durkee Hostility Inventory, statistical.

Results. The increase in the proportion of people with a high level of aggressiveness and hostility indices due to increased manifestations of irritability, verbal, indirect, physical aggression, guilt, resentment, suspicion, negativity in the range from low to high severity of chronic pruritus has been revealed. It was established that in the general structure of aggression, irritability and verbal aggression were dominated irrespective of the intensity of chronic pruritus and diagnosis. An increase in the severity of chronic pruritus was accompanied by a sharper increase in the manifestations of indirect aggression and feelings of resentment.

Conclusions. A research feature of hostility and aggressiveness as psychotherapeutically targets are an important component of psychological help for patients with dermatology and chronic pruritus.

Keywords: hostility, aggressiveness, dermatology, chronic pruritus, psychological help.

For citation: Yaremkevych R. R. Features of manifesting aggressiveness in patients with dermatological disorders and chronic pruritus. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25(1): 51–55. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 21.01.2019

Accepted / Прийнята до друку: 18.02.2019

Актуальність. Хронічний свербіж – це значна проблема для пацієнтів, оскільки цей синдром є причиною постійного відчуття дискомфорту (більше 6 тижнів) та бажання постійно розчухувати шкіру, що загалом негативно впливає на психологічний стан та працездатність [1].

За даними досліджень, поширення синдрому ХС постійно зростає, його виявляють у близько 13,5 % дорослого населення [2]. Ураження ХС серед різних вікових груп має певні відмінності як щодо представлення, так і щодо причин його виникнення. За етіологією ХС може бути дерматологічним, системним, неврологічним, соматоформним та змішаною етіологією [1].

Дерматологічні захворювання часто супроводжуються синдромом ХС [3, 4]. Дослідження ХС у пацієнтів із хворобами шкіри показало його негативний вплив на якість життя, психоемоційний стан, працездатність, соціальну активність пацієнтів [5–8]. У ряді наукових робіт ХС за інтенсивністю дискомфорту прирівнюють навіть до хронічного больового синдрому [9, 10].

Практичною проблемою лікування ХС є те, що часто буває складно, а іноді й неможливо знизити інтенсивність симптому, що формує у сприйнятті пацієнтів відчуття неконтрольованості хвороби та погіршує прихильність до лікування, негативно відображається на психоемоційному стані [11, 12].

Неможливість допомогти пацієнтам з ХС використовуючи класичні медичні підходи стимулює розвиток психологічних теорій та практик, які пропонують власні пояснення механізмів розвитку патологічного прояву та його лікування. На сьогодні сформувалася окрема галузь знань на стику психології та дерматології – психодерматологія, яка займається вивченням психосоматичних та соматопсихічних складових шкірної патології.

Дослідження психологічних особливостей пацієнтів з ХС має важливе значення для розробки та впровадження комплексних програм медико-психологічної допомоги пацієнтам із цим синдромом.

Мета роботи – дослідити особливості прояву форм агресії у дерматологічних пацієнтів з синдромом хронічного свербіжу різної інтенсивності.

Матеріали та методи дослідження

На базі медичного центру «Асклепій» (м. Ужгород) упродовж 2016–2018 років проведено психологічне дослідження 134 дерматологічних пацієнтів з синдромом ХС. У 62,7 % обстежуваних було діагностовано atopічний дерматит, у 23,9 % – псоріаз, у 13,4 % – себореїний дерматит. Вік пацієнтів коливався від 21 до 56 років. За гендерним складом переважали жінки – 65,7 %, чоловіків було 34,3 %.

Для оцінки вираженості синдрому ХС на основі існуючих валідизованих опитувальників («Eppendorf Itch Questionnaire», «Questionnaire for Pruritus Assessment», «McGill Pain Questionnaire», «Itch Severity Scale», «The 5-D itch questionnaire», «The Leuven Itch Scale», «Индекс профиля тяжести кожного зуда») з використанням елементів

найпростішого пристосування для оцінки ХС – «A visual analogue scale» ми розробили перший україномовний опитувальник для оцінки ХС, який ліг в основу комп'ютерної програми «Електронний калькулятор ХС» [2, 12–19]. Ця комп'ютерна програма дозволяє лікарю на основі даних електронної анкети-опитувальника оцінити в числовому еквіваленті та порівняти силу вираженості ХС і якість життя пацієнта за останній місяць до, під час та після лікування.

Пацієнтів було поділено на підгрупи залежно від вираження синдрому ХС на основі зазначеного «Електронного калькулятора хронічного свербіжу»: з низькою інтенсивністю – ГН, n=42 (31,3 %); з середньою інтенсивністю – ГС, n=55 (41,0 %); з високою інтенсивністю – ГВ, n=37 (27,6 %).

Вивчення агресії у пацієнтів з ХС досліджуваної групи здійснювали за допомогою «Опитувальника форм та проявів агресії» А. Басса та А. Дарки (Buss – Durkee Hostility Inventory; BDHI) в адаптації А. А. Хвана, Ю. А. Зайцева, Ю. А. Кузнецової. Проводили діагностику та змістовний аналіз проявів агресії за параметрами фізичної, вербальної, непрямой агресії, дратівливості, негативізму, образи, підозріливості та почуття провини. Також визначали загальні індекси агресивності та ворожості. Для статистичної обробки даних використовували MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

У таблиці 1 наведені результати вивчення прояву форм агресії залежно від інтенсивності синдрому ХС у опитуваних всіх нозологічних груп. Високий загальний показник ворожості виявлено у 13,5 % хворих з ГВ, у 10,9 % пацієнтів з ГС, та у 0 % осіб з ГН, індексу агресивності, відповідно, 27,0 %, 20,0 % та 2,4%, що вказує на зростання рівня агресії на фоні посилення ХС. Прояви агресивності переважали над проявами ворожості.

Агресія у пацієнтів з ГН проявлялася переважно у формі дратівливості, вираження негативних почуттів у вербальній формі (незадоволення, претензії, конфлікти), до яких приєднувалися непрямі прояви, самокритика, образа та недовіра до оточуючих, найрідше спостерігалася застосування фізичної сили та опозиційність.

У дерматологічних хворих з ГС спостерігалася підвищення загального фону агресивності без суттєвої зміни у її структурі. Провідними формами агресії у цій групі також залишалися дратівливість та вербальні прояви, за якими слідували образа, непряма агресія, підозріливість та провини, найменш застосовуваними були фізична агресія та негативізм.

У пацієнтів з ГВ домінувало роздратування, поряд з вербальною формою вагому роль відігравала непряма агресія, відчуття образи, за якими слідували фізична агресія, відчуття провини, підозріливість та негативізм.

У таблиці 2 наведені дані порівняння форм агресії залежно від нозології.

У пацієнтів з atopічним дерматитом провідними формами агресії були дратівливість та вербальне вира-

Таблиця 1. Загальна структура форм агресії в залежності від інтенсивності хронічного свербіжу, %

Шкали	Низька інтенсивність ХС, ГН, n=42			Середня інтенсивність ХС, ГС, n=55			Висока інтенсивність ХС, ГВ, n=37		
	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Фізична агресія	31,0	69,0	–	20,0	72,7	7,3	21,6	67,6	10,8
Непряма агресія	19,0	76,2	4,8	9,1	78,2	12,7	10,8	62,2	27,0
Дратівливість	9,5	76,2	14,3	3,6	63,6	32,7	–	56,8	43,2
Негативізм	31,0	69,0	–	30,9	65,5	3,6	24,3	67,6	8,1
Образа	16,7	81,0	2,4	18,2	67,3	14,5	13,5	67,6	18,9
Підозріливість	26,2	71,4	2,4	25,5	65,5	9,1	16,2	75,7	8,1
Вербальна агресія	14,3	76,2	9,5	7,3	67,3	25,5	8,1	59,5	32,4
Провина	9,5	85,7	4,8	9,1	81,8	9,1	8,1	81,1	10,8
Індекс ворожості	21,4	78,6	–	14,5	74,5	10,9	10,8	75,7	13,5
Індекс агресивності	28,6	69,0	2,4	9,1	70,9	20,0	8,1	64,9	27,0

Примітка. Тут і в таблицях 2–5: Н – низький, С – середній та В – високий рівні прояву форм агресії.

ження, меншу роль відігравали непряма агресія, самокритика та відчуття образи, найменше значення мали фізичні прояви, підозріливість та негативізм. Хворих на псоріаз вирізняли, поряд з дратівливістю, словесне вираження та непряма агресія реагування з формуванням відчуття образи. Для пацієнтів з себорейним дерматитом

до дратівливості частіше, порівняно з хворими інших груп, приєднувалася фізична агресія, було вираженим відчуття образи.

У таблиці 3 проаналізовано форми агресії залежно від інтенсивності ХС у групі пацієнтів з atopічним дерматитом та виявлено зростання показників агресивності

Таблиця 2. Порівняння форм агресії у пацієнтів з хронічним свербіжем і atopічним дерматитом, себорейним дерматитом та псоріазом, %

Шкали	Атопічний дерматит, n=84			Псоріаз, n=32			Себорейний дерматит, n=18		
	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Фізична агресія	29,8	64,3	6,0	18,8	78,1	3,1	5,6	83,3	11,1
Непряма агресія	19,0	66,7	14,3	3,1	78,1	18,8	–	94,4	5,6
Дратівливість	7,1	64,3	28,6	–	65,6	34,4	–	72,2	27,8
Негативізм	36,9	58,3	4,8	25,0	75,0	–	–	94,4	5,6
Образа	21,4	69,0	9,5	9,4	71,9	18,8	5,6	83,3	11,1
Підозріливість	31,0	63,1	6,0	15,6	75,0	9,4	–	94,4	5,6
Вербальна агресія	11,9	66,7	21,4	6,3	68,8	25,0	5,6	72,2	22,2
Провина	13,1	77,4	9,5	3,1	87,5	9,4	–	100	–
Індекс ворожості	20,2	72,6	7,1	9,4	81,3	9,4	5,6	83,3	11,1
Індекс агресивності	20,2	63,1	16,7	6,3	75,0	18,8	5,6	83,3	11,1

Таблиця 3. Структура форм агресії залежно від інтенсивності хронічного свербіжу в пацієнтів з atopічним дерматитом, %

Шкали	Низька інтенсивність ХС, n=26			Середня інтенсивність ХС, n=32			Висока інтенсивність ХС, n=26		
	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Фізична агресія	34,6	65,4	0,0	28,1	65,6	6,3	26,9	61,6	11,5
Непряма агресія	26,9	69,3	3,8	15,6	71,9	12,5	15,4	57,7	26,9
Дратівливість	15,4	69,2	15,4	6,2	62,5	31,3	–	61,5	38,5
Негативізм	42,3	57,7	–	37,4	56,3	6,3	30,8	61,5	7,7
Образа	23,1	76,9	–	21,9	65,6	12,5	19,2	65,4	15,4
Підозріливість	38,5	57,7	3,8	31,2	62,5	6,3	23,1	69,2	7,7
Вербальна агресія	15,4	73,1	11,5	12,5	65,6	21,9	7,7	61,5	30,8
Провина	15,4	76,9	7,8	12,5	78,1	9,4	11,5	77,0	11,5
Індекс ворожості	26,9	73,1	–	18,7	71,9	9,4	15,4	73,1	11,5
Індекс агресивності	34,6	61,6	3,8	15,6	65,6	18,8	11,5	61,5	27,0

Таблиця 4. Структура форм агресії залежно від інтенсивності хронічного свербіжу в пацієнтів з псоріазом, %

Шкали	Низька інтенсивність ХС, n=9			Середня інтенсивність ХС, n=16			Висока інтенсивність ХС, n=7		
	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Фізична агресія	33,3	66,7	–	12,5	81,3	6,2	14,3	85,7	–
Непряма агресія	11,1	77,8	11,1	–	87,5	12,5	–	57,1	42,9
Дратівливість	–	88,9	11,1	–	62,5	37,5	–	42,9	57,1
Негативізм	22,2	77,8	–	31,2	68,8	–	14,3	85,7	–
Образа	–	88,9	11,1	18,8	62,4	18,8	–	71,4	28,6
Підозріливість	11,1	88,9	–	25,0	62,5	12,5	–	85,7	14,3
Вербальна агресія	11,1	88,9	–	–	68,8	31,2	14,3	42,9	42,9
Провина	–	100	–	6,2	81,3	12,5	–	85,7	14,3
Індекс ворожості	11,1	88,9	–	12,5	75,0	12,5	–	85,7	14,3
Індекс агресивності	22,2	77,8	–	–	75,0	25,0	–	71,4	28,6

Таблиця 5. Структура форм агресії залежно від інтенсивності хронічного свербіжу в пацієнтів з себорейним дерматитом, %

Шкали	Низька інтенсивність ХС, n=7			Середня інтенсивність ХС, n=7			Висока інтенсивність ХС, n=4		
	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Фізична агресія	14,3	85,7	–	–	85,7	14,3	–	75,0	25,0
Непряма агресія	–	100	–	–	85,7	14,3	–	100	–
Дратівливість	–	85,7	14,3	–	71,4	28,6	–	50,0	50,0
Негативізм	–	100	–	–	100	–	–	75,0	25,0
Образа	14,3	85,7	–	–	85,7	14,3	–	75,0	25,0
Підозріливість	–	100	–	–	85,7	14,3	–	100	–
Вербальна агресія	14,3	71,4	14,3	–	71,4	28,6	–	75,0	25,0
Провина	–	100	–	–	100	–	–	100	–
Індекс ворожості	14,3	85,7	–	–	85,7	14,3	–	75,0	25,0
Індекс агресивності	14,3	85,7	–	–	85,7	14,3	–	75,0	25,0

та ворожості по мірі наростання вираженості ХС, домінування дратівливості та вербальної агресії у структурі форм агресії, підвищення ролі непрямой агресії при високому рівні прояву свербіжу.

У пацієнтів з псоріазом у структурі проявів форм агресивності, поряд з провідними дратівливістю та вербальною агресією, вагоме значення мали відчуття образи та непряма агресія у осіб з середньою та високою інтенсивністю ХС (табл. 4).

Група пацієнтів з себорейним дерматитом була найчисленнішою, що ускладнювало інтерпретацію результатів окремо у даній вибірці (табл. 5). На фоні домінування дратівливості та вербальних репрезентацій мала місце тенденція до зростання ролі таких форм агресії як фізична, негативізм, образа.

Висновки

Дослідження проявів форм агресії у дерматологічних пацієнтів з синдромом ХС виявило:

- зростання частки осіб з високим рівнем індексів агресивності та ворожості при посиленні свербіжу;
- підвищення проявів дратівливості, вербальної, непрямой, фізичної агресії, провини, образи, підозріливості, негативізму у діапазоні від низької до високої вираженості ХС;

- у загальній структурі домінували дратівливість та вербальна агресія незалежно від інтенсивності ХС та нозології;
- збільшення вираженості ХС супроводжувалося більш різким посиленням проявів непрямой агресії та відчуття образи.

Отже, зростання та зміна форм прояву агресивності у дерматологічних пацієнтів з хронічним свербіжем на фоні підвищення його інтенсивності вказує на необхідність розробки медико-психологічних заходів, спрямованих на їх корекцію.

Список використаної літератури

1. European guideline on chronic pruritus / E. Weisshaar, J. C. Szepletowski, U. Darsow [at al.]. *Acta Derm Venereol.* 2012. Vol. 92, issue 5. P. 563–581. DOI: 10.2340/00015555-1400.
2. Grundmann S. A., Ständer S. Evaluation of chronic pruritus in older patients. *Aging Health.* 2010. Vol. 6, no. 1. P. 53–66. DOI: 10.2217/ah.09.84.
3. Metz M., Ständer S. Chronic pruritus – pathogenesis, clinical aspects and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010. Vol. 24, issue 11. P. 1249–1260. DOI: 10.1111/j.1468-3083.2010.03850.x.
4. Leader B., Carr C. W., Chen S. C. Pruritus epidemiology and quality of life. *Handb Exp Pharmacol.* 2015. Vol. 226. P. 15–38. DOI: 10.1007/978-3-662-44605-8_2.
5. Yosipovitch G., Bernhard J. D. Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med.* 2013. Vol. 368, issue 17. P. 1625–1634. DOI: 10.1056/NEJMcpr1208814.
6. Pereira M. P., Ständer S. Assessment of severity and burden of pruritus. *Allergol Int.* 2017. Vol. 66, issue 1. P. 3–7. DOI: 10.1016/j.alit.2016.08.009.
7. Chronic pruritus: evaluation of patient needs and treatment goals with a special regard to differences according to pruritus classification and sex / S. Steinke,

- P. Bruland, C. Blome [et al.]. *Br J Dermatol*. 2017. Vol. 176, issue 2. P. 363–370. DOI: 10.1111/bjd.14910.
8. Marron S. E., Tomas-Aragones L., Boira S., Campos-Rodenas R. Quality of Life, Emotional Wellbeing and Family Repercussions in Dermatological Patients Experiencing Chronic Itching: A Pilot Study. *Acta Derm Venereol*. 2016. Vol. 96, issue 3. P. 331–335. DOI: 10.2340/00015555-2263.
 9. The impact of pruritus on quality of life: the skin equivalent to pain / S. P. Kini, L. K. DeLong, E. Veledar [et al.]. *Arch Dermatol*. 2011. Vol. 147, issue 10. P. 1153–1156. DOI: 10.1001/archdermatol.2011.178.
 10. Effects of Apremilast on Pruritus and Skin Discomfort/Pain Correlate With Improvements in Quality of Life in Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis / J. M. Sobell, P. Foley, D. Toth [et al.]. *Acta Derm Venereol*. 2016. Vol. 96, issue 4. P. 514–520. DOI: 10.2340/00015555-2360.
 11. Kouwenhoven T. A., van de Kerkhof P. C. M., Kamsteeg M. Use of oral antidepressants in patients with chronic pruritus: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2017. Vol. 77, issue 6. P. 1068–1073.e7. DOI: 10.1016/j.jaad.2017.08.025.
 12. Pereira M. P., Ständer S. Chronic Pruritus: Current and Emerging Treatment Options. *Drugs*. 2017. Vol. 77, issue 9. P. 999–1007. DOI: 10.1007/s40265-017-0746-9.
 13. Measurement of itching: Validation of the Leuven Itch Scale / C. Haest, M. P. Casaer, A. Daems [et al.]. *Burns*. 2011. Vol. 37, issue 6. P. 939–950. DOI: 10.1016/j.burns.2011.04.007.
 14. Elman S., Hynan L. S., Gabriel V., Mayo M. J. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *British Journal of Dermatology*. 2010. Vol. 162, issue 3. P. 587–593. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2009.09586.x.
 15. New Aspects of Itch Pathophysiology: Component Analysis of Atopic Itch Using the 'Eppendorf Itch Questionnaire' / U. Darsow, E. Scharein, D. Simon [et al.]. *Int Arch Allergy Immunol*. 2001. Vol. 124, issue 1-3. P. 326–331. DOI: 10.1159/000053748.
 16. Majeski C. J., Johnson J. A., Davison S. N., Lauzon C. J. Itch Severity Scale: a self-report instrument for the measurement of pruritus severity. *British Journal of Dermatology*. 2007. Vol. 156, issue 4. P. 667–673. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2006.07736.x.
 17. Visual Analogue Scale: Evaluation of the Instrument for the Assessment of Pruritus / A. Reich, M. Heisig, N. Q. Phan [et al.]. *Acta Derm Venereol*. 2012. Vol. 92, issue 5. P. 497–501. DOI: 10.2340/00015555-1265.
 18. Cross-cultural adaptation and validation of the Questionnaire for Pruritus Assessment for use in the French Canadian burn survivor population / M. Parent-Vachon, L. K. Parnell, G. Rachelska [et al.]. *Burns*. 2008. Vol. 34, issue 1. P. 71–92. DOI: 10.1016/j.burns.2007.01.011.
 19. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1975. Vol. 1, issue 3. P. 277–299. DOI: 10.1016/0304-3959(75)90044-5.
 4. Leader, B., Carr, C. W., & Chen, S. C. (2015). Pruritus epidemiology and quality of life. *Handb Exp Pharmacol*, 226, 15–38. https://doi.org/10.1007/978-3-662-44605-8_2
 5. Yosipovitch, G., & Bernhard, J. D. (2013). Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med*, 368(17), 1625–1634. <https://doi.org/10.1056/NEJMcpr1208814>
 6. Pereira, M. P., & Ständer, S. (2017). Assessment of severity and burden of pruritus. *Allergol Int*, 66(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2016.08.009>
 7. Steinke, S., Bruland, P., Blome, C., Osada, N., Dugas, M., Fritz, F., ... Ständer, S. (2017). Chronic pruritus: evaluation of patient needs and treatment goals with a special regard to differences according to pruritus classification and sex. *Br J Dermatol*, 176(2), 363–370. <https://doi.org/10.1111/bjd.14910>
 8. Marron, S. E., Tomas-Aragones, L., Boira, S., & Campos-Rodenas, R. (2016). Quality of Life, Emotional Wellbeing and Family Repercussions in Dermatological Patients Experiencing Chronic Itching: A Pilot Study. *Acta Derm Venereol*, 96(3), 331–335. <https://doi.org/10.2340/00015555-2263>
 9. Kini, S. P., DeLong, L. K., Veledar, E., McKenzie-Brown, A. M., Schaefele, M., & Chen, S. C. (2011). The impact of pruritus on quality of life: the skin equivalent to pain. *Arch Dermatol*, 147(10), 1153–1156. <https://doi.org/10.1001/archdermatol.2011.178>
 10. Sobell, J. M., Foley, P., Toth, D., Mrowietz, U., Girolomoni, G., Goncalves, J., ... Yosipovitch, G. (2016). Effects of Apremilast on Pruritus and Skin Discomfort/Pain Correlate With Improvements in Quality of Life in Patients With Moderate to Severe Plaque Psoriasis. *Acta Derm Venereol*, 96(4), 514–520. <https://doi.org/10.2340/00015555-2360>
 11. Kouwenhoven, T. A., van de Kerkhof, P. C. M., & Kamsteeg, M. (2017). Use of oral antidepressants in patients with chronic pruritus: A systematic review. *J Am Acad Dermatol*, 77(6), 1068–1073.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.08.025>
 12. Pereira, M. P., & Ständer, S. (2017). Chronic Pruritus: Current and Emerging Treatment Options. *Drugs*, 77(9), 999–1007. <https://doi.org/10.1007/s40265-017-0746-9>
 13. Haest, C., Casaer, M. P., Daems, A., De Vos, B., Vermeersch, E., Morren, M. A., ... Moons, P. (2011). Measurement of itching: Validation of the Leuven Itch Scale. *Burns*, 37(6), 939–950. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2011.04.007>
 14. Elman, S., Hynan, L. S., Gabriel, V., & Mayo, M. J. (2010). The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *British Journal of Dermatology*, 162(3), 587–593. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2009.09586.x>
 15. Darsow, U., Scharein, E., Simon, D., Walter, G., Bromm, B., & Ring, J. (2001). New Aspects of Itch Pathophysiology: Component Analysis of Atopic Itch Using the 'Eppendorf Itch Questionnaire'. *Int Arch Allergy Immunol*, 124(1-3), 326–331. <https://doi.org/10.1159/000053748>
 16. Majeski, C. J., Johnson, J. A., Davison, S. N., & Lauzon, C. J. (2007). Itch Severity Scale: a self-report instrument for the measurement of pruritus severity. *British Journal of Dermatology*, 156(4), 667–673. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07736.x>
 17. Reich, A., Heisig, M., Phan, N. Q., Taneda, K., Takamori, K., Takeuchi, S., ... Szepietowski, J. C. (2012). Visual Analogue Scale: Evaluation of the Instrument for the Assessment of Pruritus. *Acta Derm Venereol*, 92(5), 497–501. <https://doi.org/10.2340/00015555-1265>
 18. Parent-Vachon, M., Parnell, L. K., Rachelska, G., Lasalle, L., & Nedelec, B. (2008). Cross-cultural adaptation and validation of the Questionnaire for Pruritus Assessment for use in the French Canadian burn survivor population. *Burns*, 34(1), 71–92. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.01.011>
 19. Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)

References

1. Weisshaar, E., Szepietowski, J. C., Darsow, U., Misery, L., Wallengren, J., Mettang, T., ... Ständer, S. (2012). European guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol*, 92(5), 563–581. <https://doi.org/10.2340/00015555-1400>
2. Grundmann, S. A., & Ständer, S. (2010). Evaluation of chronic pruritus in older patients. *Aging Health*, 6(1), 53–66. <https://doi.org/10.2217/ahe.09.84>
3. Metz, M., & Ständer, S. (2010). Chronic pruritus – pathogenesis, clinical aspects and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 24(11), 1249–1260. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03850.x>

Відомості про автора:

ЯРЕМКЕВИЧ Роман Романович, лікар-дерматолог медичного центру «Асклепій», м. Ужгород, Україна; e-mail: r.yaremkevych@gmail.com

Сведения об авторе:

ЯРЕМКЕВИЧ Роман Романович, врач-дерматолог медицинского центра «Асклепий», г. Ужгород, Украина; e-mail: r.yaremkevych@gmail.com

About the Author:

YAREMKEVYCH Roman Romanovych, dermatologist, Medical Center "Asklepius", Uzhgorod, Ukraine; e-mail: r.yaremkevych@gmail.com

УДК 616.895.4+616.891+616.892:616.89-02-058

А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков*

ОСОБЛИВОСТІ КОНТИНУУМУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ – ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З РІЗНИМИ ГЕНЕЗОМ ДЕПРЕСІЇ ТА ВИРАЖЕНІСТЮ ПРОБЛЕМ У ПСИХОСОЦІАЛЬНОМУ ФУНКЦІОНУВАННІ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Актуальність. У клінічній психіатрії й психології соціально-психологічна дезадаптація може виступати як симптом, як діагностичний критерій оцінки тяжкості психопатологічного стану, так і як тригерний або патопластичний чинник розвитку психічної патології. Сучасні дослідження показують, що при депресивних розладах суттєво страждає соціальне функціонування пацієнтів, що реалізується через порушення їх психосоціальної адаптації.

Мета – дослідити специфіку континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні, для визначення в подальшому цільових мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації цього контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 252 жінки з діагнозом депресивного розладу: 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу, 83 жінки з ендогенною депресією і 75 пацієнток з депресивним розладом органічного генезу. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. Стан континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок депресивними розладами прямо асоційований з наявністю у них проблем у психосоціальному функціонуванні, що відіграє визначальну роль у формуванні якісних і кількісних характеристик соціально-психологічної дезадаптації у даного контингенту. Другим значущим фактором впливу на дрейф континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у бік дезадаптивних проявів, є генез депресивного розладу.

Висновки. Специфіка континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні має враховуватися при визначенні напрямків психотерапевтичного і реабілітаційного менеджменту депресивних розладів у жінок.

Ключові слова: депресивні розлади, психогенна депресія, органічна депресія, ендогенна депресія, психосоціальна дезадаптація, соціально-психологічна дезадаптація.

ОСОБЕННОСТИ КОНТИНУУМА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ – ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ ГЕНЕЗОМ ДЕПРЕССИИ И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ПРОБЛЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

А. Н. Скрипников, Р. И. Исаков*

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. В клинической психиатрии и психологии социально-психологическая дезадаптация может выступать как симптом, как диагностический критерий оценки тяжести психопатологического состояния, так и как триггерный или патопластический фактор развития психической патологии. Современные исследования показывают, что при депрессивных расстройствах существенно страдает социальное функционирование пациентов, что реализуется через нарушения их психосоциальной адаптации.

Цель – исследовать специфику континуума социально-психологической адаптации – дезадаптации у женщин с различного генеза депрессией и выраженностью проблем в психосоциальном функционировании для определения в дальнейшем целевых мишеней для дифференцированной психосоциальной реабилитации данного контингента пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 252 женщины с диагнозом депрессивного расстройства: 94 женщины с депрессивным расстройством психогенного генеза, 83 женщины с эндогенной депрессией и 75 пациенток с депрессивным расстройством органического генеза. Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностические, статистический.

Результаты. Состояние континуума социально-психологической адаптации – дезадаптации у женщин с депрессивными расстройствами прямо ассоциировано с наличием у них проблем в психосоциальном функционировании, что играет определяющую роль в формировании качественных и количественных характеристик социально-психологической дезадаптации у данного контингента. Вторым значимым фактором влияния на дрейф континуума социально-психологической адаптации – дезадаптации в сторону дезадаптивных проявлений является генезис депрессивного расстройства.

Выводы. Специфика континуума социально-психологической адаптации – дезадаптации у женщин с различного генеза депрессиями и выраженностью проблем в психосоциальном функционировании должна учитываться при определении направлений психотерапевтического и реабилитационного менеджмента депрессивных расстройств у женщин.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психогенная депрессия, органическая депрессия, эндогенная депрессия, психосоциальная дезадаптация, социально-психологическая дезадаптация.

FEATURES OF THE CONTINUUM OF SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION – MALADAPTATION IN WOMEN WITH DIFFERENT GENESIS OF DEPRESSION AND SEVERITY OF PROBLEMS IN PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING

A. M. Skrypnikov, R. I. Isakov*

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

Background. In clinical psychiatry and psychology, socio-psychological maladaptation can act as a symptom, as a diagnostic criterion for assessing the severity of a psychopathological state, and as a trigger or pathoplastic factor in the development of mental pathology. Modern studies show that in depressive disorders, the social functioning of patients is significantly affected, which is realized through violations of their psychosocial adaptation.

Objective – to study the specifics of the continuum of socio-psychological adaptation – maladaptation in women with various genesis of depression and the severity of problems in psychosocial functioning in order to further identify targeted targets for differentiated psychosocial rehabilitation of this patient population.

Materials and methods. 252 women with a diagnosis of depressive disorder were examined: 94 people with depressive disorder of psychogenic genesis, 83 women with endogenous depression and 75 patients with depressive disorder of organic genesis. The patients were divided into groups depending on the genesis of the depressive disorder and the presence and severity of problems in psychosocial functioning. We used such research methods: clinical, psychopathological, psychodiagnostic, statistical.

Results. As a result of the study, it was found that the state of the continuum of social and psychological adaptation – maladaptation in women with depressive disorders in the direction associated with the presence of problems in psychosocial functioning, which plays a decisive role in the formation of qualitative and quantitative characteristics of social and psychological maladaptation in this contingent. Another significant factor influencing the drift of the continuum of social and psychological adaptation – maladaptation in the direction of maladaptive manifestations is the genesis of depressive disorder.

Conclusions. The specifics of the continuum of socio-psychological adaptation – maladaptation in women with various genesis of depression and the severity of problems in psychosocial functioning should be taken into account when determining the directions of psychotherapeutic and rehabilitation management of depressive disorders in women.

Keywords: depressive disorders, psychogenic depression, organic depression, endogenous depression, psychosocial maladaptation, social and psychological maladaptation.

For citation: Skrypnikov A. M., Isakov R. I. Features of the continuum of social and psychological adaptation – maladaptation in women with different genesis of depression and severity of problems in psychosocial functioning. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(1): 56–62. (In Ukr.).

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): drrust@bigmir.net

Received / Поступила: 04.02.2019

Accepted / Прийнята до друку: 28.02.2019

Актуальність. З погляду системного підходу психічну адаптацію розуміють як цілісну, багатовимірну і самокеровану функціональну систему, спрямовану на підтримання сталої взаємодії індивіда із навколишнім середовищем і ставлення до самого себе [1]. Така теоретична системна модель психічної адаптації передбачає аналіз взаємозв'язків біологічних (фізіологічних), психологічних (індивідуально-особистісних) і соціальних (особистісно-середовищних) її компонентів, кожен з яких, відрізняючись своєрідністю і неповторністю, робить свій внесок у загальний адаптаційний механізм [2].

Деадаптація – порушення пристосування організму та психіки людини до змін навколишнього середовища, яке проявляється неадекватними щодо характеру подразників психічними й фізіологічними реакціями [1].

Соціально-психологічна адаптація характеризується усвідомленням необхідності для особистості поступових змін взаємин із соціальним середовищем через оволодіння новими способами поведінки, а також становленням нових пристосувальних механізмів, орієнтованих на гармонізацію відносин особистості з середовищем [3–6]. Під соціально-психологічною деадаптацією розуміють нездатність індивіда відповідати адекватним чином на пред'явлені до нього вимоги, засновані на очікуваннях, що відповідають його соціальному статусу і певному місцю в конкретній системі сформованих міжособистісних стосунків [7]. У клінічній психіатрії та психології соціально-психологічна деадаптація виступає в декількох ролях: і як симптом, і як діагностичний критерій оцінки тяжкості психопатологічного стану, і як тригерний або патопластичний чинник розвитку психічної патології.

Особливу зацікавленість викликає дослідження процесів соціально-психологічної адаптації / деадаптації у хворих на депресивні розлади, адже отримані на сьогодні дані про різноманітні аспекти вказаної проблематики свідчать про те, що при депресивних розладах суттєво страждає соціальне функціонування пацієнтів, що реалізується через порушення їх психосоціальної адаптації [8–10].

Мета – дослідження специфіки континууму соціально-психологічної адаптації – деадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні для визначення в подальшому таргетних мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації цього контингенту пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження

На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної

лікарні імені О. Ф. Мальцева було обстежено 252 жінки, яким, відповідно до чинних нормативних документів, був встановлений діагноз депресивного розладу. Згідно дизайну роботи, в дослідження були включені 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код за МКХ-10 F43.21), 83 жінки з ендегенною депресією (депресивний епізод, коди за МКХ-10 F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, коди за МКХ-10 F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії, коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F31.5) та 75 пацієнок з депресивним розладом органічного генезу (органічні афективні розлади, код за МКХ-10 F06.3).

Для ідентифікації та виміру вираженості проблем у психосоціальному функціонуванні ми розробили оригінальну шкалу, яка охоплює три основних його кластери: 1) макросоціальний, що включає оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної деадаптації; 2) мезосоціальний, що включає оцінку соціально-професійної та міжособистісної деадаптації; 3) мікросоціальний, що включає оцінку сімейної та батьківської деадаптації. Ці шість сфер охоплюють основні напрямки психосоціальної деадаптації (ПСД) і дозволяють визначити порушення психосоціального функціонування індивіда за всіма ключовими напрямками. Крім оцінки за кожною зі сфер проводили обрахування інтегрального показника макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної деадаптації, який визначали як суму показників за відповідними сферами, а також інтегрального показника ПСД, який визначали як суму показників за всіма сферами психосоціального функціонування [11].

Обстежені жінки за результатами оцінки вираженості ознак ПСД з використанням розробленої нами шкали були поділені на дві групи. До першої групи (48 осіб) були віднесені жінки, у яких за жодною зі сфер психосоціального функціонування показник не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак ПСД. До другої групи (204 особи) були віднесені жінки, у яких принаймні за однією зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає наявності проблем у психосоціальному функціонуванні.

Таким чином, зважаючи на критерії: а) генез депресивного розладу; б) наявність/відсутність проблем психосоціального функціонування, в дослідженні порівнювали дані 6 груп. Жінки, у яких депресивний розлад мав психогенний характер (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації F43.21), були поділені на групи чисельністю 19 (без ознак ПСД, ПА) та 75 (з ознаками ПСД, ПД) осіб; хворі, депресивний розлад у яких мав ендегенну природу (депресивний епізод F32.0,

F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії F31.3, F31.4, F31.5), були поділені на групи чисельністю 15 (без ознак ПСД, ЕА) та 68 (з ознаками ПСД, ЕД) осіб; жінки, депресивний розлад у яких мав органічний генез (органічні афективні розлади F06.3), були поділені на групи чисельністю 14 (без ознак ПСД, ОА) та 61 (з ознаками ПСД, ОД) особа.

Специфіку континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації визначали за допомогою опитувальника К. Роджерса – Р. Даймонд в адаптації О. К. Осницького [12].

Результати аналізу стану соціально-психологічної адаптації – дезадаптації наведено в таблиці 1.

Одержані дані свідчать про наявність значущих розбіжностей у показниках адаптивності / дезадаптивності як при порівнянні пацієнтів з ознаками ПСД і без них, так і при порівнянні пацієнток з різним генезом депресії (рис. 1–3). Так, показник адаптивності у жінок, хворих на психогенну депресію, без ознак ПСД, склав $80,95 \pm 6,87$ балів, з ознаками ПСД – $48,27 \pm 6,49$ балів, на ендогенну депресію – відповідно $65,73 \pm 6,49$ балів і $39,24 \pm 7,60$ балів, на органічну – відповідно $50,86 \pm 5,88$ балів і $24,26 \pm 8,69$ балів. Показники дезадаптивності склали, відповідно, $125,95 \pm 13,46$ балів, $167,33 \pm 15,09$ балів, $149,60 \pm 7,36$ балів, $178,21 \pm 11,67$ балів, $162,50 \pm 12,09$ балів і $186,89 \pm 5,84$ балів. Розбіжності були статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою ($p < 0,01$). Як видно з наведених даних, загальна тенденція полягає у кращих показниках адаптації у пацієнтів з психогенним характером депресії, гірших – з ендогенним, і найгіршим – з органічним. Закономірно, показники адаптивності суттєво кращі у пацієнток без ознак ПСД, незалежно від генезу депресії.

Загалом ця тенденція зберігається для більшості показників соціально-психологічної адаптації – дезадаптації. Так, для пацієнток з депресією психогенного характеру без ознак ПСД характерний найвищий рівень прийняття себе ($16,74 \pm 2,05$ балів), у пацієнток з ендогенною депресією без ознак дезадаптації він є нижчим ($12,27 \pm 3,33$ балів), з органічною депресією без ознак ПСД – ще нижчим ($8,43 \pm 2,87$ балів), а у пацієнток з ознаками ПСД – найнижчим: при психогенній депресії – $8,27 \pm 3,08$ балів, при ендогенній – $6,10 \pm 3,12$ балів, при органічній – $3,16 \pm 2,05$ балів. Аналогічні тенденції виявлені при аналізі неприйняття себе: найнижчі показники притаманні пацієнткам з психогенною депресією без ознак ПСД ($20,74 \pm 2,88$ балів), дещо вищі – з ендогенною ($29,87 \pm 2,10$ балів) та органічною ($32,79 \pm 1,85$ балів) депресією без ознак ПСД, далі йдуть групи пацієнток з ознаками ПСД: з психогенною ($34,39 \pm 2,78$ балів), ендогенною ($36,15 \pm 2,44$ балів) та органічною ($37,26 \pm 1,05$ балів) депресією.

Ті ж закономірності виявлені щодо прийняття інших: середній показник склав відповідно $19,05 \pm 3,42$ балів, $18,33 \pm 2,55$ балів, $13,00 \pm 2,80$ балів, $12,43 \pm 2,22$ балів, $10,51 \pm 2,31$ балів та $4,80 \pm 2,82$ балів. В цілому ці тенденції зберігаються і щодо неприйняття інших, хоча з деякими відмінностями – найнижчий рівень притаманний пацієнткам з психогенною депресією без ознак ПСД ($25,74 \pm 3,48$ балів), дещо нижчий – з ендогенною депресією без ознак ПСД ($28,67 \pm 1,95$ балів), далі йдуть групи ендогенної депресії з ознаками ПСД ($30,06 \pm 3,98$ балів), органічної депресії без ознак ПСД ($31,36 \pm 1,86$ балів), психогенної депресії

з ознаками ПСД ($32,19 \pm 2,77$ балів), і найвищий рівень неприйняття інших виявлений у пацієнток з органічною депресією з ознаками ПСД ($33,93 \pm 4,66$ балів).

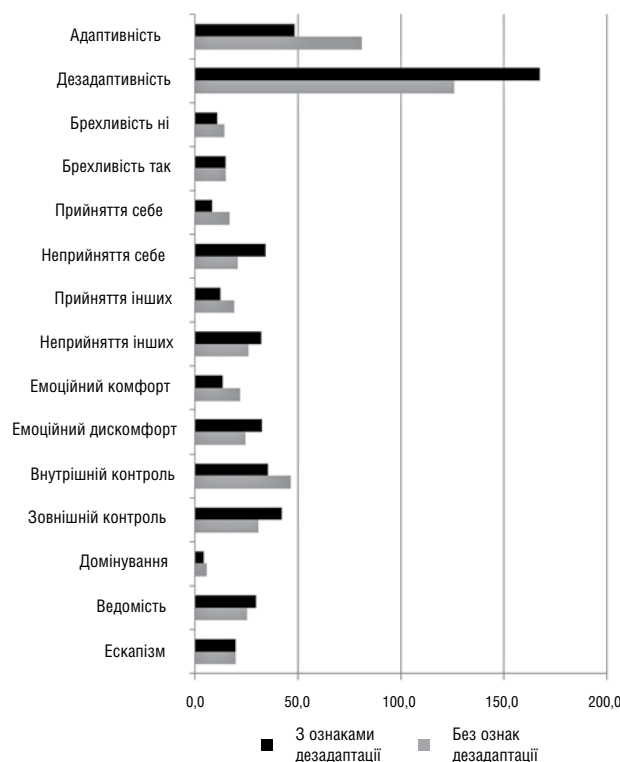


Рис. 1. Середні значення показників соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у пацієнток з психогенною депресією

Пацієнткам з психогенною депресією притаманний найвищий рівень емоційного комфорту ($21,74 \pm 2,51$ балів) і найнижчий – емоційного дискомфорту ($24,47 \pm 2,57$ балів), з ендогенною депресією без ознак ПСД – дещо нижчий рівень емоційного комфорту ($17,53 \pm 3,00$ балів) і вищий – емоційного дискомфорту ($29,33 \pm 1,59$ балів), з органічною депресією без ознак ПСД – ще нижчий рівень емоційного комфорту ($13,71 \pm 2,64$ балів) і вищий – емоційного дискомфорту ($33,36 \pm 2,06$ балів); пацієнткам з ознаками ПСД притаманні найнижчі рівні емоційного комфорту і найвищі – емоційного дискомфорту: при психогенній депресії відповідно $13,52 \pm 2,88$ балів і $32,43 \pm 3,14$ балів, при ендогенній – відповідно $12,03 \pm 2,59$ балів і $35,50 \pm 2,43$ балів, при органічній – відповідно $8,43 \pm 3,50$ балів і $37,28 \pm 1,00$ балів.

Аналогічні тенденції виявлені для внутрішнього і зовнішнього контролю. Так, найбільший показник внутрішнього контролю виявлений у пацієнток з психогенною депресією без ознак ПСД ($46,26 \pm 5,00$ балів), далі, у порядку зменшення, – у пацієнток з ендогенною депресією без ознак ПСД ($38,00 \pm 4,55$ балів), з органічною депресією без ознак ПСД ($37,36 \pm 4,97$ балів), з психогенною депресією з ознаками ПСД ($35,55 \pm 6,41$ балів), з ендогенною депресією з ознаками ПСД ($29,26 \pm 8,00$ балів), з психогенною депресією з ознаками ПСД ($25,61 \pm 8,95$ балів). Для зовнішнього контролю характерна протилежна тенденція – найнижчий показник виявлений у пацієнток з психогенною депресією без ознак ПСД, а найвищий – у пацієнток з органічною депресією з ознаками ПСД: відповідно $30,74 \pm 5,32$ балів, $39,07 \pm 3,03$ балів, $41,07 \pm 2,79$ балів, $41,93 \pm 3,75$ балів, $42,34 \pm 3,26$ балів та $42,93 \pm 3,61$ балів.

Таблиця 1. Основні кількісні характеристики соціально-психологічної адаптації – дезадаптації в обстежених пацієнтів (у балах)

Показник	Генез депресивного розладу										Рівень статистичної значущості розбіжності				
	Психогенний			Ендогенний			Органічний				без ознак дезадаптації		з ознаками дезадаптації		
	без ознак дезадаптації (ПА)	з ознаками дезадаптації (ПД)	p	без ознак дезадаптації (ЕА)	з ознаками дезадаптації (ЕД)	p	без ознак дезадаптації (ОА)	з ознаками дезадаптації (ОД)	p	ПА vs ЕА	ПА vs ОА	ЕА vs ОА	ПД vs ЕД	ПД vs ОД	ЕД vs ОД
Адаптивність	80,95±6,87	48,27±6,49	<0,01	65,73±6,49	39,24±7,60	<0,01	50,86±5,88	24,26±8,69	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Дезадаптивність	125,95±13,46	167,33±15,09	<0,01	149,60±7,36	178,21±11,67	<0,01	162,50±12,09	186,89±5,84	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Брежливність ні	14,05±1,51	10,91±4,19	<0,01	10,73±4,42	9,35±4,15	>0,05	10,43±3,39	6,39±2,91	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01	<0,01
Брежливність так	14,74±1,41	14,88±1,28	>0,05	15,33±0,82	15,62±1,22	>0,05	15,29±1,14	13,92±1,90	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Прийняття себе	16,74±2,05	8,27±3,08	<0,01	12,27±3,33	6,10±3,12	<0,01	8,43±2,87	3,16±2,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Неприйняття себе	20,74±2,88	34,39±2,78	<0,01	29,87±2,10	36,15±2,44	<0,01	32,79±1,85	37,26±1,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05
Прийняття інших	19,05±3,42	12,43±2,22	<0,01	18,33±2,55	10,51±2,31	<0,01	13,00±2,80	4,80±2,82	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Неприйняття інших	25,74±3,48	32,19±2,77	<0,01	28,67±1,95	30,06±3,98	>0,05	31,36±1,86	33,93±4,66	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Емоційний комфорт	21,74±2,51	13,52±2,88	<0,01	17,53±3,00	12,03±2,59	<0,01	13,71±2,64	8,43±3,50	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Емоційний дискомфорт	24,47±2,57	32,43±3,14	<0,01	29,33±1,59	35,50±2,43	<0,01	33,36±2,06	37,28±1,00	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Внутрішній контроль	46,26±5,00	35,55±6,41	<0,01	38,00±4,55	29,26±8,00	<0,01	37,36±4,97	25,61±8,95	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05
Зовнішній контроль	30,74±5,32	41,93±3,75	<0,01	39,07±3,03	42,34±3,26	<0,01	41,07±2,79	42,93±3,61	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Домінування	5,79±2,95	4,27±2,34	>0,05	4,27±1,94	2,66±2,37	<0,05	4,57±1,87	1,87±1,65	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
Ведомість	25,05±2,39	29,57±2,68	<0,01	27,07±0,80	30,54±1,86	<0,01	28,14±1,66	31,20±1,21	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Ескапізм	19,58±2,52	19,71±2,63	>0,05	21,40±2,13	21,01±2,71	>0,05	20,21±3,60	21,43±2,96	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05
Адаптація	39,21±3,09	22,51±3,63	<0,01	30,52±2,62	18,08±3,74	<0,01	23,90±3,04	11,33±3,67	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Самоприйняття	37,39±4,05	30,46±8,67	<0,01	29,49±7,19	26,16±8,37	>0,05	29,11±7,76	22,02±7,69	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Прийняття інших	46,89±5,92	31,57±4,67	<0,01	43,30±4,12	29,51±5,01	<0,01	32,88±5,27	13,92±6,45	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Емоційний дискомфорт	47,03±4,56	29,32±5,12	<0,01	37,21±4,12	25,17±4,52	<0,01	29,04±4,22	17,99±6,57	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Інтернальність	52,01±4,03	37,51±4,88	<0,01	40,95±3,66	32,51±5,84	<0,01	39,34±4,36	28,95±6,37	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01
Прагнення до домінування	30,14±11,68	21,35±8,88	<0,05	23,05±9,00	13,46±11,25	<0,01	23,93±7,47	9,80±8,44	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05

Найбільший показник домінування виявлений у пацієнток з психогенною депресією без ознак ПСД ($5,79 \pm 2,95$ балів), дещо менший – у пацієнток з органічною депресією без ознак ПСД ($4,57 \pm 1,87$ балів), приблизно однаковий у пацієнток з ендогенною депресією без ознак ПСД ($4,27 \pm 1,94$ балів) і з психогенною депресією з ознаками ПСД ($4,27 \pm 2,34$ балів), менші – з ендогенною ($2,66 \pm 2,37$ балів) та органічною ($1,87 \pm 1,65$ балів) депресією з ознаками ПСД. Для вedomості притаманні ті ж закономірності, що й для емоційного дискомфорту і зовнішнього контролю: показники склали, відповідно, $25,05 \pm 2,39$ балів, $27,07 \pm 0,80$ балів, $28,14 \pm 1,66$ балів, $29,57 \pm 2,68$ балів, $30,54 \pm 1,86$ балів та $31,20 \pm 1,21$ балів.

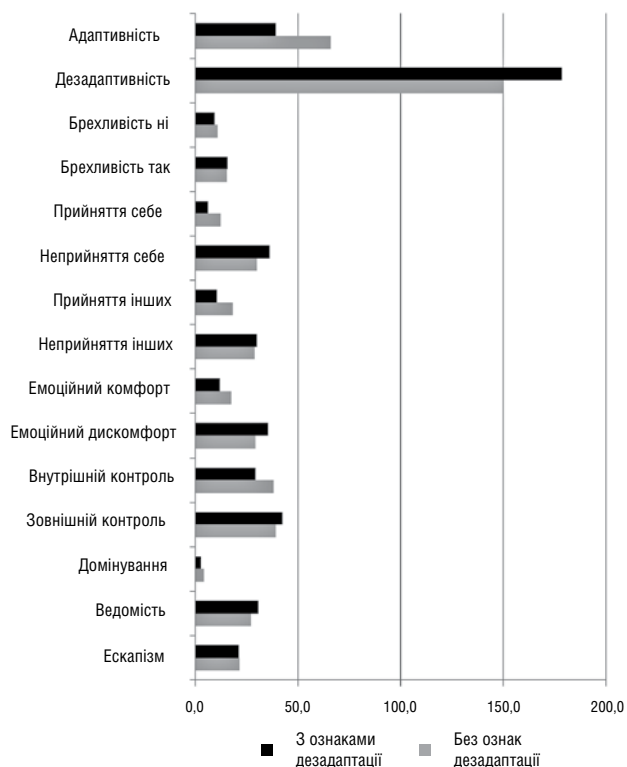


Рис. 2. Середні значення показників соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у пацієнток з ендогенною депресією

Найвищий рівень ескапізму виявлений у пацієнток з органічною депресією з ознаками ПСД ($21,43 \pm 2,96$ балів), незначно менший – у пацієнток з ендогенною депресією без ознак ПСД ($21,40 \pm 2,13$ балів) і з ознаками ПСД ($21,01 \pm 2,71$ балів), дещо менший – у пацієнток з органічною депресією без ознак ПСД ($20,21 \pm 3,60$ балів), і найнижчий – з психогенною депресією з ознаками ПСД ($19,71 \pm 2,63$ балів) та без них ($19,58 \pm 2,52$ балів).

Цікаві закономірності виявлені при аналізі брехливості. Найвищий рівень правдивості виявлений у пацієнток з психогенною депресією без ознак ПСД ($14,05 \pm 1,51$ балів), менший – у пацієнток з психогенною депресією з ознаками ПСД ($10,91 \pm 4,19$ балів), з ендогенною депресією без ознак ПСД ($10,73 \pm 4,42$ балів) і органічною депресією без ознак ПСД ($10,43 \pm 3,39$ балів), найменший – у пацієнток з ендогенною депресією з ознаками ПСД ($9,35 \pm 4,15$ балів) і з органічною депресією з ознаками ПСД ($6,39 \pm 2,91$ балів). Рівень брехливості у пацієнток однієї етіологічної групи з відсутністю та наявністю ознак ПСД є близьким: для психогенної депресії відповідно $14,74 \pm 1,41$ балів і

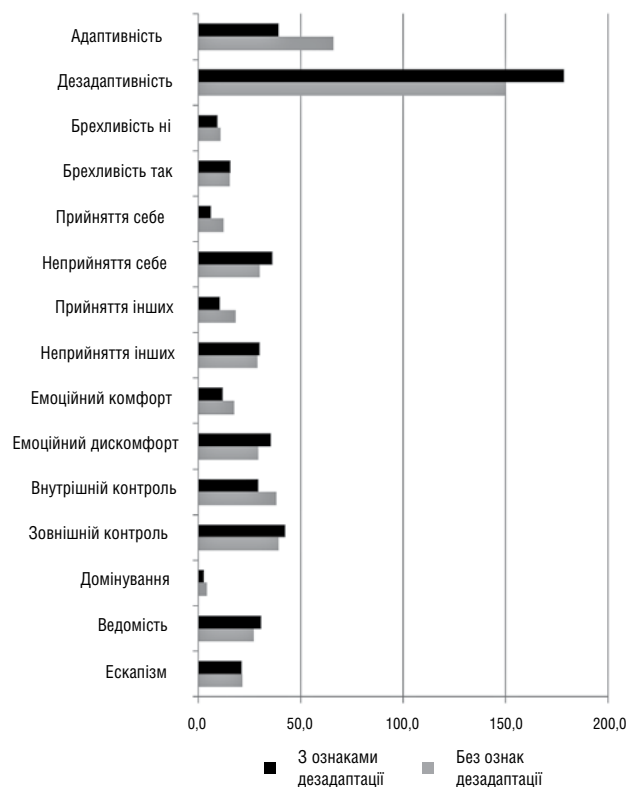


Рис. 3. Середні значення показників соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у пацієнток з органічною депресією

$14,88 \pm 1,28$ балів, для ендогенної – відповідно $15,33 \pm 0,82$ балів і $15,62 \pm 1,22$ балів, для органічної – відповідно $15,29 \pm 1,14$ балів і $13,92 \pm 1,90$ балів.

Аналіз інтегральних показників континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації також підтвердив загальні закономірності, описані вище (рис. 4–6). Так, показник адаптації виявився найбільшим у пацієнток з психогенною депресією без ознак ПСД ($39,21 \pm 3,09$ балів), меншим – у пацієнток з ендогенною депресією без ознак ПСД ($30,52 \pm 2,62$ балів), з органічною депресією без ознак ПСД ($23,90 \pm 3,04$ балів), ще меншим – у пацієнток з ознаками ПСД з психогенною ($22,51 \pm 3,63$ балів), ендогенною ($18,08 \pm 3,74$ балів) та органічною ($11,33 \pm 3,67$ балів) депресією.

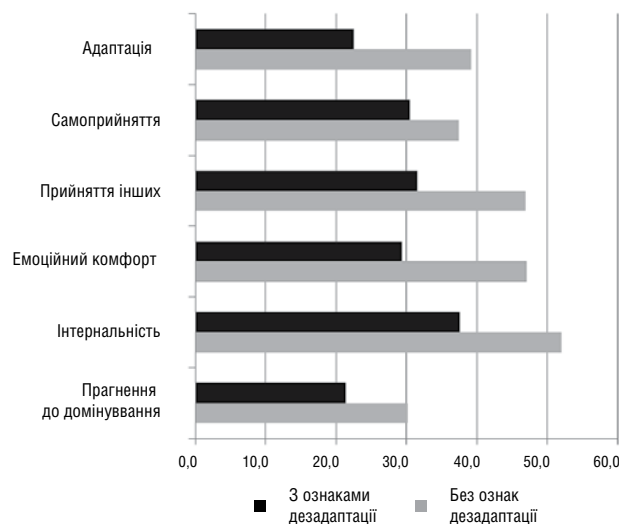


Рис. 4. Середні значення інтегральних показників соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у пацієнток з психогенною депресією

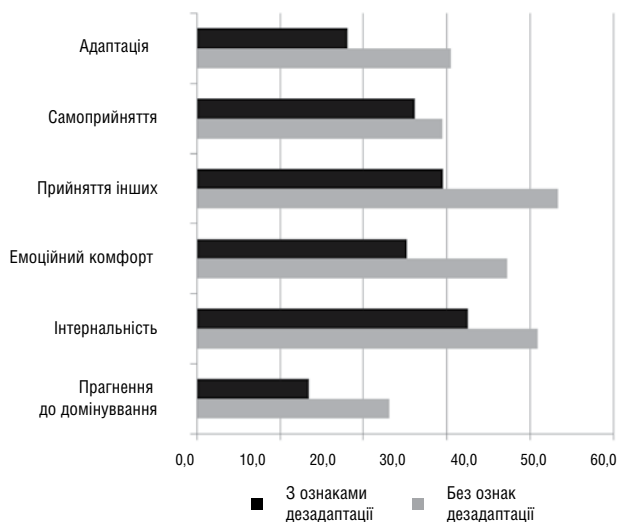


Рис. 5. Середні значення інтегральних показників соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у пацієнток з ендогенною депресією

Найвищий рівень самоприйняття і прийняття інших, а також емоційного комфорту, інтернальності й прагнення до домінування притаманні пацієнткам з психогенною депресією без ознак ПСД: відповідно $37,39 \pm 4,05$ балів, $46,89 \pm 5,92$ балів, $47,03 \pm 4,56$ балів, $52,01 \pm 4,03$ балів та $30,14 \pm 11,68$ балів. У пацієнток з психогенною депресією з ознаками ПСД виявлено менший рівень самоприйняття ($30,46 \pm 8,67$ балів), ще меншим він виявився у групах ендогенної ($29,49 \pm 7,19$ балів) та органічної ($29,11 \pm 7,76$ балів) депресії без ознак ПСД, а найнижчим – у пацієнток з ознаками ПСД з ендогенною ($26,16 \pm 8,37$ балів) та органічною ($22,02 \pm 7,69$ балів) депресією. Показник прийняття інших є відносно високим у групі пацієнток з ендогенною депресією без ознак ПСД ($43,30 \pm 4,12$ балів), меншим – з органічною депресією без ознак ПСД ($32,88 \pm 5,27$ балів) і психогенною депресією з ознаками ПСД ($31,57 \pm 4,67$ балів), ендогенною депресією з ознаками ПСД ($29,51 \pm 5,01$ балів) і найнижчим – з органічною депресією з ознаками ПСД ($13,92 \pm 6,45$ балів).

Показники емоційного комфорту, після пацієнток з психогенною депресією без ознак ПСД, є найбільшими у групі ендогенної депресії без ознак ПСД ($37,21 \pm 4,12$

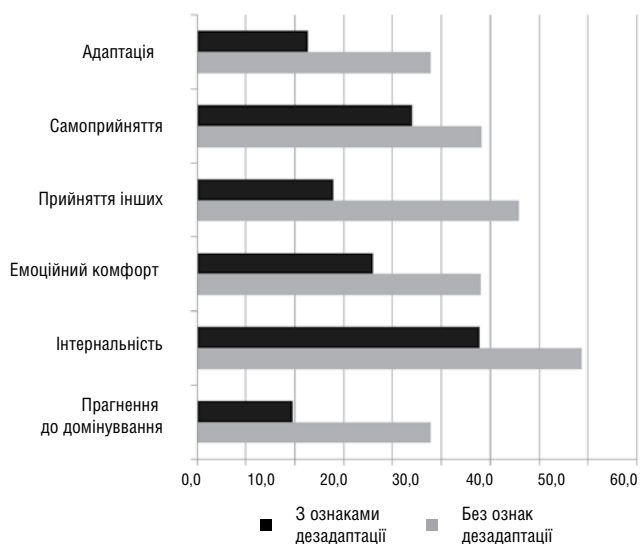


Рис. 6. Середні значення інтегральних показників соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у пацієнток з органічною депресією

балів), меншими – у групах психогенної депресії з ознаками ПСД ($29,32 \pm 5,12$ балів) і органічної депресії без ознак ПСД ($29,04 \pm 4,22$ балів), а також ендогенної депресії з ознаками ПСД ($25,17 \pm 4,52$ балів), і найменшими – у пацієнток з органічною депресією з ознаками ПСД ($17,99 \pm 6,57$ балів).

Інтернальність більшою мірою притаманна пацієнткам з ендогенною ($40,95 \pm 3,66$ балів) та органічною ($39,34 \pm 4,36$ балів) депресією без ознак ПСД і психогенною депресією з ознаками ПСД ($37,51 \pm 4,88$ балів), менше – з ендогенною депресією з ознаками ПСД ($32,51 \pm 5,84$ балів) і найменше – пацієнткам з органічною депресією з ознаками ПСД ($28,95 \pm 6,37$ балів).

Прагнення до домінування більшою мірою виявилось характерним для пацієнток з органічною депресією без ознак ПСД ($23,93 \pm 7,47$ балів) та ендогенною депресією без ознак ПСД ($23,05 \pm 9,00$ балів), а також для пацієнток з психогенною депресією з ознаками ПСД ($21,35 \pm 8,88$ балів), і найменше – для пацієнток з ендогенною депресією з ознаками ПСД ($13,46 \pm 11,25$ балів) і органічною депресією з ознаками ПСД ($9,80 \pm 8,44$ балів).

Висновки

У результаті дослідження виявлено, що стан континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок з депресивними розладами прямо асоційований з наявністю у них проблем у психосоціальному функціонуванні, що відіграє визначальну роль у формуванні якісних і кількісних характеристик соціально-психологічної дезадаптації у цього контингенту. Другим значущим фактором впливу на дрейф континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у бік дезадаптивних проявів є генез депресивного розладу.

При визначенні напрямків психотерапевтичного і реабілітаційного менеджменту депресивних розладів у жінок обов'язковим повинно бути врахування саме цих параметрів.

Список використаної літератури

- Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 62–65.
- Schmitt D. P., Pilcher J. J. Evaluating evidence of psychological adaptation: How do we know one when we see one? *Psychological Science*. 2004. Vol. 15, issue 10. P. 643–649. DOI: 10.1111/j.0956-7976.2004.00734.x.
- Гапонов К. Д. Характеристика соціально-психологічної дезадаптації у хворих на алкогольну залежність з різним рівнем психосоціального стресу. *Scientific journal "Fundamentalis scientiam"*. 2019. № 30. P. 31–42.
- Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика. М.: Наука, 1981. 276 с.
- Налчаджан А. А. Социально-психологическая адаптация личности (формы и стратегии). Ереван: Изд-во АН АрмССР, 1988. 198 с.
- Иванова А. И. Социально-психологическая адаптация: классификация и механизмы. *Вестник Университета*. 2014. № 9. С. 255–259.
- Попелюшко Р. П. Особливості соціально-психологічної дезадаптації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів. *Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2016. Вип. 33. С. 410–421.
- Марута Н. О., Малюта Л. В. Клініко-психопатологічні особливості депресивних порушень у хворих на шизофренію. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 4 (93). С. 5–10.
- Рахман Л. В., Маркова М. В. Взаємозв'язок провідної клініко-психопатологічної симптоматики та особливостей копінг-поведінки у хворих на терапевтично-резистентну депресію. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 91–94.
- Рахман Л. В. Стан і структура соціального функціонування у пацієнтів із терапевтично-резистентними депресіями. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. 2015. Vol. 11, No. 5. P. 110–121.
- Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу: особливості діагностики, вираженості і структури. *Психіатрія, неврологія, медична психологія*. 2018. № 9. С. 82–92. DOI: 10.26565/2312-5675-2018-9-12.
- Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 490 с.

References

1. Herasymenko, L. O. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia (suchasni kontseptualni modeli) [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 26(1), 62–65. (In Ukrainian).
2. Schmitt, D. P., & Pilcher, J. J. (2004). Evaluating evidence of psychological adaptation: How do we know one when we see one? *Psychological Science*, 15(10), 643–649. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00734.x>
3. Gaponov, K. D. (2019). Kharakterystyka sotsialno-psykholohichnoi dezadaptatsii u khvorykh na alkoholnu zalezhnist z riznym rinvnem psykhosotsialnoho stresu [Characteristics of socio-psychological maladaptation in patients with alcohol dependence with different levels of psychosocial stress]. *Scientific journal "Fundamentalis scientiam"*, 30, 31–42. (In Ukrainian).
4. Meerson, F. Z. (1981). *Adaptacija, stress i profilaktika* [Adaptation, stress and prevention]. Moscow: Nauka, 276 p. (In Russian).
5. Nalchadzhan, A. A. (1988). *Social'no-psiologicheskaja adaptacija lichnosti (formy i strategii)* [Socio-psychological adaptation of personality (forms and strategies)]. Erevan: Publishing House of the Academy of Sciences of the ArmSSR, 198 p. (In Russian).
6. Ivanova, A. (2014). Social'no-psiologicheskaja adaptacija: klassifikacija i mehanizmy [Social and psychological adaptation: classification and mechanisms]. *Vestnik universiteta – University Herald*, 9, 255–259. (In Russian).
7. Popeliushko, R. P. (2016). Osoblyvosti sotsialno-psykholohichnoi dezadaptatsii kombataniv iz viddalenykh naslidkamy stresohennykh vplyviv [Features of social and psychological maladaptation of combatants with remote consequences of stress influences]. *Problems of Modern Psychology: Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G. S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine*, 33, 410–421. Retrieved from http://nbuv.gov.ua/UJRN/PsPl_2016_33_35 (In Ukrainian).
8. Maruta, N. O., & Maliuta, L. V. (2017). Kliniko-psykhopatolohichni osoblyvosti depresyvnnykh porushen u khvorykh na shyzofreniiu [Clinical-psychopathological features of depressive disorders in patients with schizophrenia]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 25(4), 5–10. (In Ukrainian).
9. Rakhman, L. V., & Markova, M. V. (2015). Vzaïmozv'iazok providnoi kliniko-psykhopatolohichnoi symptomatyky ta osoblyvostei kopinh-povedinky u khvorykh na terapevtychno rezystentni depresii [Relationship leading psychopathology and features of coping behavior in patients with therapeutically resistant depression]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 23(2), 91–94. (In Ukrainian).
10. Rakhman, L. V. (2015). Stan i struktura sotsialnoho funktsionuvannia u patsientiv iz terapevtychno-rezystentnykh depresiiamy [Status and structure of social functioning in patients with treatment-resistant depression]. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*, 11(5), P. 110–121. (In Ukrainian).
11. Isakov, R. I. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia u zhinok z depresyvnymy rozladamy riznoho genezu: osoblyvosti diahnostyky, vyrazhenosti i struktury [Psychosocial maladjustment in women with depressive disorders of different genesis: features of diagnostics, diseases and structure]. *Psykhiatriia, nevrolohiia, medychna psykholohiia – Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*, 9, 82–92. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-12> (In Ukrainian).
12. Fetiskin, N. P., Kozlov, V. V., & Manujlov, G. M. (2002). *Social'no-psiologicheskaja diagnostika razvitiia lichnosti i mal'kh grupp* [Socio-psychological diagnosis of the development of personality and small groups]. Moscow: Publishing House of the Institute of Psychotherapy, 490 p. (In Russian).

Відомості про авторів:

СКРИПНИКОВ Андрій Миколайович, д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна
ІСАКОВ Рустам Ісроїлович, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна;
e-mail: drrust@bigmir.net

Сведения об авторах:

СКРИПНИКОВ Андрей Николаевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», м. Полтава, Украина
ИСАКОВ Рустам Исроїлович, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», м. Полтава, Украина;
e-mail: drrust@bigmir.net

About the Authors:

SKRYPNIKOV Andrii Mykolaiovych, DM, Professor, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Ukrainian Medical Stomatological Academy, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine
ISAKOV Rustam Isroilovich, MD, PhD, Associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine;
e-mail: drrust@bigmir.net

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-008.441.3:340.63]:343

О. П. Олійник

СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА СТАНІВ ЗАЛЕЖНОСТІ
В КРИМІНАЛЬНОМУ ПРОВАДЖЕННІДержавна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Актуальність. З експертних позицій стани залежності можуть обумовлювати будь-яке з можливих рішень щодо осудності / неосудності / обмеженої осудності. На практиці осіб зі станами залежності від психоактивних речовин найчастіше визнають осудними – у 93,2 % випадків, неосудними – у 5,7 % випадків, обмежено осудними, виключно, в поодиноких випадках – 1,1 %. На відміну від неосудності, клінічний зміст медичного критерію обмеженої осудності не є визначеним, що й обумовлює актуальність досліджень у цьому напрямку.

Матеріали та методи. Проаналізовані 410 випадків судово-психіатричних експертиз щодо осіб з синдромом залежності від психоактивних речовин, які вчинили правопорушення. Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, статистичний, судово-психіатричного аналізу.

Мета – визначити критерії експертної оцінки психічних розладів в осіб із станами залежності від психоактивних речовин, які скоїли протиправні діяння.

Результати та висновки. Методом судово-психіатричного аналізу встановлено, що медичним критерієм «неосудності» в обмежених підекспертних були психози різного походження (61,5 %), делірій (30,8 %), алкогольна деменція (7,7 %). Критерієм «обмеженої осудності» були емоційно-вольові та/або когнітивні розлади помірного або вираженого ступеня, які були задіяні у генезі протиправного діяння.

Дослідження впливу психічних розладів на здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними дозволило розробити двоетапний алгоритм з критеріями експертної оцінки, а також інтегративну модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від психоактивних речовин. Експертне рішення визначає синдромальний рівень медичного критерію у зіставленні з аналізом генезу протиправної поведінки.

Ключові слова: залежність від психоактивних речовин, психічні розлади, злочин, судово-психіатрична експертиза, критерії експертної оцінки.

СУДЕБНО-ПСИХІАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЙ ЗАВИСИМОСТИ В УГОЛОВНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

О. П. Олейник

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

Актуальность. С экспертных позиций состояния зависимости могут обуславливать любое из возможных решений по вменяемости / невменяемости / ограниченной вменяемости. На практике лиц с состояниями зависимости от психоактивных веществ чаще всего признают вменяемыми – в 93,2 % случаев, невменяемыми – в 5,7 % случаев, ограниченно вменяемыми, исключительно, в редких случаях – 1,1 %. В отличие от невменяемости, клиническое содержание медицинского критерия ограниченной вменяемости не определено, что и обуславливает актуальность исследований в этом направлении.

Материалы и методы. Были проанализированы 410 случаев судебно-психиатрических экспертиз в отношении лиц с синдромом зависимости от психоактивных веществ, совершивших правонарушения. Методы исследования: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, статистический, судебно-психиатрического анализа.

Цель – определить критерии экспертной оценки психических расстройств у лиц с состояниями зависимости от психоактивных веществ, которые совершили противоправные деяния.

Результаты и выводы. Методом судебно-психиатрического анализа установлено, что медицинским критерием «невменяемости» у обследованных подэкспертных стали психозы различного происхождения (61,5 %), делирий (30,8 %), алкогольная деменция (7,7 %). Критерием «ограниченной вменяемости» были эмоционально-волевые и / или когнитивные расстройства умеренной или выраженной степени, которые были задействованы в генезе противоправного деяния.

Исследование влияния психических расстройств на способность осознавать свои действия и руководить ими позволило разработать двухэтапный алгоритм с критериями экспертной оценки, а также интегративную модель судебно-психиатрической оценки психических расстройств у лиц с зависимостью от психоактивных веществ. Экспертное решение определяет синдромальный уровень медицинского критерия в сопоставлении с анализом генеза противоправного поведения.

Ключевые слова: зависимость от психоактивных веществ, психические расстройства, преступление, судебно-психиатрическая экспертиза, критерии экспертной оценки.

FORENSIC PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF DEPENDENCY CONDITIONS IN CRIMINAL PROCEEDINGS

O. P. Oliynyk

Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Background. From expert positions, dependency states can lead to any of the possible decisions on sanity / insanity / limited sanity. In practice, persons with states of addiction to psychoactive substances are more often recognized as sane (93.2%), irresponsible in 5.7% of cases, partially sane exclusively in rare cases – 1.1%. In contrast to insanity, the clinical content of the medical criterion of limited sanity is not defined, which proves the relevance of research in this direction.

Materials and methods. 410 cases of forensic psychiatric examinations were carried out for persons with a syndrome of dependence on psychoactive substances. Research methods: clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, statistical, forensic psychiatric analysis.

Objective – to define the criteria for expert assessment of mental disorders in individuals with states of addiction to psychoactive substances that have committed illegal acts.

Results and conclusions. By the method of forensic psychiatric analysis, it was found that psychoses of various origin (61.5%), delirium (30.8%), alcoholic dementia (7.7%) acted as the medical criterion of "insanity" in the examined subjects. The criterion of "limited responsibility" was emotional-volitional and / or cognitive disorders of moderate or severe degree, which took part in the genesis of the wrongful act.

The study of the influence of mental disorders on the ability to be aware of one's actions and lead them has allowed the development of a two-stage algorithm with criteria for expert assessment, as well as an integrative model of a forensic psychiatric assessment of mental disorders in individuals with substance dependence. The expert decision determines the syndromic level of the medical criterion in comparison with the analysis of the genesis of unlawful behavior.

Keywords: addiction to psychoactive substances, mental disorders, crime, forensic psychiatric examination, criteria for expert evaluation.

For citation: Oliinyk O. P. Forensic psychiatric assessment of dependency conditions in criminal proceedings. *Arkhiv Psykhatrii*. 2019, 25(1): 63–68. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 03.02.2019

Accepted / Прийнята до друку: 04.03.2019

Актуальність. З експертних позицій стани залежності можуть обумовлювати будь-яке з можливих рішень щодо осудності / неосудності / обмеженої осудності. На практиці осіб зі станами залежності від психоактивних речовин (ПАР) найчастіше визнають осудними – у 93,2 % випадків, неосудними – у 5,7 % випадків, обмежено осудними, виключно, в поодиноких випадках – у 1,1 % випадків.

Категорію обмеженої осудності було введено в законодавче поле України у 2001 році з метою гуманізації державної політики щодо осіб з психічними розладами. А саме, з метою можливості застосування диференційованих медико-правових підходів до осіб з нетяжкими психічними розладами, які обумовили протиправне діяння. Категорії осіб зі станами залежності, з розладами особистості, з невротичними та пов'язаними зі стресами психічними розладами тощо найбільше відповідають цим вимогам. Водночас, вони є найпроблематичнішими в обґрунтуванні експертного рішення про нездатність повною мірою усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час скоєння злочину.

Стосовно станів залежності від психоактивних речовин доречно визначитися з наступними дефініціями. Синдром залежності, згідно з визначеннями ВООЗ та МКХ-10, це комплекс фізіологічних, поведінкових та когнітивних явищ, при яких вживання ПАР займає першочергове місце в системі цінностей індивіда [1]. По суті, це симптомокомплекс психопатологічних, неврологічних та фізіологічних змін, спричинених тривалим вживанням ПАР. Експертно-діагностичній оцінці підлягають різні за глибиною та проявами психопатологічні прояви синдрому залежності. Відповідно до статті 1 Закону України «Про психіатричну допомогу», тяжкий психічний розлад – це розлад психічної діяльності (затмарення свідомості, порушення сприйняття, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), який

позбавляє особу здатності адекватно усвідомлювати навколишню дійсність, свій психічний стан і поведінку [2]. Це визначення відповідає змісту поняття неосудності. Згідно з ст. 19 Кримінального кодексу України, медичним критерієм неосудності є хронічні психічні розлади, тимчасові розлади психічної діяльності, недомство або інші хворобливі стани психіки [3]. Клінічно медичним критерієм неосудності є психози, розлади свідомості, деменція, глибока розумова відсталість, дефектні стани (етіопатогенетично станам залежності відповідають психози, розлади свідомості, деменція). Медичний критерій обмеженої осудності, відповідно до ст. 20 Кримінального кодексу України, визначається як психічний розлад, через який особа під час вчинення злочину не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними. На відміну від неосудності, клінічний зміст медичного критерію обмеженої осудності не є визначеним, що й обґрунтовує актуальність досліджень у цьому напрямку, насамперед, стосовно осіб зі станами залежності.

Мета дослідження – визначити критерії експертної оцінки психічних розладів в осіб із станами залежності від ПАР, які скоїли протиправні діяння.

Матеріали та методи дослідження

У рамках проекту «Судово-психіатрична оцінка станів залежності від психоактивних речовин в кримінальному процесі: методологічні та організаційні засади» була відібрана і проаналізована вибірка з 410 підекспертних із залежністю від ПАР. Для аналізу й обробки даних використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, статистичний методи і метод судово-психіатричного аналізу. Вибірка включала групи осіб з алкогольною (А3) та наркотичною залежністю (Н3) (відповідно 156 і 212 випадків) та групу учасників бойових дій із залежністю від ПАР (УБД).

Таблиця 1. Структура медичного критерію експертних рішень за МКХ-10

Кримінальне провадження	Міг усвідомлювати свої дії та керувати ними, n=376	Не в повній мірі міг усвідомлювати свої дії та керувати ними, n=8				Не міг усвідомлювати свої дії та керувати ними, n=26			
	МКХ F1x.2	МКХ F1x.2+	A3 n=2	H3 n=2	УБД n=4	МКХ F1x.2+	A3 n=16	H3 n=5	УБД n=5
	F1x.2	F07.0+F07.8	2	2	4	F06.2	1	-	1
						F23.1,2	2	2	3
						F31.2	1	-	1
						F1x.4	8	-	-
						F1x.5	2	3	-
						F1x.73	2	-	-

Результати та їх обговорення

Методом судово-психіатричного аналізу було встановлено, що медичним критерієм «неосудності» в обстежених підекспертних зі станами залежності були психози різного походження (61,5 %), делірій (30,8 %), алкогольна деменція (7,7 %). Критерієм «обмеженої осудності» були емоційно-вольові та/або когнітивні розлади помірного або вираженого ступеня, які були задіяні у генезі протиправного діяння (табл. 1).

Як слідує з вищенаведеної таблиці, за МКХ-10 структуру медичного критерію неосудності в осіб зі станами залежності від ПАР в 24 випадках складали психози різного походження: 2 органічного (F06.2); 7 шизофренічного (F20.0, F23.1, F23.2); 2 афективного (F31.2); 13 інтоксикаційного (F1x.4, F1x.5), з них у 8 випадках виявлено інтоксикаційний делірій. У двох випадках «неосудними» були визнані особи зі станами алкогольної деменції F10.73. Психози, делірій і деменція будь-якого походження й ступеня вираженості є беззаперечною підставою для визнання особи нездатною усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Рішення про нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними в осіб зі станами залежності від ПАР були винесені в поодиноких випадках, тільки при поєднаній органічній та наркологічній патології (див. табл. 1). Синдромально медичним критерієм «обмеженої осудності» були емоційно-вольові та/або когнітивні розлади, які істотно впливали на вольовий або інтелектуальний компонент юридичного критерію здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними.

Емоційно-вольові та когнітивні розлади різного ступеня вираженості були основними клінічними проявами як наркологічної, так і не наркологічної психічної патології. Але констатація наявності цих розладів без доведення їх участі в генезі (процесі формування та реалізації) правопорушення не може бути клінічною підставою для визнання особи «обмежено осудною».

Дослідження впливу психічних розладів на здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними (УСД та КН) дозволило розробити двоетапний алгоритм з критеріями експертної оцінки синдрому залежності від ПАР у кримінальному провадженні (рис. 1). Експертне рішення визначає синдромальний рівень медичного критерію у зіставленні з аналізом генезу протиправної поведінки.

Винесення експертного рішення про нездатність повною мірою усвідомлювати свої дії та керувати ними розширює можливості суду більш диференційовано застосовувати медико-правові заходи профілактики злочинів осіб зі станами залежності. У разі визнання особи «обмежено осудною» суд може пом'якшити покарання, застосувати амбулаторні примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) чи запропонувати лікування на добровільних засадах. Остаточне рішення про визнання особи «обмежено осудною», застосування чи ні ПЗМХ, приймає суд. Суд може й не врахувати експертних рекомендацій щодо «обмеженої осудності» та ПЗМХ, визнавши осо-

бу осудною з відповідними правовими наслідками. Однак, немає жодного прецеденту визнання судом особи «обмежено осудною» без відповідних висновків експертів.

Критерії вибору медико-правових заходів особам з психічними розладами внаслідок залежності від ПАР, що скоїли протиправні діяння, ґрунтуються на експертному рішенні щодо здатності УСД та КН, а також на визначенні рівня суспільної небезпеки як інтегративного показника з актуального психічного стану, його динаміки, прогнозу, тяжкості скоєного КД та кримінального анамнезу. ПЗМХ можуть бути застосовані щодо «неосудних» та «обмежено осудних» осіб. Добровільні заходи медико-правового впливу спрямовані на залучення вольового компонента у вирішення проблем, пов'язаних із залежністю від ПАР, тому застосовуються винятково за згодою особи. Протипоказаннями для добровільних заходів є клінічні чинники: порушення критики, вольові розлади на рівні психопатології, виражені когнітивні розлади; соціальні чинники (безпритульність, відсутність засобів до існування, асоціальне мікрооточення). Добровільні медико-правові заходи можуть бути застосовані щодо «осудних» та «обмежено осудних» осіб. Остаточне рішення приймає суд, враховуючи експертні рекомендації.

Для профілактики рецидивності злочинів осіб зі станами залежності важливе виконання двох етапів експертного дослідження (експертно-діагностичного та експертно-рекомендаційного).

За результатами дослідження також була запропонована інтегративна модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР, що визначає цілі експертного дослідження, алгоритм оцінки медичного та юридичного критеріїв, їх інтегративних складових (рис. 2). Відповідно до синдромальної структури медичного критерію обґрунтовує експертне рішення, на підставі якого визначені критерії вибору медико-правових заходів, що надає експертним висновкам доказовості, дозволяє диференційовано обирати медико-правові заходи з метою забезпечення правосуддя, дотримання прав і свобод осіб із психічними розладами, профілактики повторних злочинів.

Висновки

Будь яка наукова розробка ефективна за умови практичного впровадження. Судово-психіатричні розробки, в силу своєї специфіки, охоплюють як експертну діяльність (на етапі експертизи), так і загальнопсихіатричну допомогу (на етапі застосування примусових заходів медичного характеру чи інших медико-правових заходів). Їх практична реалізація нерідко потребує значних фінансових коштів, оскільки судова психіатрія є однією з найбільш дороговартісних напрямків медицини у світі, а також законодавчих змін, без яких неможливе практичне досягнення науково обґрунтованих результатів. Не є винятком наше дослідження, практичні досягнення якого суттєво сприятимуть запровадженню на законодавчому рівні альтернативних позбавленню волі заходів щодо осіб,

Рис. 1. Алгоритм та критерії експертної оцінки психічних розладів при станах залежності від ПАР

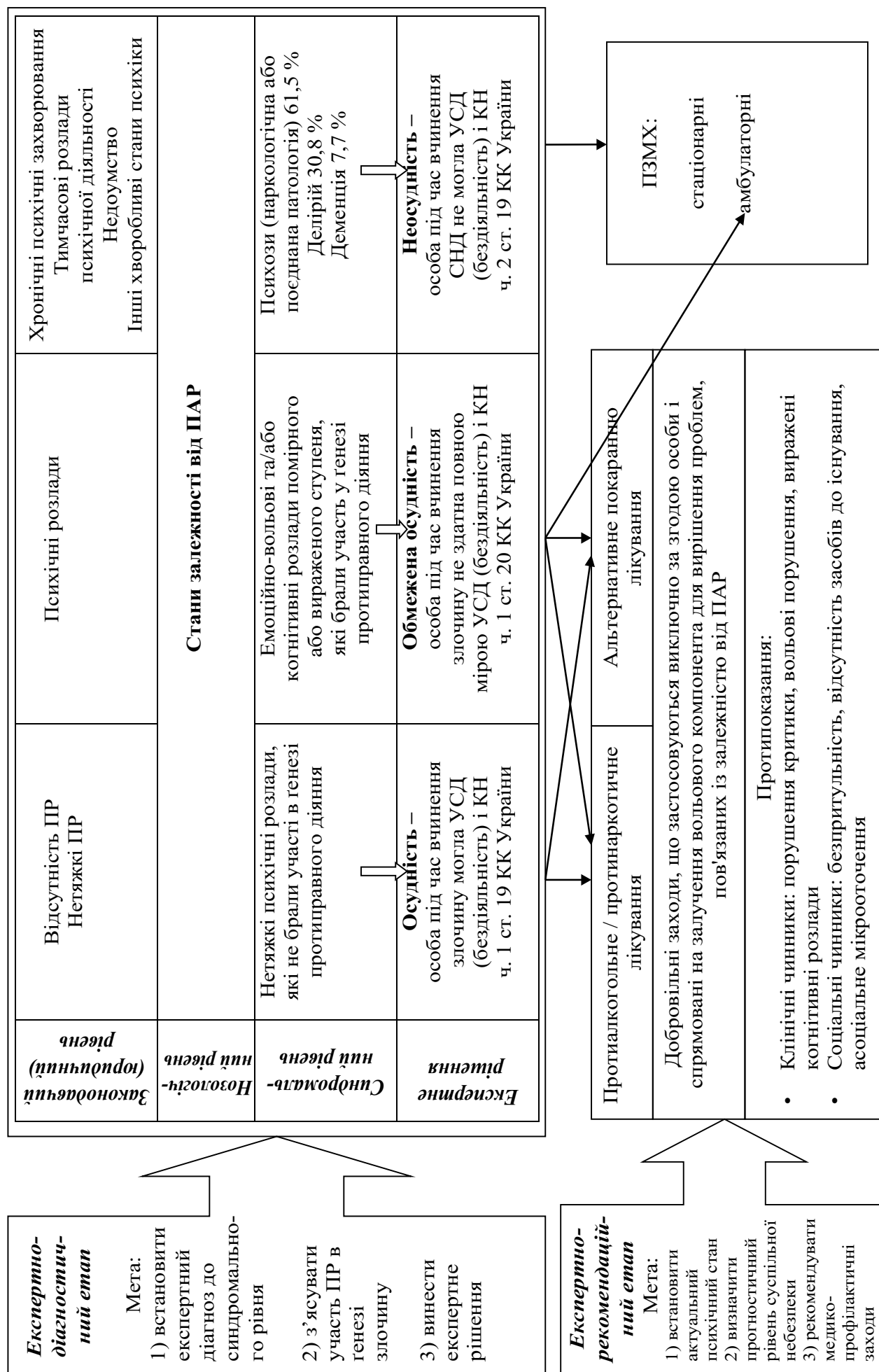
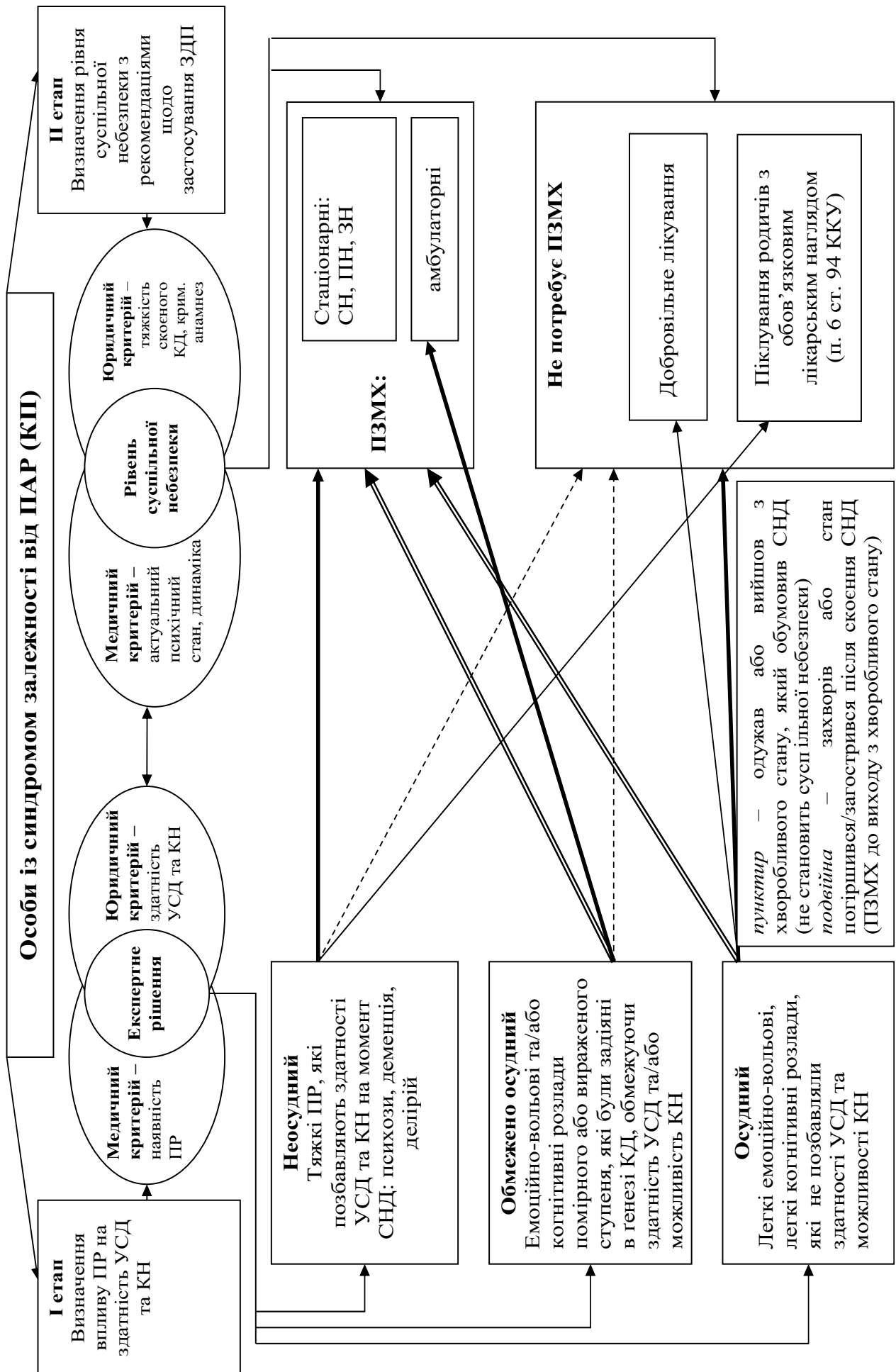


Рис. 2. Інтегративна модель судово-психіатричної оцінки психічних розладів в осіб із залежністю від ПАР



які притягаються до кримінальної відповідальності за злочини, пов'язані зі станом залежності від ПАР, відповідно до резолюції 58/5 Комісії з наркотичних речовин від 2016 року. Доцільне створення мережі спеціалізованих судово-психіатричних реабілітаційних центрів (можливо, на базі судово-психіатричних клінік) для проведення психореабілітації особам зі станами залежності від ПАР, які скоїли кримінальні діяння, з метою профілактики повторних злочинів.

Список використаної літератури

1. World health organization. Dependence syndrome. Режим доступу: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (дата звернення 01.02.2019).

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, Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine;
e-mail: sudprof@ukr.net

2. Про психіатричну допомогу : Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. Верховна Рада України. Дата оновлення: 20.12.2018. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (дата звернення 01.02.2019).
3. Кримінальний кодекс України : Закон України від 05.04.2001 № 2341-III. Верховна Рада України. Дата оновлення: 11.01.2019. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (дата звернення 01.02.2019).

References

1. World health organization. Dependence syndrome. Available at: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (accessed date 01.02.2019).
2. Verkhovna Rada of Ukraine. (2000). *Zakon Ukrainy «Pro psykhiatrychnu dopomohu»* [Law of Ukraine «About Psychiatric Care»]. (Law of the Verkhovna Rada of Ukraine No. 1489-III). Kyiv. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14> (accessed date 01.02.2019).
3. Verkhovna Rada of Ukraine. (2001). *Kryminalnyi kodeks Ukrainy* [Criminal codex of Ukraine]. (Codex of the Verkhovna Rada of Ukraine No. 2341-III). Kyiv. Available at: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14> (accessed date 01.02.2019).

Розлади харчової поведінки

Нервова анорексія

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

Булімія

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

Компульсивне переїдання

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

Небезпечні ознаки

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

**Державна установа «Науково-дослідний
інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»**

вул. Кирилівська, 103
м. Київ, 04080

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

Кабінет розладів харчової поведінки