

ISSN 2410-7484

Т. 25, 2 (97)' 2019

Науково-практичний журнал

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARKHIV PSYKHIATRII

Vol. 25, no. 2 (97)' 2019



WWW.NDIPS.ORG

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 25, № 2 (97) '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. Ревенко (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. Бітеньський (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»
Свідоцтво 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 № 6 від 19.06.2019 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. 2 (97) '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. Chaikovska (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 these 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 № 6 dated 19.06.2019).

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> ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМАМИ ОРГАНА ЗОРУ: ОБГРУНТУВАННЯ, ЗМІСТ, ЕФЕКТИВНІСТЬ.....	73
--	----

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>І. А. Марценковський, Т. О. Скрипник, І. І. Марценковська, І. Ф. Здорик, Г. В. Макаренко</i> КЛІНІЧНИЙ ФЕНОТИП РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ОБТЯЖЕНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИМИ НАПАДАМИ.....	81
--	----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>Т. П. Яворська</i> ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА КОГНІТИВНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ.....	88
<i>Р. Р. Яремкевич</i> АЛЕКСИТИМІЯ У ПАЦІЄНТІВ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО СВЕРБЕЖУ.....	94
<i>М. М. Хаустов</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	98

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

<i>М. В. Маркова, М. В. Савіна</i> ОСНОВНІ ПІДХОДИ І ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН.....	102
---	-----

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

<i>В. Б. Первомайський, А. В. Канищев</i> ЗАВЕДОМО ЛОЖНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА. СООБЩЕНИЕ 1: ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ.....	108
--	-----

VII ЩОРІЧНА МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ «ПСИХІАТРІЯ ХХІ СТОЛІТТЯ: ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ» 17-19 КВІТНЯ 2019 Р., М. КИЇВ, УКРАЇНА ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

<i>О. С. Троян, О. А. Левада</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ КОГНІЦІЯМИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ПАЦІЄНТІВ З ВЕЛИКИМ ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ.....	114
<i>О. Г. Сиропятов, Н. О. Дзеружинська, К. Ю. Марушченко</i> ПСИХОПАТОЛОГІЯ ФЛЕШБЕКІВ У КОМБАТАНТІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.....	115

CONTENTS

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASSISTANCE TO MILITARY MEN AND CIVILIANS DURING WARTIME

<i>R. A. Abdryahymov</i> PSYCHOCORRECTION OF POST-STRESS PSYCHOLOGIC MALADAPTATION IN COMBATANTS WITH VISION INJURIES: RATIONALE, CONTENT, EFFECTIVENESS.....	73
---	----

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>I. A. Martsenkovsky, T. O. Skrypnyk, I. I. Martsenkovska, I. F. Zdoryk, H. V. Makarenko</i> CLINICAL PHENOTYPE OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN OF PRESCHOOL AND SCHOOL AGE, BURDENED EPILEPTIC SEIZURES.....	81
--	----

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>T. P. Yavorska</i> PSYCHOEMOTIONAL STATE AND COGNITIVE FUNCTION IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY DEPENDING ON LEVEL OF STRESS RISK.....	88
<i>R. R. Yaremkevych</i> ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH DERMATOLOGICAL DISORDERS AND CHRONIC PRURITUS.....	94
<i>M. M. Khaustov</i> CLINICAL-PSYCHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL DISADAPTATION OF STUDENTS AT A MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION.....	98

SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY

<i>M. V. Markova, M. V. Savina</i> MAIN APPROACHES AND DEVELOPMENT'S TENDENCIES OF REHABILITATION OF ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES PERSONS.....	102
--	-----

FORENSIC PSYCHIATRY

<i>V. B. Pervomayskiy, A. V. Kanishchev</i> DELIBERATELY FALSE FORENSIC EXPERT TESTIMONY. PART 1: AN INTRODUCTION.....	108
--	-----

VII ANNUAL INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE PSYCHIATRY OF THE XXI CENTURY: INNOVATIONS IN ADDICTION MEDICINE 17-19 OF APRIL 2019, KYIV, UKRAINE ABSTRACTS

<i>O. S. Troyan, O. A. Levada</i> ASSOCIATIONS BETWEEN COGNITIONS AND FUNCTIONAL DECLINE IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.....	114
<i>O. G. Syropyatov, N. O. Dzeruzhynska, K. Yu. Marushchenko</i> FLASHBACK PSYCHOPATHOLOGY IN COMBATANTS WITH PTSD.....	115

<i>В. Я. Пішель, Т. Ю. Ільницька,</i> <i>О. О. Древіцька, М. Ю. Полив'яна</i> ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	117	<i>V. Ya. Pishel, T. Yu. Ilnytska,</i> <i>O. O. Drevitska, M. Yu. Polyviana</i> PREVALENCE AND STRUCTURE OF PSYCHOTIC DISORDERS IN PARTICIPANTS OF MILITARY ACTION	117
<i>О. О. Древіцька,</i> <i>В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна</i> НОВІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТУ «ПРОГНОЗ».....	118	<i>O. O. Drevitska,</i> <i>V. Ya. Pishel, M. Yu. Polyviana</i> NEW OPPORTUNITIES FOR USING THE TEST “PROGNOZ”	118
<i>В. І. Салдень</i> ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ	119	<i>V. I. Salden</i> PSYCHODIAGNOSTIC EXAMINATION OF PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY WHO USE ALCOHOL WITH HARMFUL EFFECTS	119

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

ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПОСТСТРЕСОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМАМИ ОРГАНА ЗОРУ: ОБҐРУНТУВАННЯ, ЗМІСТ, ЕФЕКТИВНІСТЬ

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

Актуальність. Травми органа зору за частотою займають значне місце у структурі сучасної бойової травми. У ситуації часткової втрати зору внаслідок поранення в бою на психічну сферу впливають кілька потужних стресогенних чинників, що призводить до формування специфічних проявів постстресової психологічної дезадаптації.

Мета – розробка й визначення ефективності короткострокової програми психокорекційних заходів у системі медико-психологічного супроводу учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору в поєднанні з постстресовою психологічною дезадаптацією (ППД).

Матеріали та методи. За умови інформованої згоди обстежено 91 учасника бойових дій. З них 49 – з травмою очей та частковою втратою зору на тлі ППД; 42 – явищами ППД. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психометричний, статистичний.

Результати. Застосування розробленої програми психокорекційних заходів до учасників з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД дозволило досягти значного покращення їх психічного стану, про що свідчать зміни індикаторних показників актуальності проявів дезадаптації, копінг-стратегій і структури психологічного захисту, фрустраційного реагування та рівня оцінки якості життя.

Висновки. Досягнуті в процесі психокорекції зміни достовірно значимі в учасників з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД, порівняно з учасниками, яким притаманні прояви психологічної дезадаптації без травми очей. Зміни, досягнуті застосуванням психокорекції, не досягали за деякими показниками нормативних рівнів. Це свідчить про наявність проявів, які пов'язані з наслідками соматичної травми і для їх корекції необхідна перебудова життєвого досвіду в умовах зміни особистісних можливостей.

Ключові слова: психокорекція, постстресова психологічна дезадаптація, бойова травма очей, якість життя.

ПСИХОКОРЕКЦИЯ ПОСТСТРЕСОВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ТРАВМОЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ: ОБОСНОВАНИЕ, СОДЕРЖАНИЕ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Р. А. Адбріхімов

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

Актуальность. Травмы органа зрения по частоте занимают значительное место в структуре современной боевой травмы. В ситуации частичной потери зрения вследствие ранения в бою на психическую сферу влияют несколько мощных стрессогенных факторов, приводящих к формированию специфических проявлений постстрессовой психологической дезадаптации.

Цель – разработка и определение эффективности краткосрочной программы психокоррекционных мероприятий в системе медико-психологического сопровождения участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения в сочетании с постстрессовой психологической дезадаптацией (ППД).

Материалы и методы. На условиях информированного согласия был обследован 91 участник боевых действий. Из них 49 – с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне ППД; 42 – явлениями ППД. Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, психометрический, статистический.

Результаты. Применение разработанной программы психокоррекционных мероприятий к участникам с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне явлений ППД позволило достичь значительного улучшения их психического состояния, о чем свидетельствуют изменения индикаторных показателей актуальности проявлений дезадаптации, копинг-стратегий и структуры психологической защиты, фрустрационного реагирования и уровня оценки качества жизни.

Выводы. Достигнутые в процессе психокоррекции изменения достоверно значимы у участников с травмой глаз и частичной потерей зрения на фоне явлений ППД, по сравнению с участниками, которым присущи проявления психологической дезадаптации без травмы глаз. Изменения, достигнутые применением психокоррекции, не достигали по некоторым показателям нормативных уровней. Это свидетельствует о наличии проявлений, связанных с последствиями соматической травмы, и для их коррекции необходима перестройка жизненного опыта в условиях изменения личностных возможностей.

Ключевые слова: психокоррекция, постстрессовая психологическая дезадаптация, боевая травма глаз, качество жизни.

PSYCHOCORRECTION OF POST-STRESS PSYCHOLOGIC MALADAPTATION IN COMBATANTS WITH VISION INJURIES: RATIONALE, CONTENT, EFFECTIVENESS

R. A. Abdrjhimov

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

Background. Frequency eye injuries occupy a significant place in the structure of modern combat trauma. In a situation of partial loss of vision due to injury in battle, there is an effect on the mental sphere of several powerful stressful factors that affect the formation of specific manifestations of post-stress psychological maladaptation.

Objective – to develop and determine the effectiveness of a short-term program of psycho-corrective measures in the system of medical and psychological support of combatants with eye trauma and partial vision loss in conjunction with post-stress psychological maladaptation (PPM).

Materials and methods. With informed consent, 91 combatants were surveyed. Of these, 49 were with eye trauma and partial vision loss with PPD; 42 – PPM phenomena. We used such research methods as clinical-psychopathological, psychodiagnostic, psychometric and statistical.

Results. The study found that the application of the developed program of psycho-corrective measures to participants with eye trauma and partial loss of vision against the background of PPM phenomena can achieve a significant improvement in their mental status. This is confirmed by changes in the indicator indicators of the relevance of manifestations of maladaptation, coping strategies and the structure of psychological protection, frustration response and the level of quality of life.

Conclusions. The changes achieved in the process of psychocorrection in participants with eye trauma and partial loss of vision against the background of PPM phenomena were significantly significant compared with the participants, who are characterized by manifestations of PPM without an eye injury. Changes achieved by the use of psychocorrection did not reach for some indicators of the normative levels. This indicates the presence of manifestations associated with the consequences of somatic trauma and for their correction, the restructuring of life experience in the face of changes in personal capabilities is necessary.

Keywords: psychocorrection, post-stress psychological maladaptation, combat eye trauma, quality of life.

For citation: Abdrahimov R. A. Psychocorrection of post-stress psychologic maladaptation in combatants with vision injuries: rationale, content, effectiveness. *Arkhiv Psykhiiatrii*. 2019, 25 (2): 73–80. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 18.04.2019

Accepted / Прийнята до друку: 21.05.2019

Актуальність. Травми органа зору за частотою займають значне місце у структурі сучасної бойової травми. За наслідками поранень очей, отриманих у в'єтнамській війні, 50 % постраждалих згодом втратили зір на поранене око [1]. Як свідчать дані клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру, станом на 2017 рік у структурі офтальмологічних ушкоджень 52 % – осколкові та інші механічні поранення, що не супроводжувалися масивною черепно-мозковою травмою внаслідок мінно-вибухового враження [2].

Сама по собі травма органів зору з частковою втратою зору призводить до доволі значних наслідків у житті постраждалого, які не минають без порушень звичного життєвого стереотипу та його копінг-стратегій. Це потребує від постраждалих уживання в нові соціальні ролі та зумовлює необхідність пристосування до життя із обмеженнями, що супроводжується глибокими емоційними й соціальними наслідками, включаючи способи поведінки [3, 4].

У ситуації часткової втрати зору внаслідок поранення в бою має місце вплив на психічну сферу кількох потужних стресогенних чинників, що впливають на формування психологічних відхилень. Це явища психічної дезадаптації через зміну цивільного способу життя на військовий, що формують стратегії, які різняться від таких для мирного життя. Безпосередня участь у бойових діях є потужним стресовим фактором, з яким пов'язано формування психологічних зрушень. Нарешті, сама по собі травма очей з частковою втратою зору, як і її наслідки, є тяжкими чинниками, що руйнують усі звичні способи життя постраждалого. Взаємодія цих трьох чинників формує комплекс впливів на формування специфічних проявів постстресової психологічної дезадаптації (ППД), що розвивається в постраждалих унаслідок поєднаного впливу декількох патогенних чинників.

Мета – розробка й визначення ефективності короткострокової програми психокорекційних заходів у системі медико-психологічного супроводу учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору у поєднанні з ППД.

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології впродовж 2014–2018 рр. був обстежений 91 учасник бойових дій (УБД), в тому числі 49 УБД з бойовою травмою очей із частковою втратою зору. В усіх обстежених були встановлені прояви ППД різної вираженості. В дослідженні брали участь дві групи респондентів: 49 УБД з травмою органа зору та ППД склали основну групу (ОГ), інші 42 УБД з проявами ППД склали групу порівняння (ГП). Вік обстежених становив

20–53 роки. В дослідженні не брали участі кандидати з наявністю клінічно окреслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які передували або супроводжували травму очей. Також не брали участі особи, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, в тому числі психічні й поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

На 6–7 місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації у комбатантів усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [5] та опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації [6], проведено консультацію психіатра, після чого виконане комплексне психодіагностичне дослідження. Отримані результати обробляли з використанням методів статистичного аналізу.

Результати та їх обговорення

Формування явищ ППД відбувається під впливом зміни зовнішніх обставин (участь у бойових діях), що потребують від особистості вироблення нових поведінкових стратегій. При поверненні її в звичні рамки життя (в нашому випадку – до мирного життя) та на тлі відпрацювання моделей нової поведінки спостерігається конфлікт між вибором у схожих ситуаційних умовах старих або нових стратегій.

Першою структурою, яка продукує явища ППД, є набути під час перебування на військовій службі та участі в бойових діях нові поведінкові стратегії (патерни). Не дивлячись на те, що навчання та засвоєння нових поведінкових стратегій проходило в умовах психологічного і соматичного стресу, наявності реальної вітальної загрози, цей процес відповідав новим умовам життєдіяльності особистості, а ці стратегії були досить актуальні та супроводжувались високим рівнем емоційно-афективних проявів, вони були підтверджені успішним їх застосуванням в умовах бойових дій та дозволили особистості вижити й функціонувати у цих умовах. Можна сказати, що в результаті участі в бойових діях особистість набула актуального для неї досвіду та одержала додаткові інструменти для успішної життєдіяльності. Проте, застосування в мирному житті нових поведінкових патернів, набутих і ефективних в умовах бойових дій, призводить до виникнення конфліктних ситуацій в суспільному та особистому житті, професійній діяльності. Це пов'язано з новою поведінкою та системою цінностей і пріоритетів у життєдіяльності учасників бойових дій в умовах мирного життя, що супроводжується формуванням

стресорних відносин в різних сферах життя особистості, які мають характер фрустрації та призводять до розвитку психологічної дезадаптації.

Іншим дезадаптивним фактором є сукупність ознак патопсихологічного реагування, власне, дисфункція психоемоційної сфери, що розвивається як реакція на перманентний стресорний вплив з ознаками вітальної загрози при участі в бойових діях.

Крім того, при виникненні бойової травми у вигляді ушкодження очей з подальшою частковою втратою зору розвивається додаткова дистресова реакція. Вона потребує від особистості додаткової зміни поведінкових стратегій, спрямованих на адаптацію до нових умов життєдіяльності – часткової втрати зору.

Різниця між встановленими факторами розвитку дезадаптації зводиться до різниці в рівнях, спектрі, значимості та характері її проявів.

Комплексне психодіагностичне дослідження показало, що нові поведінкові патерни учасники бойових дій розцінюють як позитивні зміни, на відміну від людей, що їх оточують, які оцінюють їх як негативні. Такий дисонанс в оцінках особливо виразний у виявлених локусах фрустрації особистості учасника. При цьому особистісну зацікавленість та залежність учасника можна віднести до суспільної діяльності та особистісного життя. Набуті патерни поведінки УБД широко та інтенсивно використовують для вирішення проблем особистісного характеру.

Виходячи із виявленої структури механізмів формування ППД ми сформулювали наступні задачі короткострокової програми психокорекційних заходів у системі медико-психологічного супроводу учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору в поєднанні з ППД.

1. Адаптація особистості до наслідків травми очей та часткової втрати зору:

- корекція значимості фрустраційних чинників;
- корекція життєвих цінностей та пріоритетів;
- відпрацювання компенсаторних поведінкових патернів;
- підвищення оцінки якості життя.

2. Адаптація використання особистістю нових поведінкових патернів, засвоєних в умовах бойових дій, в умовах мирного життя.

3. Корекція поведінкових стратегій вирішення фрустраційних обставин.

4. Відпрацювання продуктивних способів психологічного захисту в стресових станах.

5. Ресоціалізація особистості до мирного життя в умовах часткової втрати зору та наявності психологічної дезадаптації.

6. Нейтралізація наслідків реагування особистості на перенесений стрес та дистрес під час участі в бойових діях та одержання бойової травми.

Мішенями при проведенні психокорекційних заходів, відповідно до поставлених задач, були обрані наступні ланки патогенетичних механізмів ППД та реагування особистості на соматичну травму – ушкодження очей з частковою втратою зору:

1) нові поведінкові стратегії в умовах психологічної дезадаптації та ушкодження очей з частковою втратою зору;

2) фрустраційне реагування та значимість фрустраційних чинників при психологічній дезадаптації та ушко-

дженні очей з частковою втратою зору – значимість, актуальність, доцільність та соціальна адаптованість;

3) способи психологічного захисту при ППД та ушкодженні очей з частковою втратою зору;

4) відпрацювання умов та ситуацій, в яких особистість може використовувати нові поведінкові патерни при ППД – рамки та умови;

5) поведінкові стратегії подолання фруструючих обставин при ППД – значимість, актуальність, доцільність та соціальна адаптованість;

6) інтеграція та адаптація нових поведінкових стратегій у структуру особистості – внутрішньоособистісні конфлікти, можливість вибору, соціальна конфліктність;

7) емоційна дисоціація та відреагування – обставини та зміст стресового впливу;

8) дезактуалізація психопатологічних проявів;

9) нормалізація емоційних та вегетативних проявів.

Базовими психокорекційними засобами визначені елементи психоосвіти, когнітивно-поведінкової, раціональної, особистісно-орієнтованої, сугестивної психотерапії, прогресивної м'язової релаксації, психічної саморегуляції, стрес-менеджменту тощо; формами проведення – індивідуальні консультації, групові зустрічі, самостійне відпрацювання навичок саморегуляції.

Програма була розрахована на 20 зустрічей. Ми реалізовували її впродовж 9 тижнів (орієнтовано 60 днів): протягом перших 6 тижнів зустрічі відбувались 3 рази на тиждень, останні 3 тижні – 2 рази на тиждень. Після закінчення програми, за бажанням респондента, психокорекційна підтримка могла бути продовжена (1 раз на тиждень у дистанційному або особистому форматі), поки пацієнт відчував у цьому потребу.

Результати психокорекції оцінювали за динамікою значимості дезадаптивних психоемоційних проявів, а також за даними методик «Діагностика копінг-стратегій Хайма», «Психологічний захист» Плутчика – Келлермана – Конте», опитувальник якості життя ВООЗ «WHOQOL – 100», тест фрустраційних реакцій Розенцвейга (варіант для дорослих) у модифікації П. В. Тарабріню.

Після проведення психокорекції в учасників ОГ (ОГ-ПК) спостерігали зниження актуальності клінічних проявів. Показники за всіма аналізованими категоріями були достовірно нижчі, порівняно з показниками до початку психокорекційної роботи (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка значимості клініко-психологічної симптоматики після психокорекції (M±m)

Тип проявів	Групи	
	ОГ (бали)	ОГ-ПК (бали)
Емоційні	24,33±0,41 p***	7,36±0,30
Когнітивні	16,15±0,36 p***	6,02±0,28
Поведінкові	11,69±0,31 p***	4,31±0,30
Мнестичні	12,23±0,33 p***	4,71±0,27
Диссомнічні	10,26±0,31 p***	2,60±0,23
Аддиктивні	8,03±0,33 p***	1,3±0,21
Девіантні	4,04±0,22 p***	1,15±0,23
Соматичні (вегетативні)	22,57±0,33 p***	5,08±0,30

Примітка. Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Паралельно встановлено зміни у структурі застосовуваних копінг-стратегій. Порівняно зі станом в учасників до проведення психокорекції, після її здійснення спостерігали збільшення використання продуктивних та відносно продуктивних стратегій (табл. 2).

Таблиця 2. Результати діагностики копінг-стратегій за методикою Е. Хайма після психокорекції (%±m від Σn)

Стратегія		ОГ (%)	ОГ-ПК (%)
А. Когнітивні копінг-стратегії			
Ігнорування	Н	8,45±4,31	0
Покора	Н	13,60±4,68	0
Дисимуляція	Н	0	0
Самоконтроль	П	26,52±4,76	32,41±3,96
Аналіз проблем	П	0	17,30±3,40
Відносність	В	7,58±4,79	0
Релігійність	В	0	0
Розгубленість	Н	23,51±4,69	0
Надання сенсу	В	0	14,37±4,18
Установка самооцінки	П	23,15±5,06	37,51±3,71
Б. Емоційні копінг-стратегії			
Протест	П	8,24±5,03	33,24±4,15
Емоційний розряд	В	24,20±4,32	0
Придушення емоцій	Н	24,36±4,35	0
Оптимізм	П	0	28,07±4,02
Пасивна кооперація	В	0	31,79±3,87
Покірність	Н	20,45±4,51	08,59±4,17
Самообвинувачення	Н	0	0
Агресивність	Н	24,84±5,17	0
В. Поведінкові копінг-стратегії			
Відволікання	В	21,24±5,03	07,42±3,09
Альтруїзм	П	0	22,50±4,18
Активне уникнення	Н	24,16±4,35	0
Компенсація	В	14,46±5,04	08,72±3,51
Конструктивна активність	В	23,08±4,62	0
Відступ	Н	0	0
Співробітництво	П	0	31,37±4,06
Пошук допомоги	П	18,07±4,72	32,58±3,26

Слід наголосити на відсутності у використовуваному арсеналі непродуктивних стратегій, та суттєвому збільшенні частки продуктивних. Аналіз структури способів психологічного захисту показав достовірне збільшення

показників за шкалами «компенсації», «інтелектуалізації» та «реактивні утворення» у осіб ОГ-ПК, порівняно зі станом до психокорекції (табл. 3). Паралельно спостерігали зменшення «регресії», «проекції» та «заміщення». Інші категорії були без достовірних змін. Таким чином, після проведення психокорекційних заходів в учасників з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД спостерігали нормалізацію продуктивності використовуваних копінг-стратегій та способів психологічного захисту, порівняно зі станом до втручання.

Таблиця 3. Результати тесту «Психологічний захист Плутчика - Келлермана - Конте» після психокорекції (M±m)

Шкали	ОГ (бали)	ОГ-ПК (бали)	Норма (бали)
Заперечення	34,21±3,12	30,18±3,26	37,50
Витіснення	45,15±4,23	42,69±3,80	33,33
Регресія	58,24±4,23 p***	20,60±3,82	33,57
Компенсація	32,41±4,06 p***	45,12±4,03	31,00
Проекція	77,45±4, 21 p*	65,02±3,37	63,07
Заміщення	42,08±4,22 p***	23,72±3,87	29,23
Інтелектуалізація	31,23±3,30 p***	46,02±3,51	49,17
Реактивне утворення	18,15±5,22	23,05±4,07	31,00

Примітка. Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

При аналізі характеру фрустраційних реакцій після проведених заходів психокорекції встановлено достовірне підвищення ступеня соціальної адаптації (GCR) в порівнянні з періодом до психокорекції (табл. 4). Спостерігались зміни напрямків реакції – зменшення інтрапунітивного (І) та екстрапунітивного (Е) на тлі збільшення імпульсивного реагування (М). Зміни були значимі в порівнянні з періодом до корекції. Зміни спостерігались і за типами реагування: порівняно з періодом до корекції зменшилась частота N-P та збільшилась частота O-D типів. Показники наближались до нормативних рівнів.

Після проведених психокорекційних заходів змінювались показники якості життя (табл. 5). Майже за всіма сферами та субсферами рівні оцінки якості життя після психокорекції були достовірно вищими, ніж до проведення втручання. Таким чином, після проведення психокорекційних заходів у учасників з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД спостерігали зростання ступеня адаптації та нормалізацію напрямків і типів фрустраційного реагування. Паралельно спостерігали покращення показників якості життя після психокорекційних заходів. Зміни були більш значимими, порівняно з періодом до втручання.

Таблиця 4. Характеристика фрустраційних реакцій за методикою С. Розенцвейга у модифікації П. В. Тарабріної після психокорекції (%±m від Σn)

Групи дослідження	Категорії (%)						
	напрямок реакції			тип реакції			GCR
	Е	І	М	O-D	E-D	N-P	
ОГ	83,26±2,03 p***	7,58±1,94 p***	9,16±1,31 p***	8,36±2,15 p***	42,68±2,61	48,96±2,37 p***	30,16±2,16 p***
ОГ-ПК	52,61±1,76	20,25±2,01	28,46±1,73	24,57±1,93	38,46±2,13	38,07±2,18	58,72±2,07
Нормативні показники	49	26	24,5	33	37	28,5	

Примітка. Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Таблиця 5. Оцінка якості життя за результатами опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я після психокорекції (M±m)

Шкали	ОГ (бали)	ОГ-ПК (бали)
G – загальна якість життя й стан здоров'я	10,17±0,22 p***	15,06±0,23
F1 – фізичний біль і дискомфорт	11,43±0,33 p***	15,12±0,25
F2 – життєва активність, енергія, втома	10,04±0,28 p***	14,37±0,28
F3 – сон і відпочинок	10,47±0,31 p***	16,50±0,30
F4 – позитивні емоції	10,06±0,28 p***	13,76±0,28
F5 – пізнавальні функції	12,86±0,33 p***	14,32±0,27
F6 – самооцінка	12,79±0,32 p***	17,36±0,30
F7 – образ тіла й зовнішність	12,27±0,28 p***	14,03±0,28
F8 – негативні емоції	10,13±0,29 p***	14,98±0,29
F9 – рухливість	12,68±0,33 p***	15,70±0,30
F10 – виконання повсякденних справ	13,68±0,30 p***	16,63±0,31
F11 – залежність від ліків і лікування	14,56±0,34 p***	17,60±0,28
F12 – працездатність	11,59±0,31 p***	14,32±0,31
F13 – особисті відносини	12,06±0,28 p***	15,20±0,27
F14 – практична соціальна підтримка	10,34±0,27 p***	13,89±0,30
F15 – сексуальна активність	13,79±0,33 p**	14,72±0,31
F16 – фізична безпека	11,41±0,30 p***	16,03±0,28
F17 – навколишнє середовище будинку	14,22±0,28	14,03 0,32
F18 – фінансові ресурси	9,83±0,32	10,05±0,26
F19 – медична й соціальна допомога	10,62±0,26 p**	13,86±0,30
F20 – набуття нової інформації	14,53±0,32	15,02±0,28
F21 – можливості використання відпочинку	13,79±0,33	14,28 0,29
F22 – навколишнє середовище	12,83±0,30 p**	14,13±0,31
F23 – транспорт	13,89±0,31 p*	15,02±0,27
F24 – духовність, особисті переконання	15,26±0,31	16,12±0,29

Примітка. Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ОГ. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Порівняння результатів психокорекції у учасників групи з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД з результатами учасників ГП з ППД без травми очей показало наявність достовірних розбіжностей щодо покращення стану ОГ-ПК відносно зниження актуальності клініко-психологічних проявів: показники за всіма аналізованими категоріями були достовірно нижчі, порівняно з такими в учасників ГП (табл. 6).

Таблиця 6. Динаміка значимості клініко-психологічної симптоматики: порівняння ОГ-ПК та ГП (M±m)

Тип проявів	Групи	
	ОГ-ПК (бали)	ГП (бали)
Емоційні	7,36±0,30 p***	33,04±0,43
Когнітивні	6,02±0,28 p***	11,12±0,33
Поведінкові	4,31±0,30 p***	10,13±0,32
Мнестичні	4,71±0,27 p***	17,89±0,33
Диссомнічні	2,60±0,23 p***	18,77±0,36
Аддиктивні	1,3±0,21 p***	5,52±0,33
Девіантні	1,15±0,23 p***	4,23±0,30
Соматичні (вегетативні)	5,08±0,30 p***	27,51±0,38

Примітка. Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Паралельно встановлено зміни в структурі копінг-стратегій, що застосовувались, – після проведеної психокорекції спостерігалось збільшення використання продуктивних та відносно продуктивних стратегій (табл. 7). Слід вказати на відсутність у використовуюваному арсеналі непродуктивних стратегій та суттєве збільшення частки продуктивних.

Аналіз структури способів психологічного захисту, порівняно з учасниками ГП, показав зниження способів «заперечення», «витіснення», «регресії» та «заміщення» (табл. 8). Інші категорії не мали достовірної різниці. Таким чином, після проведення психокорекційних заходів у учасників з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД спостерігалася нормалізація продуктивності використовуваних копінг-стратегій та способів психологічного захисту, порівняно зі станом групи без травми.

При аналізі характеру фрустраційних реакцій після проведених заходів психокорекції встановлено достовірне підвищення ступеня соціальної адаптації (GCR), порівняно з учасниками ГП (табл. 9).

Спостерігали зміни напрямків реакції – зменшення інтрапунітивного (I) та екстрапунітивного (E) на тлі збільшення імпульсивного реагування (M). Зміни спостерігали також за типами реагування: порівняно з ГП зменшилась частота N-P та збільшилась частота O-D типів. Після проведених психокорекційних заходів змі-

Таблиця 7. Результати діагностики копінг-стратегій за методикою Е. Хайма: порівняння ОГ-ПК та ГП (% \pm m від Σ n)

Стратегія		ОГ-ПК (%)	ГП (%)
А. Когнітивні копінг-стратегії			
Ігнорування	Н	0	16,21 \pm 4,43
Покора	Н	0	19,43 \pm 5,36
Дисимуляція	Н	0	0
Самоконтроль	П	32,41 \pm 3,96	21,93 \pm 4,78
Аналіз проблем	П	17,30 \pm 3,40	16,34 \pm 4,35
Відносність	В	0	0
Релігійність	В	0	0
Розгубленість	Н	0	17,23 \pm 4,52
Надання сенсу	В	14,37 \pm 4,18	11,34 \pm 5,25
Установка самооцінки	П	37,51 \pm 3,71	0
Б. Емоційні копінг-стратегії			
Протест	П	33,24 \pm 4,15	22,05 \pm 4,06
Емоційний розряд	В	0	11,53 \pm 4,62
Придушення емоцій	Н	0	13,17 \pm 4,42
Оптимізм	П	28,07 \pm 4,02	0
Пасивна кооперація	В	31,79 \pm 3,87	18,17 \pm 4,32
Покірність	Н	08,59 \pm 4,17	0
Самообвинувачення	Н	0	10,32 \pm 5,03
Агресивність	Н	0	26,62 \pm 4,31
В. Поведінкові копінг-стратегії			
Відволікання	В	07,42 \pm 3,09	16,63 \pm 4,37
Альтруїзм	П	22,50 \pm 4,18	0
Активне уникнення	Н	0	30,17 \pm 5,12
Компенсація	В	08,72 \pm 3,51	22,12 \pm 4,17
Конструктивна активність	В	0	0
Відступ	Н	0	23,06 \pm 4,07
Співробітництво	П	31,37 \pm 4,06	0
Пошук допомоги	П	32,58 \pm 3,26	9,12 \pm 4,07

нювались показники якості життя (табл. 10). За більшістю сфер та субсфер рівні оцінки якості життя після корекції у ОГ-ПК були достовірно вищими, ніж в учасників ГП.

Таким чином, після проведення психокорекційних заходів в учасників з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД спостерігали зростання ступеня адаптації та нормалізацію напрямків і типів фрустраційного реагу-

вання. Паралельно спостерігали покращення показників якості життя після корекційних заходів. За більшістю показників різниця була значимою, порівняно з учасниками ГП.

Таким чином, проведення психокорекції в учасників дослідження з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД дозволило за більшістю показників знизити прояви ППД, порівняно з учасниками ГП.

Таблиця 8. Результати тесту «Психологічний захист Плутчика – Келлермана – Конте»: порівняння ОГ-ПК та ГП (M \pm m)

Шкали	ОГ-ПК (бали)	ГП (бали)	Норма (бали)
Заперечення	30,18 \pm 3,26 р*	43,52 \pm 4,02	37,50
Витіснення	42,69 \pm 3,80 р**	61,35 \pm 4,24	33,33
Регресія	20,60 \pm 3,82 р***	51,36 \pm 4,05	33,57
Компенсація	45,12 \pm 4,03	40,13 \pm 4,13	31,00
Проекція	65,02 \pm 3,37	66,02 \pm 4,13	63,07
Заміщення	23,72 \pm 3,87 р***	47,83 \pm 4,32	29,23
Інтелектуалізація	46,02 \pm 3,51	41,63 \pm 4,39	49,17
Реактивне утворення	23,05 \pm 4,07	30,24 \pm 4,17	31,00

Примітка. Достовірність: р – між групами ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Таблиця 9. Характеристика фрустраційних реакцій за методикою С. Розенцвейга у модифікації П. В. Тарабріної: порівняння ОГ-ПК та ГП (%±m від Σn)

Групи дослідження	Категорії (%)						
	напрямок реакції			тип реакції			GCR
	Е	І	М	О-D	Е-D	Н-Р	
ОГ-ПК	52,61±1,76 p1***	20,25±2,01 p1***	28,46±1,73 p1**	24,57±1,93 p1***	38,46±2,13	38,07±2,18 p1***	58,72±2,07 p1***
ГП	72,54±2,45	8,17±1,64	19,29±2,17	7,48 1,95	40,73±2,32	51,79±2,46	46,74±2,37
Нормативні показники	49	26	24,5	33	37	28,5	

Примітка. Достовірність: p₁ – між ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Таблиця 10. Оцінка якості життя за результатами опитувальника якості життя Всесвітньої організації охорони здоров'я: порівняння ОГ-ПК та ГП (M±m)

Шкали	ОГ-ПК (бали)	ГП, (бали)
G – загальна якість життя й стан здоров'я	15,06±0,23 p***	12,05±0,26
F1 – фізичний біль і дискомфорт	15,12±0,25	14,37±0,32
F2 – життєва активність, енергія, втома	14,37±0,28 p***	12,30 0,29
F3 – сон і відпочинок	16,50±0,30 p***	11,41±0,33
F4 – позитивні емоції	13,76±0,28 p**	11,56±0,30
F5 – пізнавальні функції	14,32±0,27	13,77±0,29
F6 – самооцінка	17,36±0,30 p***	12,06±0,31
F7 – образ тіла й зовнішність	14,03±0,28	13,86±0,35
F8 – негативні емоції	14,98±0,29 p***	10,37±0,30
F9 – рухливість	15,70±0,30	16,28±0,25
F10 – виконання повсякденних справ	16,63±0,31	16,73±0,26
F11 – залежність від ліків і лікування	17,60±0,28	18,03±0,28
F12 – працездатність	14,32±0,31 p***	17,15±0,32
F13 – особисті відносини	15,20±0,27 p***	13,17±0,37
F14 – практична соціальна підтримка	13,89±0,30 p**	12,42±0,31
F15 – сексуальна активність	14,72±0,31	14,50±0,32
F16 – фізична безпека	16,03±0,28 p***	10,03±0,28
F17 – навколишнє середовище будинку	14,03 0,32	14,05±0,36
F18 – фінансові ресурси	10,05±0,26	10,15±0,30
F19 – медична й соціальна допомога	13,86±0,30 p**	11,05±0,33
F20 – набуття нової інформації	15,02±0,28 p*	16,37±0,31
F21 – можливості використання відпочинку	14,28 0,29 p***	10,47±0,33
F22 – навколишнє середовище	14,13±0,31 p*	13,06±0,29
F23 – транспорт	15,02±0,27	14,49±0,40
F24 – духовність, особисті переконання	16,12±0,29	16,79±0,33

Примітка. Достовірність: p – між групами ОГ-ПК і ГП. Ступінь вірогідності: * <0,05, ** <0,01, *** <0,001.

Підводячи підсумки результатів психокорекції в учасників дослідження з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД, можна стверджувати, що психокорекційні заходи значно покращують показники психічного стану та адаптації. Результати покращення значимі в порівнянні як з періодом до втручання, так і з групою учасників з ППД без травми очей.

Висновки

1. Застосування системи психокорекційних заходів до учасників з травмою очей та частковою втратою зору на тлі явищ ППД дозволяє досягти значного покращення їх психічного стану. Це підтверджують

зміни індикаторних показників актуальності проявів дезадаптації, копінг-стратегій та структури психологічного захисту, фрустраційного реагування та рівня оцінки якості життя.

2. Досягнуті в процесі психокорекції зміни були достовірно значимими, порівняно з учасниками, яким притаманні прояви ППД без травми очей.

3. Зміни, досягнуті застосуванням психокорекції, за деякими показниками не досягали нормативних рівнів. Це свідчить про наявність проявів, які пов'язані з наслідками соматичної травми, і для їх корекції необхідна перебудова життєвого досвіду в умовах зміни особистісних можливостей.

Перспективи дослідження. Подальші дослідження доцільно спрямувати на відпрацювання довготривалої підтримувальної адаптативної психокорекції до змін можливостей особистості.

Список використаної літератури

1. Жупан Б. Б. Удосконалення організації спеціалізованої офтальмологічної допомоги в ході медичного забезпечення антитерористичної операції. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2016. Вип. 47. С. 11–15.
2. Жупан Б. Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору. *Екстрена медицина: від науки до практики*. 2017. № 3 (24). Режим доступу: <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4> (дата звернення 01.04.2019).
3. Абдряхімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів непсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного ґенезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21, вип. 1 (74). С. 34–39.
4. Абдряхімова Ц. Б. Обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам з непсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного ґенезу. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 158–163.
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : Справочник практического психолога. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

Відомості про автора:

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

Сведения об авторе:

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

About the Author:

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

6. Тарабрина Н. В. Практикум з психології посттравматичного стресу. (Серія «Практикум з психології»). СПб. : Пітер., 2001. 272 с.

References

1. Zhupan, B. B. (2016). Udokonalennia orhanizatsii spetsializovanoi oftalmolohichnoi dopomohy v khodi medychnoho zabezpechennia antyterrorystychnoi operatsii [Improvements specialized eye care medical support during antiterrorist operation]. *Problemy viiskovoi okhorony zdorovia – Problems military health*, 47, 11–15. (In Ukrainian).
2. Zhupan, B. B. (2017). Spetsializovana oftalmolohichna dopomoha viiskovosluzhbovt-siam v umovakh yedynoho medychnoho prostoru [Specialized eye care servicemen in terms of a single medical space]. *Ekstrenna medytsyna: vid nauky do praktyky – Emergency medicine: from science to practice*, 3(24). Available at: <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4> (accessed date 01.04.2019). (In Ukrainian).
3. Abdryahimova, C. B. (2013). Porivnialnyi analiz naiavnosti i vyrazhenosti osnovnykh kliniko-psykhopatolohichnykh fenomeniv nepsykhotychnykh psykhichnykh rozladiv u osob z vtratoi zoru travmatychnoho ґenezu za danymy sub'iektivnoi yi ob'iektivnoi otsinky [Comparative analysis presence and severity of basic clinical-psychopathological phenomenon of non-psychotic mental disorders in the visually impaired traumatic origin according subjective and objective assessment]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 21(1), 34–39. (In Ukrainian).
4. Malkina-Pyh, I. G. (2005). *Psichosomatika: Spravochnik prakticheskogo psihologa* [Psychosomatics: Handbook of Practical Psychologist]. Moscow: Eksmo, 992 p. (In Russian).
5. Tarabryna, N. V. (2001). *Praktykum z psykhologhii posttravmatychnoho stresu* [Workshop on psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg: Peter, 272 p. (In Russian).

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК [616.896-008-053.2+616.853-009.24]:159.95

І. А. Марценковський¹, Т. О. Скрипник^{1*},
І. І. Марценковська¹, І. Ф. Здорик¹, Г. В. Макаренко²
**КЛІНІЧНИЙ ФЕНОТИП РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА
У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА ШКІЛЬНОГО ВІКУ,
ОБТЯЖЕНИХ ЕПІЛЕПТИЧНИМИ НАПАДАМИ**

¹ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна
²КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня
Кіровоградської обласної ради», м. Кропивницький, Україна

Актуальність. Для клінічного фенотипу дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) притаманні клінічний поліморфізм і поліморбідність. Поширеність епілепсії при РАС сягає від 5 до 38 %. Є підстави вважати, що РАС із епілепсіями та специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ та РАС із гіперкінетичними симптомами без ознак епілептичного процесу можуть визначатися різними варіантами генетичного поліморфізму чи відмінними варіантами експресії генів, детермінованих різноманітними впливами середовищних факторів.

Мета – вивчити особливості клінічного фенотипу РАС у дітей дошкільного та шкільного віку з епілептичними нападами та специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ.

Матеріали та методи. На базі відділу психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Інститут психіатрії МОЗ України» обстежено 116 дітей у віці 2–10 років із РАС. Група дослідження була поділена на три підгрупи: підгрупа А – 23 дитини з епілептичними нападами в анамнезі, підгрупа В – 35 дітей зі специфічними формами епілептичної активності на ЕЕГ без епілептичних нападів, підгрупа С – 19 дітей з РАС, у яких специфічна епілептична активність на ЕЕГ поєднувалася з повторюваними мимовільними рухами (руховими стереотипіями, моторними тиками) і вокалізаціями (вокальними тиками). Контрольну групу склали 39 дітей з РАС без епілептичних нападів в анамнезі і специфічної епілептичної активності на ЕЕГ. Тривалість катамнестичного спостереження – 1–1,5 року. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психометричний, статистичний.

Результати. У дітей з РАС та коморбідними епілептичними нападами порушення соціальної взаємності мають визначальне діагностичне значення. Порушення комунікації та повторювані, стереотипні форми поведінки, рухи та інтереси у дітей цієї групи трапляються значущо рідше, ніж у групах порівняння. Випадки повторюваних стереотипів у цих дітей пов'язані з сенсорними порушеннями та аутоstimуляціями. Дітям із РАС, ускладненими тяжкими та частими епілептичними нападами, властиві порушення соціальної взаємності та комунікації на тлі регресу чи стагнації розвитку мовленнєвих та рухових навичок. Порушення комунікації та повторювана поведінка при РАС у дітей різного віку представлені різними монокалітативними симптомокомплексами (фенотипами). У дітей до 6 років переважають стереотипні рухи, у дітей в віці 6–8 років – повторювана поведінка, пов'язана з надвартісними інтересами. Виділено два субтипи клінічних фенотипів РАС: варіант із симптомами, що більшою мірою визначали стереотипну сенсомоторну поведінку, та варіант із симптомами наполягання на однаковості, з надвартісними інтересами збереження тотожності.

Висновки. Порушення соціальної взаємності, комунікації, повторювана поведінка, зокрема стереотипні рухи, є діагностично значущими ознаками РАС, зокрема РАС, ускладненого епілептичними нападами, РАС зі специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ.

За результатами тривалого 1–1,5 річного проспективного дослідження встановлено, що клінічні фенотипи РАС із епілептичними нападами, РАС без епілептичних нападів зі специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ та РАС без епілептичних нападів та змін на ЕЕГ відрізнялися за клінічною картиною та перебігом.

Якісні порушення комунікації та стереотипні рухи крім РАС спостерігаються при інших психічних розладах, зокрема розладі Туретта, obsесивно-компульсивних розладах, інтелектуальній недостатності. Виражена повторювана поведінка зі збереженням тотожності є підставою для подвійної діагностики РАС та obsесивно-компульсивного розладу. Рухові та вокальні тики можуть бути підставою для подвійної діагностики РАС та розладу Туретта.

Встановлена наявність пов'язаної з віком патопластики клінічних проявів РАС у групах порівняння.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, поліморбідність, епілептичні напади, повторювані рухи, тикозні розлади.

КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ОТЯГОЩЕННЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ
И. А. Марценковский¹, Т. А. Скрипник^{1*}, И. И. Марценковская¹, И. Ф. Здорик¹, А. В. Макаренко²

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

²КНП «Областная клиническая психиатрическая больница Кировоградского областного совета», г. Кропивницкий, Украина

Актуальность. Для клинического фенотипа детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) характерны клинический полиморфизм и полиморбидность. Распространенность эпилепсии при РАС составляет от 5 до 38 %. Есть основания полагать, что РАС с эпилепсией и специфической эпилептической активностью на ЭЭГ и РАС с гиперкинетическими симптомами без признаков эпилептического процесса могут определяться различными вариантами генетического полиморфизма или отличными вариантами экспрессии генов, детерминированными различными воздействиями средовых факторов.

Цель – изучить особенности клинического фенотипа РАС у детей дошкольного и школьного возраста с эпилептическими припадками и специфической эпилептической активностью на ЭЭГ.

Материалы и методы. На базе отдела психических расстройств детей и подростков ГУ «Институт психиатрии МЗ Украины» обследовано 116 детей в возрасте 2–10 лет с РАС. Группа исследования была поделена на три подгруппы: подгруппа А – 23 ребенка с эпилептическими припадками в анамнезе, подгруппа В – 35 детей со специфическими формами эпилептической активности на ЭЭГ без эпилептических припадков, подгруппа С – 19 детей с РАС, у которых специфическая эпилептическая активность на ЭЭГ сочеталась с повторяющимися произвольными движениями (двигательными стереотипиями, моторными тиками) и вокализацией (вокальными тиками). Контрольную группу составили 39 детей с РАС без эпилептических припадков в анамнезе и специфической эпилептической активности на ЭЭГ. Продолжительность катанестического наблюдения – 1–1,5 года. Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностические, психометрический, статистический.

Результаты. У детей с РАС и коморбидными эпилептическими припадками нарушения социальной взаимности имеют определяющее диагностическое значение. Нарушение коммуникации и повторяющиеся, стереотипные формы поведения, движения и интересы у детей этой группы встречаются значимо реже, чем в группах сравнения. Случаи повторяющихся стереотипов у этих детей связаны с сенсорными нарушениями и аутистической стимуляцией. Детям с РАС, осложненными тяжелыми и частыми эпилептическими припадками, свойственны нарушения социальной взаимности и коммуникации на фоне регресса или стагнации развития речевых и двигательных навыков.

Нарушение коммуникации и повторяющееся поведение при РАС у детей разного возраста представлены различными монокаллитативными симптомокомплексами (фенотипами). У детей до 6 лет преобладают стереотипные движения, у детей в возрасте 6–8 лет – повторяющееся поведение, связанное со сверхценностями и интересами.

Выделены два субтипа клинических фенотипов РАС: вариант с симптомами, в большей степени определяющими стереотипное сенсомоторное поведение, и вариант с симптомами настаивания на одинаковости, со сверхценностями интересами сохранения тождества.

Выводы. Нарушение социальной взаимности, коммуникации, повторяющееся поведение, в частности стереотипные движения, являются диагностически значимыми признаками РАС, в частности РАС, осложненного эпилептическими припадками, РАС со специфической эпилептической активностью на ЭЭГ.

По результатам длительного 1–1,5 летнего проспективного исследования установлено, что клинические фенотипы РАС с эпилептическими припадками, РАС без эпилептических припадков со специфической эпилептической активностью на ЭЭГ и РАС без эпилептических припадков и изменений на ЭЭГ отличались по клинической картине и течению.

Качественные нарушения коммуникации и стереотипные движения кроме РАС наблюдаются при других психических расстройствах, в частности расстройстве Туретта, обсессивно-компульсивном расстройстве, интеллектуальной недостаточности. Выраженное повторяющееся поведение с сохранением тождества является основанием для двойной диагностики РАС и обсессивно-компульсивного расстройства. Двигательные и вокальные тики могут быть основанием для двойной диагностики РАС и расстройства Туретта.

Установлено наличие связанной с возрастом патофизиологии клинических проявлений РАС в группах сравнения.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, полиморбидность, эпилептические припадки, повторяющиеся движения, тиковые расстройства.

CLINICAL PHENOTYPE OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS
IN CHILDREN OF PRESCHOOL AND SCHOOL AGE, BURDENED EPILEPTIC SEIZURES

I. A. Martsenkovsky¹, T. O. Skrypnyk^{1*}, I. I. Martsenkovska¹, I. F. Zdoryk¹, H. V. Makarenko²

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

²Communal non-profit institution «Regional Clinical Psychiatric Hospital of Kirovohrad Regional Council», Kropyvnytskyi, Ukraine

Background. Clinical polymorphism and polymorphism are inherent in the clinical phenotype of children with autism spectrum disorders (ASD). There is a consensus, relatively high, between 5% and 38% of the prevalence of epilepsy in ASD. There are reasons to believe that ASD with epilepsy and specific epileptic activity on EEG and ASD with hyperkinetic symptoms without signs of epileptic process can be determined by different variants of genetic polymorphism or by different variants of gene expression, determined by different influences.

Objective – to study the features of the clinical phenotype of ASD in preschool and school-age children with epileptic seizures and specific epileptic activity on EEG.

Materials and methods. In the Department of Mental Disorders of Children and Adolescents of the Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine 116 children aged 2–10 years with ASD were examined. The study group was divided into three subgroups: subgroup A – 23 children with a history of epileptic seizures, subgroup B – 35 children with specific forms of epileptic activity on EEG without epileptic seizures, subgroup C – 19 children with ASD having specific epileptic activity for EEG repetitive involuntary movements (motor stereotypes, motor tics) and vocalizations (vocal tics). The control group consisted of 39 children with ASD non a history of seizures and specific epileptic activity on the EEG. The follow-up of children with ASD in the comparison groups was performed for 1–1.5 years. We used such research methods: clinical-psychopathological, psychodiagnostic, psychometric, statistical.

Results. In children with ASD and comorbid epileptic seizures, disorders of social reciprocity are of crucial diagnostic importance. Communication disorders and recurrent, stereotyped behaviors, movements, and interests in children in this group are significantly less common than in comparison groups. Incidents of repetitive stereotypes in these children are associated with sensory impairments and autostimulations. Children with ASD, complicated by severe and frequent epileptic seizures, are characterized by impaired social reciprocity and communication against the background of regression or stagnation of speech and motor skills development.

Disorders of communication and repetitive behavior in ASD in children of different ages are represented by different monoqualitative syndrome (phenotypes). Younger children less than 6 years of age are dominant in stereotypical movements, while children aged 6–8 years have repetitive behaviors associated with the overriding interests.

Two subtypes of clinical phenotypes of ASD were identified: the variant with symptoms, which more closely determined the stereotypical sensor and motor behavior and the variant with symptoms of insistence on equality, with the overriding interests of preservation, identity. Movement stereotypes predominated in children with ASD without epileptic seizures and without epileptic activity on EEG. In children with ASD and epileptic activity on EEG, motor stereotypes and repetitive identity-preserving behavior were equally common.

Conclusions. Disorders of social reciprocity, communication, repetitive behavior, in particular stereotyped movements are diagnostically significant signs of ASD, in particular ASD complicated by epileptic seizures, ASD with specific epileptic activity on EEG.

According to the results of a long 1–1.5 years' prospective study, it was established that the clinical phenotype of ASD with epileptic seizures, ASD without epileptic seizures with specific epileptic activity on EEG and RAS without epileptic seizures and changes in EEG are characterized by differing clinical picture and course.

Qualitative communication disorders and stereotypical movements in addition to ASD are observed in other psychiatric disorders, including Tourette disorder, obsessive-compulsive disorders, and intellectual disability. Expressed repeated identity-preserving behavior is the basis for dual diagnosis of ASD and obsessive-compulsive disorder. Motor and vocal tics may be the basis for dual diagnosis of ASD and Tourette's disorder.

The presence of age-related pathoplasty of clinical manifestations of ASD in the comparison groups was established.

Keywords: autism spectrum disorders, polymorbidity, epileptic seizures, recurrent movements, tiphoid disorders.

For citation: Martsenkovsky I. A., Skrypnyk T. O., Martsenkovska I. I., Zdoryk I. F., Makarenko H. V. Clinical phenotype of autism spectrum disorders in children of preschool and school age, burdened epileptic seizures. *Arkhiv Psykhiiatrii*. 2019, 25 (2): 00–00.

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): tatynaskrypnyk07@gmail.com

Received / Поступила: 10.05.2019

Accepted / Прийнята до друку: 12.06.2019

Актуальність. У клінічній практиці часто зустрічаються діти, у яких одночасно наявні симптоми розладів аутистичного (РАС), гіперкінетичного (ГКР) спектрів та епілептичні напади. Як приклад можна навести варіанти клінічного поліморфізму при окремих варіантах генетичного поліморфізму, зокрема при делеціях 1q21.1., 15q13.3., 2p16.3. Варіантами клінічного поліморфізму при цих мутаціях, крім симптомів РАС, ГКР, епілептичних нападів, можуть бути розлади експресивної та рецептивної мови, психотичні симптоми (психотичні епізоди). Існує консенсус експертів, щодо високої, від 5 до 38 % поширеності епілепсії при розладах нейророзвитку, зокрема у дітей з РАС [1–4].

Специфічні епілептичні феномени на ЕЕГ та епілептичні напади у дітей з аутизмом були першими визнаними доказами нейробіологічної природи цього захворювання. Ще в 1970 році, в дослідженні, проведеному в Західній Австралії, була встановлена вища поширеність епілепсії та аномальних ЕЕГ у дітей з аутизмом: приблизно 30 % рандомізованих дітей мали судоми, у 80 % на ЕЕГ спостерігали специфічну епілептичну активність. У більшості дітей з епілептичною активністю на ЕЕГ без епілептичних нападів спостерігали епізоди гіперактивності з психомоторним збудженням, пароксизмами повторюваних рухів [5]. В іншому дослідженні було рандомізовано 147 дітей з аутизмом, у 64 % з них спостерігали порушення на ЕЕГ [6].

Епілептиформну та специфічну епілептичну активність на ЕЕГ у пацієнтів з розладами загального розвитку, парціальними затримками розвитку експресивної мови, мовленнєвої артикуляції, складних рухових актів і регуляції пози, навіть при відсутності епілептичних нападів, деякі експерти кваліфікують як ознаки енцефалопатії.

Епілепсії та специфічна епілептична активність на ЕЕГ, за даними різних авторів, не діагностуються у понад 60 % дітей з РАС [1, 7–8]. У понад 20 % пацієнтів із РАС відсутні напади з судомами, але фіксуються спалахи гострих хвиль, комплекси пік-повільна хвиля, дифузна тета-активність переважно в центральних, тим'яних і скроневих ділянках мозку. У 5–10 % пацієнтів із РАС наявні прояви фотопароксизмальної активності, при гіпервентиляції з'являються фокуси епілептичної активності [7–8]. Наведені дані дають підстави вважати, що РАС із епілепсіями та специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ та РАС із ГКР без ознак епілептичного процесу можуть визначатися різними варіантами генетичного поліморфізму чи відмінними варіантами експресії генів, детермінованих різноманітними впливами середовищних факторів.

Мета – вивчити особливості клінічного фенотипу РАС у дітей дошкільного та шкільного віку, ускладненого епілептичними нападами.

Матеріали та методи дослідження

На базі відділу психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» були досліджені 116 дітей у віці 2–10 років (ментальний вік від 14 до 70 місяців) із первазивними розладами розвитку (поліморфною симптоматикою аутистичного спектра), яка включала порушення ак-

тивності та уваги, рухову розгальмованість, руйнівні форми поведінки, труднощі у взаємодії з однолітками, затримки розвитку експресивної та / або рецептивної мови, недостатній емоційний і зоровий контакти, повторювані рухи, поведінку та ігрову діяльність. У 23 дітей в анамнезі мали місце епілептичні напади (підгрупа А), у 35 дітей виявлені специфічні форми епілептичної активності на ЕЕГ без епілептичних нападів (підгрупа В), у 19 дітей наявність специфічної епілептичної активності на ЕЕГ поєднувалася з повторюваними мимовільними рухами (руховими стереотипіями, моторними тиками) і вокалізаціями (вокальними тиками) (підгрупа С). Контрольну групу склали 39 дітей з РАС без епілептичних нападів у анамнезі і специфічної епілептичної активності на ЕЕГ. Критерієм виключення для контрольної групи також була подвійна діагностика рухових розладів, коли окрім РАС виконувалися діагностичні критерії за МКХ-10 розладу Туретта та/чи обсесивно-компульсивного розладу з повторюваними рухами.

Для скринінгу симптоматики аутистичного спектра проводили напівструктуроване діагностичне інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview Revised, ADI-R) і напівструктуроване оцінювання аутистичних форм актуальної поведінки (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition, ADOS-2). Проводили зіставлення клінічного фенотипу рандомізованих дітей з відеоглосарієм ознак первазивного розвитку на веб-ресурсі Autisms Speaks (<http://www.autismspeaks.org/what-autism/video-glossary>) та перевірку наявних клінічних ознак на відповідність діагностичним критеріям РАС за МКХ-10 та DSM-IV.

За допомогою спеціальної облікової карти, розробленої співробітниками відділу, були досліджені частота пароксизмальних проявів (пароксизмів психомоторного збудження, епізодів дратівливості, повторюваної поведінки, серійних тиків, епілептичних нападів, їх зв'язок з поведінковими та психічними порушеннями, пароксизмальною активністю на ЕЕГ).

Для оцінки порушень активності та уваги використовували рейтингову шкалу РДУГ (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scales, ADHD-RS). Для оцінювання тикозної симптоматики, обсесивних та компульсивних рухів використовували Єльську загальну шкалу оцінки тикозних проявів (Yale Global Tic Severity Scale, YGTSS), шкалу для оцінки тяжкості синдрому Туретта (Tourette's Syndrome Severity Scale, TSSS), Єль – Браунську шкалу для оцінки обсесивно-компульсивних розладів у дітей (Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, CY-BOCS).

Особливості психічного і моторного розвитку включених у дослідження дітей оцінювали за допомогою психоосвітнього профілю (Psychoeducational Profile Revised, PEP-R). Оцінювали ментальний вік дитини, актуальний рівень і зони найближчого розвитку для перцепції, наслідувальної діяльності, дрібної та великої моторики, зорово-моторної координації, пізнавальної діяльності та мови. За результатами обстеження логопеда та корекційного педагога додатково оцінювали розлади рецептивної, експресивної мови, мовленнєвої артикуляції та шкільних навичок (читання, орфографії, рахування).

Для оцінки соціального функціонування та адаптивної поведінки використовували шкалу соціальної реципрокності (Social Responsiveness Scale, Second Edition, SRS-2), контрольний список аномальної поведінки (Aberrant Behavior Checklist, ABC) і шкалу адаптивної поведінки Вінленд (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition, Vineland II).

Для збору соціально-демографічних даних, аналізу історії розвитку і захворювання дитини, сімейного анамнезу використовували сімейний опитувальник (Family Questionnaire, FQ) і напівструктуровану рейтингову клінічну шкалу для формалізованої оцінки клінічних проявів розладу у дітей (Semi-Structured Clinical Examination Form, SCEF).

У включених в обстеження дітей додатково оцінювали результати катамнестичного спостереження протягом 1–1,5 року.

Результати та їх обговорення

Фенотип РАС включає три групи симптомів (якісні порушення соціальної реципрокності, порушення комунікації, перцепторні порушення та стереотипну повторювану поведінку), які ми згрупували в три відповідні фактори (F1, F2, F3) для подальшого аналізу.

Якісне погіршення соціальної взаємності. Із трьох основних груп клінічних проявів фенотипу РАС найбільш значущими в усіх групах порівняння виявилися ознаки порушень соціальної взаємності (соціальної реципрокності).

Серед симптомів цього домену в рандомізованих нами дітей з РАС спостерігали: обмеженість невербальної поведінки, що використовується для регулювання соціальної взаємодії, нездатність організувати та підтримувати взаємодію (гру та спілкування) з однолітками відповідно до віку дитини, відсутність спонтанного бажання ділитися радістю, інтересами чи досягненнями з навколишніми (наприклад, коли дитина не показує, не приносить, або не привертає увагу оточуючих до предмета чи події, що викликала її інтерес). Більшість дітей з порушенням у цій сфері мали нестачу соціальної та емоційної взаємності, не розуміли емоцій батьків, не проявляли до них співчуття, не посміхалися у відповідь, не оцінювали правильно соціальний контекст ситуацій за емоційними реакціями її учасників.

Діагностична значущість фактора, до якого входили симптоми спектра порушень соціальної реципрокності (F1) у підгрупі А, становила 65,2 %, у підгрупі В – 48,6 %, у підгрупі С – 52,6 %, у контрольній групі 33,3 %.

Обрахування показників взаємної кореляції клінічних ознак дозволило виділити декілька субфакторів (моноквалітативних симптомокомплексів): F1.1 «втрата здатності до наслідування», F1.2 «нездатність звертати увагу на значущі стимули», F1.3 «надмірна систематизація та деталізація».

Найбільш значущою ознакою погіршення соціальної взаємодії у дітей з РАС була «втрата здатності до наслідування». Здатність дітей наслідувати інших людей є базовою навичкою, яка лежить в основі формування соціальної поведінки, розуміння мови. На основі наслідувальної діяльності формується здатність розуміти емоції інших людей – психічна функція, яку ми називаємо емпатією [9]. Відсутність емпатії негативно впливає на розвиток гри, формування співчуття, соціальної та емоційної взаємності, формування взаємин з однолітками.

У дітей з РАС, ускладненим епілептичними нападами, розлади наслідування були значно тяжчими та діагностично значущими, порівняно з контрольною групою ($P < 0,001$) та підгрупами дітей без епілептичних нападів ($P_{A-B} < 0,001$, $P_{A-C} < 0,01$). Не встановлено статистично значущої різниці між вибірками дітей з епілептичними феноменами на ЕЕГ з пароксизмами повторюваної поведінки та рухів та без пароксизмів ($P_{B-C} > 0,05$).

Другою за значущістю ознакою розладів соціальної взаємності у дітей з РАС була «неспроможність звертати увагу на значущі для її віку стимули». Навичка звертати увагу дуже важлива для соціального навчання, пов'язана з порушенням наслідування, мовленнєвим і когнітивним розвитком. На важливість порушень у цій сфері, зокрема, ігнорування дитиною значущих для її віку стимулів, у формуванні клінічної картини аутизму в дітей дошкільного віку, вказують і результати інших досліджень [10].

У віці до 3 років «втрата здатності до наслідування» та «нездатність звертати увагу на значущі стимули» визначали клінічну картину РАС у багатьох рандомізованих дітей і трактувалися нами як специфічні для первазивних розладів порушення. З віком тяжкість зазначеного симптомокомплексу у дітей з РАС зменшувалася. У дітей з РАС та епілептичними нападами та у дітей з РАС, специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ та пароксизмами повторюваної поведінки та рухів «нездатність звертати увагу на значущі для її віку стимули» зустрічалася частіше, проте вплив симптомокомплексу на актуальну поведінку дітей був значно меншим.

Моноквалітативний симптомокомплекс «нездатність звертати увагу на значущі стимули» близький до феномену «тунельного сприйняття», описаного Ловаасом [11] ще в 1971 році, в якості феномена вибіркової перцепції. Сутність феномену «тунельного сприйняття» полягає в тому, що людина зосереджується лише на одному аспекті об'єкта або навколишнього середовища, ігноруючи інші аспекти. Третина обстежених нами дітей з РАС у віці до трьох років мала «тунельний слух», 10,3 % «тунельний зір», а 12 % полімодальне «тунельне сприйняття». Такі особливості сприйняття часто були причиною того, що батьки підозрювали у своєї дитини з аутистичним розладом глухоту. Діти не реагували на несподівані й гучні звуки за спиною, поглинуті, наприклад, сприйняттям зорової інформації, але в іншій ситуації могли почути, як розгортають обгортку цукерки, виконати вказівку, віддану пошепки. Одна з теорій, популярна з часів Каннера, пояснює цей клінічний феномен надмірною концентрацією і маленьким обсягом уваги у пацієнтів з РАС [9].

Інша теорія стверджує, що люди з аутизмом не можуть цілісно усвідомлювати сприйняту інформацію через неспроможність відрізнити сигнал (власне інформацію) від сенсорного шуму. Несформованість механізмів шумопоглинання при РАС компенсується в межах феномена вибіркового сприйняття лише окремих частин об'єкта або сприйняття лише в одній модальності [12].

Діти з РАС не лише не звертають увагу при комунікації на невербальну поведінку інших, але й самі рідше, ніж їхні здорові однолітки, використовують жести, пози, міміку. У дворічних дітей з РАС спостерігаються порушення зорово-моторної координації і сприйняття рухів оточуючих людей,

внаслідок чого вони уникають очного контакту і не відстежують поглядом переміщення дорослих [12].

Моноквалітативний симптомокомплекс «надмірна систематизація та деталізація» визначає специфіку обмежених можливостей сприйняття контексту соціальних подій та навколишнього середовища при РАС. С. Ашвін зі співавторами в 2009 році описали у дітей з РАС триаду порушень у вигляді гіперсистематизації, надконцентрації уваги на деталях і гіперчутливості [9].

Теорія центральної неузгодженості (weak central coherence theory – WCC) або центральної когеренції (central coherence theory – CC) інтерпретує надмірну систематизацію та деталізацію як нейрокогнітивний дефіцит при РАС, який дозволяє пояснити, чому деякі люди з первазивними порушеннями розвитку можуть демонструвати високі здібності при вивченні математики або кресленні, але мають проблеми, пов'язані з читанням і переказом і, як правило, живуть у соціальній ізоляції [13].

У нашому дослідженні діти з РАС без епілептичних нападів в анамнезі та специфічної епілептичної активності на EEG сприймали деталі краще, ніж діти з подвійним діагнозом аутизму та епілепсії ($P_{(A-K)} < 0,001$) і специфічними епілептичними феноменами на EEG ($P_{(B-K)} < 0,001, P_{(C-K)} < 0,001$).

Наявністю надмірної уваги до деталей і гіперсистематизацією у 4 дітей підгрупи А може бути пояснена обдарованість і наявність специфічних інтересів у пов'язаних з ними сферах діяльності. Інші 3 дітей з підгрупи С у відповідь на зорові, слухові й тактильні специфічні стимули демонстрували незвичайну поведінку, зокрема «латеральний зір». Цей симптом можна пояснити як намагання дитини обмежити кількість інформації, що надходить, або як намагання зосередитися на оптимальній інформації.

Якісні порушення комунікації. Симптоми, що входять до цього ознакоскладу, включають у себе: 1) затримку або повну відсутність експресивного мовлення, яка не супроводжується компенсаторними спробами невербальної комунікації; 2) нездатність ініціювати або підтримувати розмову, вживання стереотипних виразів (мовних штампів); відсутність різноманітної, спонтанної гри у вигляді наслідування та гри «не насправді».

Діагностична значущість фактора (F2), до якого входили ознаки порушеної комунікації, у підгрупах порівнянь дітей з РАС була різною: у підгрупі А – 31,7 %, у підгрупі В – 30,2 %, у підгрупі С – 20,7 %, у контрольній групі – 32,8 %.

У дітей з РАС, ускладненим епілептичними нападами, та дітей з РАС без епілептичних нападів та специфічної епілептичної активності на EEG діагностична значущість порушень комунікації значуще не відрізнялася ($P_{(A-K);(A-B);(B-K)} > 0,05$).

У дітей з РАС, епілептичною активністю на EEG та пароксизмами рухових порушень діагностична значущість симптомів фактора F2 була нижчою, ніж у підгрупах порівняння ($P_{(A-C);(B-C)} < 0,05, P_{(C-K)} < 0,001$).

Обрахування показників взаємної кореляції клінічних ознак дозволило нам виділити декілька субфакторів (моноквалітативних симптомокомплексів): (F2.1) «нездатність засобами невербальної комунікації компенсувати нерозвинутість експресивної мови», (F2.2) «нездатність ініціювати або підтримувати розмову», (F2.3) «нездатність використовувати гру як засіб комунікації».

Затримка мовленнєвого розвитку (афазія розвитку) властива для РАС. Відсутність експресивного мовлення

часто є першопричиною занепокоєння батьків і звернення до дитячого невролога чи дитячого психіатра.

Відмінними рисами первазивного (аутистичного) від специфічного розладу розвитку мови були переважання недорозвинення її поняттєвої частини, порівняно з фонетико-фонематичною, низький рівень компенсаторного використання для спілкування невербальних засобів, таких, як жести. При РАС із загальним недорозвиненням мовленнєвих навичок I–II рівнів, як у підгрупі з епілептичними нападами, так і у підгрупах із епілептичною активністю на EEG, компенсаторних комунікативних рухів було менше, ніж у контрольній групі. Дефіцит комунікативних рухів спостерігали як у підгрупі В (у дітей з епілептичною активністю на EEG без повторюваних неконтрольованих рухів), так і в підгрупі С (дітей з епілептичною активністю на EEG та пароксизмами неконтрольованих повторюваних рухів).

У дітей з нормальним розвитком мова має соціальну і функціональну спрямованість, при РАС мовленнєві навички спрямовані насамперед на задоволення потреб дитини.

У рандомізованих дітей з РАС були поширені відтерміновані та безпосередні ехололії (використання фраз і діалогів інших людей, мультиплікаційних героїв), які вони використовували як доречно, так і недоречно, поза контекстом поточної соціальної ситуації. Такі ехололії дозволяли досить впевнено диференціювати РАС зі специфічними розладами розвитку експресивних та артикуляційних мовленнєвих навичок, проте демонстрували кореляційний зв'язок не стільки із фактом діагностики первазивного розвитку, скільки з діагностичними критеріями рецептивного розладу мови.

Швидкість, обсяг та інтонація мови при РАС можуть бути аномально високими, низькими, швидкими, повільними, поривчастими, монотонними тощо. 17,2 % рандомізованих нами дітей з РАС на ранніх етапах розвитку мови використовували в активному словнику власноруч вигадані слова та фрази, слова з іноземних мов, 34,4 % дітей вживали фрази недоречно, не відповідно до контексту.

Навіть у високофункціональних дітей з РАС спостерігали проблеми при ініціюванні та підтриманні розмови. Спілкування з дітьми з РАС майже завжди було недостатньо інформативним для їх співрозмовників; діти з аутистичним фенотипом були не здатні гнучко змінювати тему розмови, часто не відповідали на деякі запитання, не звертали уваги на коментарі інших людей. Таку бесіду, враховуючи обмежені інтереси дітей з РАС, було складно підтримувати.

Гра дитини може бути функціональною чи уявною. Функціональна гра – це гра, в якій іграшки використовуються за призначенням, наприклад іграшкову виделку використовують як знаряддя для споживання їжі, машинку – як символічний транспортний засіб, а при натисканні на кнопку очікують причинно-наслідкового зв'язку з іграшкою, сподіваються, що вона буде стрибати, видавати звуки та інше. Здорові діти бавляться з декількома іграшками одночасно, творчо і доречно використовують їх. Завжди можна простежити елементи як функціональної, так і уявної гри, наприклад, діти можуть використовувати дерев'яний брусок як машинку чи як ворожого солдата.

Для дітей з РАС властива маніпулятивна гра, затримка формування навичок наслідування корелює з відсутністю наслідувальної ігрової діяльності. Проблеми з формуванням уявної гри (ігри «начебто») в нашому дослідженні були очевидні для більшості дітей з РАС. У дітей з РАС,

ускладненими епілептичними нападами, недорозвинення навичок ігрової діяльності було тяжчим. Затримка формування навичок наслідування в ігровій діяльності, відсутність елементів сюжетної гри більше корелювали не з наявністю епілептичних нападів у анамнезі, а з їх тяжкістю, частотою, а також тяжкістю когнітивної недостатності.

Повторювані, обмежені, стереотипні форми поведінки, рухи та інтереси. Цей домен клінічних симптомів включає стереотипні рухи (F3.1), стереотипні моделі поведінки (F3.2), негнучку, шаблонну поведінку в повсякденних ситуаціях (F3.3), стереотипні та повторювані манеризми (F3.4), особливу поведінку, зумовлену незвичними сенсорними інтересами (F3.5), стійкі захоплення, фіксацію уваги на певних предметах та їх частинах (F3.6).

Діагностична значущість фактора (F3), до якого входили ознаки повторюваної поведінки, стереотипних інтересів, поведінки та рухів у дітей з РАС, складала: в підгрупі А – 14,2 %, в підгрупі В – 21,2 %, в підгрупі С – 26,7 %, в контрольній групі – 33,4 %.

Діти підгрупи А (з РАС, ускладненими епілептичними нападами) мали особливий, відмінний від дітей підгруп В, С, клінічний фенотип з невеликою кількістю повторюваних рухів, стереотипних особливих інтересів та стереотипної поведінки, для симптомів спектра F3 ($P_{(A-K); (A-B); (A-C)} < 0,001$). Наявність специфічної епілептичної активності на ЕЕГ у дітей з РАС також корелювала з меншою кількістю клінічних феноменів, віднесених до F3 ($P_{(B-K); (C-K)} < 0,05$).

Клінічна варіативність спектра психопатологічних симптомів, віднесених до F3, у дітей з РАС виявилася найбільшою, порівняно з F1 та F2, що дозволило виділити два субтипи клінічного фенотипу (субфактори) (F3a та F3b). До фактора F3a були віднесені симптоми, що більшою мірою визначали стереотипну сенсомоторну поведінку, асоційовану з сенсорними порушеннями та аутостимуляціями. Фактор F3b включав симптоми наполягання на однаковості, надвартісну зацікавленість у дотриманні тожності. У підгрупах А та К переважали симптоми, віднесені до фактора F3a ($P_{3a-3b (A-B); (A-C); (B-K); (C-K)} < 0,05$). Симптоми, віднесені до фактора F3b, незначуще частіше зустрічалися в підгрупі С ($P_{3a-3b (C-B)} < 0,05$).

Частина рандомізованих дітей з РАС мала надмірний особливий інтерес до певних тем: вони любили слухати тексти, дивитися телевізійні програми на ці теми, збирали пов'язані з ними предмети, були готові завжди підтримати розмову на тему специфічного інтересу, подекуди демонстрували енциклопедичні знання у вузькій сфері інтересів.

Різницю між поведінкою дітей підгруп порівняння за фактором F3 можна пояснити надмірною сфокусованістю уваги, негнучкістю, персевераціями та затримкою соціалізації при РАС. Обстежені нами діти з РАС часто фіксували свою увагу на надмірно вузьких і специфічних питаннях, наприклад, на кількості зубів у динозаврів, кульках від дозаторів на пляшках з рідиною, етикетках, дорожніх знаках. У деяких дітей ми спостерігали проблеми з перемиканням на інші теми навіть у тих випадках, коли інші люди чітко давали їм зрозуміти, що не зацікавлені в тому, що діти їм розповідають. Вони залишалися сфокусованими на своїх інтересах, навіть якщо їх змушували робити щось інше, змінити тему розмови. В таких випадках вони не могли повестися гнучко, драгувалися та хвилювалися.

Дітям із РАС, ускладненими тяжкими та частими епілептичними нападами, більш притаманними були порушення соціальної взаємності та комунікації на тлі регресу чи стагнації розвитку мовленнєвих та рухових навичок (симптомокомплексів фактора F1).

Рухові стереотипії, повторювані манеризми, надвартісний інтерес до окремих частин предметів були більше виражені у маленьких дітей. У дітей підгрупи С та дітей контрольної групи часто спостерігали потрушування кистями і пальцями рук, стереотипні гримаси та кривляння, стереотипні розгойдування, ходьбу навшпинець, обнюхування і облизування неістівних предметів, незвичайні зорові погляди, розглядання предметів боковим зором, під незвичним кутом. Стійкий інтерес до частин предметів проявлявся в стереотипному обертанні коліс машинок, стереотипному смиканні за дверні ручки, лясканні дверима меблів, очима ляльок.

Висновки

Порушення соціальної взаємності, комунікації, повторювана поведінка, зокрема стереотипні рухи, є діагностично значущими ознаками РАС, зокрема РАС, ускладненого епілептичними нападами, РАС зі специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ.

За результатами тривалого 1–1,5-річного проспективного дослідження встановлено, що клінічні фенотипи РАС із епілептичними нападами, РАС без епілептичних нападів зі специфічною епілептичною активністю на ЕЕГ та РАС без епілептичних нападів та змін на ЕЕГ відрізнялися за клінічною картиною та перебігом. Встановлена наявність пов'язаної з віком патопластики клінічних проявів РАС у групах порівняння.

Симптоми трьох основних груп клінічних проявів – порушення соціальної взаємності (соціальної реципрокності), порушення комунікації та повторювані, стереотипні форми поведінки, рухи та інтереси рівною мірою представлені у дітей контрольної групи без ознак епілептичного процесу.

У дітей з РАС та коморбідними епілептичними нападами порушення соціальної взаємності мають визначальне діагностичне значення. Порушення комунікації та повторювані, стереотипні форми поведінки, рухи та інтереси у дітей цієї групи зустрічаються значуще рідше, ніж у групах порівняння. Випадки повторюваних стереотипії у цих дітей пов'язані з сенсорними порушеннями та аутостимуляціями. Дітям із РАС, ускладненими тяжкими та частими епілептичними нападами, властиві порушення соціальної взаємності та комунікації на тлі регресу чи стагнації розвитку мовленнєвих та рухових навичок.

Порушення комунікації та повторювана поведінка при РАС у дітей різного віку представлені різними монокалітативними симптомокомплексами (фенотипами). У молодших дітей, до 6 років, переважають стереотипні рухи, у дітей віком 6–8 років – повторювана поведінка, пов'язана з надвартісними інтересами.

У дітей із РАС, ускладненими епілептичними нападами, та дітей з РАС без епілептичних нападів і специфічної епілептичної активності на ЕЕГ діагностична значущість порушень комунікації значуще не відрізнялися.

Симптомокомплекси порушень комунікації, повторюваних, обмежених, стереотипних форм поведінки, рухів та інтересів, їх клінічна варіативність дозволили нам виділити два субтипи клінічних фенотипів РАС: варіант із

симптомами, що більшою мірою визначали стереотипну сенсомоторну поведінку, та варіант із симптомами наполягання на однаковості, з надвартісними інтересами збереження тотожності. У дітей з РАС без епілептичних нападів та без епілептичної активності на ЕЕГ переважали рухові стереотипи. У дітей із РАС та епілептичною активністю на ЕЕГ рухові стереотипи та повторювана поведінка збереження тотожності спостерігалися однаково часто. Якісні порушення комунікації та стереотипні рухи, крім РАС, спостерігаються і при інших психічних розладах, зокрема при розладі Туретта, obsесивно-компульсивних розладах, інтелектуальній недостатності. Виражена повторювана поведінка зі збереженням тотожності є підставою для подвійної діагностики РАС та obsесивно-компульсивного розладу. Рухові та вокальні тики можуть бути підставою для подвійної діагностики РАС та розладу Туретта.

Список використаної літератури

1. EEG features and epilepsy in patients with autism / P. G. Rossi, A. Parmeggiani, V. Bach [et al.]. *Brain and Development*. 1995. Vol. 17, issue 3. P. 169–174. DOI: 10.1016/0387-7604(95)00019-8.
2. Tuchman R., Rapin I. Epilepsy in autism. *The Lancet Neurology*. 2002. Vol. 1, issue 6. P. 352–358. DOI: 10.1016/S1474-4422(02)00160-6.
3. Epilepsy in young adults with autism: a prospective population-based follow-up study of 120 individuals diagnosed in childhood / S. Danielsson, I. C. Gillberg, E. Billstedt [et al.]. *Epilepsia*. 2005. Vol. 46, issue 6. P. 918–923. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2005.57504.x.
4. Levisohn P. M. The autism–epilepsy connection. *Epilepsia*. 2007. Vol. 48, suppl. 9. P. 33–35. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2007.01399.x.
5. Gubbay S. S., Lobascher M., Kingerlee P. A neurological appraisal of autistic children: Results of a Western Australian survey. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1970. Vol. 12, issue 4. P. 422–429. DOI: 10.1111/j.1469-8749.1970.tb01935.x.
6. Small J. G. EEG and neurophysiological studies of early infantile autism. *Biological Psychiatry*. 1975. Vol. 10, issue 4. P. 385–397.
7. Lee B. H., Smith T., Paciorkowski A. R. Autism spectrum disorder and epilepsy: disorders with a shared biology. *Epilepsy & Behavior*. 2015. Vol. 47. P. 191–201. DOI: 10.1016/j.yebeh.2015.03.017.
8. Clinical characteristics of children with autism spectrum disorder and co-occurring epilepsy / E. W. Viscidi, E. W. Triche, M. F. Pescosolido [et al.]. *PLoS one*. 2013. Vol. 8, issue 7. P. e67797. DOI: 10.1371/journal.pone.0067797.
9. Baron-Cohen S. Autism: the empathizing–systemizing (E–S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009. Vol. 1156, issue 1. P. 68–80. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x.
10. Talent in autism: Hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity / S. Baron-Cohen, E. Ashwin, C. Ashwin [et al.]. *Autism and talent*. 2009. Vol. 364, issue 1522. P. 1377–1383. DOI: 10.1098/rstb.2008.0337.
11. Lovaas O. I., Schreibman L., Koegel R., Rehm R. Selective responding by autistic children to multiple sensory input. *Journal of abnormal psychology*. 1971. Vol. 77, issue 3. P. 211–222. DOI: 10.1037/h0031015.

Відомості про авторів:

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович, канд. мед. наук, с.н.с., завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків, ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

СКРИПНИК Тетяна Олександрівна, аспірант ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: tatynaskrypnik07@gmail.com

МАРЦЕНКОВСЬКА Інна Іванівна, канд. мед. наук, п.н.с. відділу психічних розладів дітей та підлітків, ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

ЗДОРІК Ірина Федорівна, канд. мед. наук, с.н.с. наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу, ДУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я 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

МАКАРЕНКО Ганна Вячеславівна, завідувач дитячого психіатричного відділення, КНП «Обласна клінічна психіатрична лікарня Кіровоградської обласної ради», м. Кропивницький, Україна; e-mail: annamakarenko1404@gmail.com

Сведения об авторах:

МАРЦЕНКОВСКИЙ Игорь Анатольевич, канд. мед. наук, с.н.с., заведующий отделом психических расстройств детей и подростков ГУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», г. Киев, Украина; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

СКРИПНИК Татьяна Александровна, аспирант ГУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», г. Киев, Украина; e-mail: tatynaskrypnik07@gmail.com

МАРЦЕНКОВСКАЯ Инна Ивановна, канд. мед. наук, п.н.с. отдела психических расстройств детей и подростков ГУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», г. Киев, Украина; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

ЗДОРІК Ирина Федоровна, канд. мед. наук, с.н.с. научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела, ГУ «Український науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», г. Киев, Украина; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1595-9295>

Web of Science ResearcherID: X-4112-2018

МАКАРЕНКО Анна Вячеславовна, заведующая детским психиатрическим отделением, КНП «Кропивницький клінічний психіатричний лікарня Кіровоградської обласної ради», г. Кропивницький, Украина; e-mail: annamakarenko1404@gmail.com

12. Happé F., Frith U. The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2006. Vol. 36, issue 1. P. 5–25. DOI: 10.1007/s10803-005-0039-0.
13. Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion / A. Klin [et al.]. *Nature*. 2009. Vol. 459, issue 7244. P. 257–261. DOI: 10.1038/nature07868.

References

1. Rossi, P. G., Parmeggiani, A., Bach, V., Santucci, M., & Viscinti, P. (1995). EEG features and epilepsy in patients with autism. *Brain and Development*, 17(3), 169–174. [http://dx.doi.org/10.1016/0387-7604\(95\)00019-8](http://dx.doi.org/10.1016/0387-7604(95)00019-8)
2. Tuchman, R., & Rapin, I. (2002). Epilepsy in autism. *The Lancet Neurology*, 1(6), 352–358. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(02\)00160-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(02)00160-6)
3. Danielsson, S., Gillberg, I. C., Billstedt, E., Gillberg, C., & Olsson, I. (2005). Epilepsy in young adults with autism: a prospective population-based follow-up study of 120 individuals diagnosed in childhood. *Epilepsia*, 46(6), 918–923. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.57504.x>
4. Levisohn, P. M. (2007). The autism–epilepsy connection. *Epilepsia*, 48(9), 33–35. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01399.x>
5. Gubbay, S. S., Lobascher, M., & Kingerlee, P. (1970). A neurological appraisal of autistic children: Results of a Western Australian survey. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 12(4), 422–429. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1970.tb01935.x>
6. Small, J. G. (1975). EEG and neurophysiological studies of early infantile autism. *Biological Psychiatry*, 10(4), 385–397.
7. Lee, B. H., Smith, T., & Paciorkowski, A. R. (2015). Autism spectrum disorder and epilepsy: disorders with a shared biology. *Epilepsy & Behavior*, 47, 191–201. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.017>
8. Viscidi, E. W., Triche, E. W., Pescosolido, M. F., McLean, R. L., Joseph, R. M., Spence, S. J., & Morrow, E. M. (2013). Clinical characteristics of children with autism spectrum disorder and co-occurring epilepsy. *PLoS one*, 8(7), e67797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067797>
9. Baron-Cohen, S. (2009). Autism: the empathizing–systemizing (E–S) theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 68–80. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x>
10. Baron-Cohen, S., Ashwin, E., Ashwin, C., Tavassoli, T., & Chakrabarti, B. (2009). Talent in autism: Hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. *Autism and talent*, 364(1522), 1377–1383. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0337>
11. Lovaas, O. I., Schreibman, L., Koegel, R., & Rehm, R. (1971). Selective responding by autistic children to multiple sensory input. *Journal of abnormal psychology*, 77(3), 211–222. <https://doi.org/10.1037/h0031015>
12. Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(1), 5–25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
13. Klin, A., Lin, D. J., Gorrindo, P., Ramsay, G., & Jones, W. (2009). Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. *Nature*, 459(7244), 257–261. <https://doi.org/10.1038/nature07868>

About the Authors:

MARTSENKOVSKY Igor Anatoliiovych, MD, PhD, Head of the Department of Mental disorders of Child and Adolescent Psychiatry, Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

SKRYPNYK Tetiana Oleksiivna, PhD-student, Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: tatynaskrypnik07@gmail.com

MARTSENKOVSKA Inna Ivanivna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Mental disorders of Child and Adolescent Psychiatry, Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: martenkovsky_urisfpda@ukr.net

ZDORYK Iryna Fedorivna, MD, PhD, Senior Research Officer of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department, 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

MAKARENKO Hanna Viacheslavivna, Head of the Children's Psychiatric Department, Communal non-profit institution "Regional Clinical Psychiatric Hospital of Kirovohrad Regional Council", Kropyvnytskyi, Ukraine; e-mail: annamakarenko1404@gmail.com

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 616.89-008.48:616-05:616.17-008.1:616.831-005.]-08+615.851+616-084

Т. П. Яворська

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА КОГНІТИВНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ
З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ СТРЕСОВОГО РИЗИКУ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Актуальність. Соматичне захворювання часто зумовлює появу зрушень у психоемоційній сфері, що відображають інтенсивність психічного дистресу та стан психологічної адаптації особистості до стресової ситуації.

Мета – вивчити особливості психоемоційного стану та когнітивного функціонування у хворих з цереброваскулярною патологією на різних етапах розвитку у взаємозв'язку з рівнем стресового ризику.

Матеріали та методи. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016–2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією на різних етапах розвитку захворювання та 47 умовно здорових осіб. У дослідженні використано «Симптоматичний опитувальник Александровича», тест «Аналізу стилю життя» та МОСА.

Результати. Підвищення рівня стресового ризику у пацієнтів з цереброваскулярною патологією поєднується зі зростанням рівня психоемоційного дистресу та зміною структури психопатологічних симптомів. У пацієнтів з цереброваскулярною патологією наявне зростання рівня психопатологічних проявів по осі рівня стресового ризику та осі етапності розвитку хвороби, що визначає здоров'яцентрований життєвий стиль та соматичне захворювання як важливі фактори психічного дистресу. Підвищений стресовий ризик поєднується з погіршенням когнітивної функції. Розвиток клінічних проявів цереброваскулярної патології та, особливо, стан після інсульту, супроводжується погіршенням когнітивної функції внаслідок органічного ураження головного мозку.

Висновки. Дослідження психоемоційного стану та когнітивного функціонування у взаємозв'язку з оцінкою діючих факторів стресового ризику має важливе значення для розробки комплексу заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів з цереброваскулярною патологією на основі здоров'яцентрованого підходу.

Ключові слова: психоемоційний стан, когнітивна функція, цереброваскулярна патологія, стресовий ризик, медико-психологічна допомога.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ
С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ СТРЕССОВОГО РИСКА

Т. П. Яворская

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

Актуальность. Соматическое заболевание часто приводит к появлению сдвигов в психоэмоциональной сфере, которые отражают интенсивность психического дистресса и состояние психологической адаптации личности к стрессовой ситуации.

Цель – изучить особенности психоэмоционального состояния и когнитивного функционирования у больных с цереброваскулярной патологией на разных этапах развития во взаимосвязи с уровнем стрессового риска.

Материалы и методы. На базе Харьковской областной клинической больницы – Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф на протяжении 2016–2018 годов было обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией на разных этапах течения болезни и 47 условно здоровых лиц. В исследовании был использован «Симптоматический опросник Александровича», тест «Анализа стиля жизни» и МОСА.

Результаты. Повышение уровня стрессового риска у пациентов с цереброваскулярной патологией сочетается с ростом уровня психоэмоционального дистресса и изменением структуры психопатологических симптомов. У пациентов с цереброваскулярной патологией наблюдается рост уровня психопатологических проявлений по оси уровня стрессового риска и оси этапности развития болезни, что определяет здоровьесцентрированный жизненный стиль и соматическое заболевание как важные факторы психического дистресса. Повышенный стрессовый риск сочетается с ухудшением когнитивной функции. Развитие клинических проявлений цереброваскулярной патологии и, особенно, состояние после инсульта, сопровождаются ухудшением когнитивной функции вследствие органического поражения головного мозга.

Выводы. Исследование психоэмоционального состояния и когнитивной функции во взаимосвязи с оценкой действующих факторов стрессового риска имеет важное значение для разработки комплекса мероприятий медико-психологической помощи для пациентов с цереброваскулярной патологией на основе здоровьесцентрированного подхода.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, когнитивная функция, цереброваскулярная патология, стрессовый риск, медико-психологическая помощь.

PSYCHOEMOTIONAL STATE AND COGNITIVE FUNCTION IN PATIENTS
WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY DEPENDING ON LEVEL OF STRESS RISK

T. P. Yavorska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Background. Somatic disease often causes psycho-emotional distress, reflecting the intensity of mental distress and the state of psychological adaptation person to a stressful situation.

Objective – to study the characteristics of the psychoemotional state and cognitive functioning in patients with cerebrovascular pathology at different stages of development in relation to the level of stress risk.

Materials and methods. At Kharkiv Regional Clinical Hospital – Emergency and Emergency Medicine Center during 2016–2018, observed 383 patients with cerebrovascular pathology on different stage of diseases and 47 healthy persons. In research we used Symptomatic questionnaire by Alexanrovich, “Lifestyle Analysis” test and MOCA.

Results. The high level of stress risk in patients with cerebrovascular pathology combined with an increasing of psychoemotional distress and a change in the structure of psychopathological symptoms. In patients with cerebrovascular pathology found growth psychopathological manifestations along the axis of stress risk and the axis period of the disease, which determines the health centered lifestyle and somatic disease as important factors of mental distress. Increased stress is combined with a cognitive impairment. The growth clinical manifestations of cerebrovascular disease and especially the state after a stroke accompanied with a cognitive impairment as a result of brain injury.

Conclusions. Investigation of the psycho-emotional and cognitive function state in connection with level of stress risk is important for the development of a complex psychological help for patients with cerebrovascular pathology based on a health-centered approach.

Keywords: psychoemotional state, cognitive function, cerebrovascular pathology, stress risk, psychological help.

For citation:

Yavorska T. P. Psychoemotional state and cognitive function in patients with cerebrovascular pathology depending on level of stress risk. *Arkhiv Psykhiatrii*, 2019, 25(2): 00–00. (In Ukr.)

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

Received / Поступила: 02.05.2019

Accepted / Прийнята до друку: 05.06.2019

Актуальність. На сьогодні цереброваскулярна патологія (ЦВП) є значною медичною та медико-психологічною проблемою, що зумовлено комплексом негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я пацієнтів у вигляді неврологічних розладів (парези, паралічі, дисфункція тазових органів, порушення зору), нейропсихологічних синдромів (афазії), психічних розладів (постінсультні депресії, тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, когнітивна дисфункція) та широкого спектра дезадаптивних психологічних реакцій.

У розвитку ЦВП вагому роль відіграють передуючі патофізіологічні стани (цукровий діабет, васкуліти, ожиріння, патологія гемостазу, остеохондроз, черепно-мозкові травми), та окремої уваги заслуговують серцево-судинні захворювання, як одна з провідних причин [1].

На етапі розвитку серцево-судинної патології психологічна складова представлена особистісними властивостями, особливостями копінгю та патернами подолання стресових ситуацій [2–6]. Встановлено специфічні поєднання психологічних факторів ризику для різних клінічних форм ішемічної хвороби серця, що поєднуються з минулими порушеннями мозкового кровообігу [7]. Артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця навіть належать до групи психосоматичних хвороб, для яких психологічні фактори є одними з провідних у розвитку та перебігу захворювання [8]. Виявляють коморбідність артеріальної гіпертензії та депресивного розладу [9–11]. Розвиток ЦВП на фоні кардіологічних захворювань обумовлює співіснування психологічних особливостей, притаманних пацієнтам із серцево-судинними хворобами, та безпосередньо викликаних змінами кровопостачання головного мозку.

Захворювання – це сильний стрес-фактор для особистості за рахунок множинних та поєднаних соматичних і психосоматичних впливів, соціальних наслідків, що відображається на її психоемоційному стані. Багато досліджень присвячено проблемі постінсультної депресії [12–15]. Ураження головного мозку після інсульту також часто призводить до розвитку когнітивної дисфункції, що потребує включення до реабілітаційних заходів інтервенцій, спрямованих на відновлення психічного здоров'я [16–18].

Привертають увагу дослідження у сфері вивчення ефективності психотерапевтичних методів лікування пацієнтів із цереброваскулярною патологією, що спрямовані на корекцію психоемоційної сфери та модифікацію життєвого стилю задля запобігання подальшому розвитку захворювання та його наслідкам [19–23].

Вивчення особливостей психоемоційного стану та когнітивної функції у взаємозв'язку із рівнем стресового

навантаження у пацієнтів з ЦВП дозволить розкрити важливі практичні аспекти розвитку та перебігу захворювання та розробити заходи медико-психологічної допомоги.

Мета – вивчити особливості психоемоційного стану та когнітивного функціонування хворих із цереброваскулярною патологією на різних етапах її розвитку у взаємозв'язку з рівнем стресового ризику.

Матеріали та методи дослідження

На базі Харківської обласної клінічної лікарні – Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016–2018 років обстежено 430 осіб, яких було поділено на 4 групи: група 1 (Г1) – 122 пацієнти, які мали серцево-судинні захворювання з кардіоваскулярним ризиком (КВР) розвитку ЦВП; група 2 (Г2) – 134 пацієнти з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак в анамнезі; група 3 (Г3) – 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ); група порівняння (ГП) – 47 умовно здорових осіб з відсутністю ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням.

У Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від 1 до 3 років, у Г2 клінічна симптоматика спостерігалася від 6 міс. до 2 років, пацієнти з Г3 перебували у періоді після ішемічного інсульту в терміні від 3 до 18 місяців. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,5 %, жінки склали 41,5 %. Пацієнти з гіпертонічною хворобою становили 59,8 %, з ішемічною хворобою серця – 40,2 %.

Для вивчення психоемоційного стану у пацієнтів з ЦВП застосовували «Симптоматичний опитувальник Александровича», який містить наступні діагностичні шкали: страх (фобії), депресивні розлади, занепокоєння (напруга), порушення сну, істеричні розлади, неврастеничні розлади, сексуальні розлади, дереалізація, нав'язливі стани, труднощі у соціальних контактах, іпохондричні розлади, психастенічні порушення, соматичні розлади; також визначали загальний показник рівня психопатологічної симптоматики. Враховуючи різну кількість запитань у кожній зі шкал, для уніфікації результатів дослідження виконано процедуру стандартизації. Для аналізу факторів потенційного стресового навантаження, які прогностично вказують на вищий ризик прояву дистресу в соматичній та психічній сферах, кожну з груп за допомогою Бостонського тесту на стресостійкість було поділено на підгрупи (тест «Аналізу стилю життя»): з помірним (ПСР), високим (ВСР) та надвисоким стресовим ризиком (нВСР). Когнітивне функціонування досліджували за допомогою «Монреальської шкали когнітивної оцінки» (МОСА). Статистичну обробку проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

Найвищий загальний рівень психопатологічних проявів виявлено у підгрупі опитуваних з нВСР, середній – у осіб з ВСР та найнижчий – з ПСР (відповідно 12,9±6,5 балів, 30,9±11,3 балів та 40,9±10,7 балів, $p < 0,001$) (табл. 1).

Спостерігали зростання вираженості напруженості психоемоційного дистресу по осі рівня стресового ризику «підгрупа з ПСР – підгрупа з ВСР – підгрупа з нВСР» за кожною зі складових: страх, депресивні розлади, занепокоєння, порушення сну, істеричні, неврастенічні, сексуальні, іпохондричні, психастенічні, соматичні розлади, дереалізація, нав'язливі стани, труднощі у соціальних контактах.

Порушення у психоемоційному стані в опитуваних з ПСР виражалися переважно розладами сну, дратівливістю, відчуттям фізичної та психічної втоми, помірним зниженням настрою, соматизацією тривожних проявів у вигляді функціональних соматичних симптомів.

У опитуваних з ВСР психопатологічний фон виявився вищим, провідними проявами були психічна напруга, дратівлива слабкість, суб'єктивне відчуття погіршення розумової продуктивності (швидка втомлюваність, зниження концентрації уваги, здатності до запам'ятовування, швидкості мислення), розлади сну, переживання стосовно стану власного здоров'я, страх розвитку ускладнень хвороби, гіпотимія, драматизація негативних подій, відчуття самотності на недооціненості, порушення міжособистісної взаємодії.

Особам з нВСР був притаманний найвищий рівень психопатологічних проявів з домінуванням психічної та соматизованої тривоги, надмірною сконцентрованістю на стані здоров'я, депресивним настроєм, відчуттям зниження розумової продуктивності, наростанням невпевненості, залежності від оточення, проблем у соціальній взаємодії.

Аналіз складових психоемоційного стану (табл. 2) по осі рівня стресового ризику та осі етапності розвитку ЦВП виявив зростання рівня психоемоційного дистресу в напрямку «підгрупа з ПСР – підгрупа з ВСР – підгрупа з

Таблиця 1. Напруженість психоемоційного стану залежно від рівня стресового ризику, $x \pm q$ (бали)

Шкала	Рівень стресового ризику		
	помірний	високий	надвисокий
Страх, фобії	16,8±11,3	26,4±14,0	34,1±15,3
Депресивні розлади	15,2±9,6	35,4±21,9	47,3±22,1
Занепокоєння (напруга)	17,5±11,1	37,2±16,5	45,0±15,6
Порушення сну	17,1±12,7	44,9±21,4	56,3±18,8
Істеричні розлади	13,1±9,9	32,4±19,5	40,9±19,9
Неврастенічні розлади	16,9±10,1	36,6±18,1	51,1±22,9
Сексуальні розлади	5,0±6,4	16,1±10,0	21,1±9,9
Дереалізація	3,1±3,9	16,5±11,6	23,5±10,6
Нав'язливі стани	5,8±6,0	19,1±15,4	29,7±21,0
Труднощі у соціальних контактах	11,8±12,0	35,2±23,0	50,5±26,7
Іпохондричні розлади	11,2±8,4	41,3±21,9	57,6±23,8
Психастенічні розлади	8,5±9,1	36,3±16,9	48,9±19,3
Соматичні розлади	14,4±7,5	31,3±15,4	41,2±15,0
Загальний рівень	12,9±6,5	30,9±11,3	40,9±10,7

Примітка. Достовірність різниці показників $p < 0,001$.

нВСР» та «умовно здорові – пацієнти з КВР – пацієнти з клінічними проявами – пацієнти після МІ», що вказувало на вагому роль здоров'яцентрованого життєвого стилю

Таблиця 2. Складові психоемоційного стану у досліджуваних підгрупах залежно від рівня стресового ризику, $x \pm q$ (бали)

Шкали	Стрес. ризик	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
Страх, фобії	ПСР	14,3±12,2	15,4±10,5	18,9±12,6	19,6±9,7
	ВСР	18,4±12,0	22,8±10,7	26,6±13,6	27,6±12,4
	нВСР	25,5±8,7	26,8±7,9	33,5±14,9	39,8±17,2
Депресивні розлади	ПСР	11,1±9,1	13,9±9,0	17,3±9,9	19,3±9,2
	ВСР	20,5±17,4	25,8±15,5	30,6±20,1	45,4±16,9
	нВСР	33,0±16,4	36,3±14,5	40,1±22,0	60,4±19,9
Занепокоєння (напруга)	ПСР	13,3±10,8	17,6±11,5	18,9±10,5	20,2±10,7
	ВСР	26,4±17,3	33,6±14,3	37,7±17,0	39,9±14,6
	нВСР	38,8±4,7	38,9±8,2	44,1±18,5	49,9±16,2
Порушення сну	ПСР	12,5±11,8	17,2±13,6	18,2±12,6	20,2±11,6
	ВСР	28,1±22,8	41,5±20,0	43,0±21,1	50,3±17,5
	нВСР	43,3±16,7	51,0±15,3	56,7±20,2	60,8±18,8
Істеричні розлади	ПСР	11,8±10,9	13,0±10,4	13,7±8,7	13,8±10,2
	ВСР	28,9±19,4	30,5±19,0	30,8±19,9	34,0±18,9
	нВСР	33,3±11,0	36,4±21,7	40,4±20,3	44,8±19,1
Неврастенічні розлади	ПСР	12,7±9,0	16,7±10,8	18,4±11,3	19,6±6,5
	ВСР	26,8±14,6	32,4±14,9	35,7±19,6	38,7±15,4
	нВСР	39,3±16,3	47,9±30,1	48,7±22,3	56,3±18,5
Сексуальні розлади	ПСР	3,9±6,3	4,6±6,3	5,4±6,1	6,4±7,4
	ВСР	12,1±10,6	14,2±10,0	15,0±9,9	17,9±8,6
	нВСР	19,4±9,8	19,8±10,7	20,2±10,5	22,7±9,2
Дереалізація	ПСР	2,4±3,5	2,9±3,6	3,4±3,6	4,0±5,2
	ВСР	12,0±10,4	13,8±10,4	15,0±10,1	19,1±12,3
	нВСР	17,0±3,5	19,6±6,0	23,2±11,0	26,7±11,9
Нав'язливі стани	ПСР	4,2±5,5	5,4±6,0	6,7±6,3	7,4±5,6
	ВСР	14,4±12,9	16,8±13,5	18,0±13,9	19,9±15,6
	нВСР	26,2±14,2	27,9±20,4	29,0±22,8	31,8±21,1
Труднощі у соціальних контактах	ПСР	9,2±11,2	10,4±11,3	12,8±13,6	16,3±11,2
	ВСР	22,1±14,7	26,5±14,1	33,5±24,2	42,6±22,5
	нВСР	32,9±13,6	38,4±22,8	46,7±30,1	62,2±22,6
Іпохондричні розлади	ПСР	6,1±8,4	10,2±8,5	13,0±7,8	16,2±6,0
	ВСР	23,8±15,1	32,6±14,3	39,5±21,1	49,8±20,1
	нВСР	47,6±8,4	51,3±21,4	56,5±25,1	63,3±24,5
Психастенічні розлади	ПСР	6,9±9,5	8,2±9,5	9,1±8,2	10,1±9,7
	ВСР	25,8±16,7	33,1±14,5	34,2±13,9	39,6±16,9
	нВСР	41,5±12,1	45,3±18,6	47,7±20,3	52,8±19,4
Соматичні розлади	ПСР	9,8±7,5	13,1±7,9	16,6±6,3	18,8±5,1
	ВСР	16,8±5,7	20,1±5,4	28,8±12,0	43,2±12,4
	нВСР	23,5±4,6	25,9±6,0	42,6±11,6	51,0±12,4
Загальний рівень	ПСР	9,6±7,0	12,1±6,8	14,5±5,6	16,0±4,2
	ВСР	19,8±8,3	24,7±6,9	29,1±8,8	37,1±8,4
	нВСР	29,3±3,5	32,2±6,0	40,4±9,5	47,7±9,1

Примітка. ПСР – помірний стресовий ризик, ВСР – високий стресовий ризик, нВСР – надвисокий стресовий ризик.

(дотримання здорового способу життя) та наявності факту соматичного захворювання як чинника розвитку порушень психічного здоров'я.

У таблиці 3 представлена структура складових психоемоційного стану за рівнем вираженості залежно від рівня стресового ризику та етапу розвитку хвороби.

Таблиця 3. Структура вираженості складових психоемоційного стану в опитуваних з помірним, високим та надвисоким стресовим ризиком, %

Шкали	Рів. напр.	ГП, n=47			Г1, n=122			Г2, n=134			Г3, n=127		
		Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В	Н	С	В
Страх, фобії	ПСП	88,9	11,1	–	94,1	5,9	–	84,0	16,0	–	87,5	12,5	–
	ВСП	91,3	8,7	–	87,3	12,7	–	75,3	23,4	1,3	66,7	31,8	1,5
	нВСП	83,3	16,7	–	84,0	16,0	–	62,5	28,1	9,4	40,0	42,2	17,8
Депресивні розлади	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	78,3	21,7	–	65,1	34,9	–	59,7	36,4	3,9	19,7	74,2	6,1
	нВСП	66,7	33,3	–	52,0	48,0	–	46,9	40,6	12,5	11,1	46,7	42,2
Занепокоєння (напруга)	ПСП	94,4	5,6	–	88,2	11,8	–	88,0	12,0	–	93,8	6,3	–
	ВСП	69,6	30,4	–	44,4	55,6	–	39,0	57,1	3,9	40,9	53,0	6,1
	нВСП	16,7	83,3	–	24,0	76,0	–	34,4	53,1	12,5	13,3	73,4	13,3
Порушення сну	ПСП	100	–	–	91,2	8,8	–	88,0	12,0	–	87,5	12,5	–
	ВСП	65,2	30,4	4,3	30,2	63,5	6,3	28,6	63,6	7,8	16,7	68,2	15,2
	нВСП	33,3	66,7	–	12,0	76,0	12,0	6,3	75,0	18,8	–	77,8	22,2
Істеричні розлади	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	78,3	21,7	–	68,3	30,2	1,6	70,1	24,7	5,2	62,1	31,8	6,1
	нВСП	33,3	66,7	–	52,0	40,0	8,0	37,5	56,3	6,3	28,9	62,2	8,9
Неврастенічні розлади	ПСП	94,4	5,6	–	88,2	11,8	–	84,0	16,0	–	93,8	6,3	–
	ВСП	65,2	34,8	–	55,6	44,4	–	53,2	42,9	3,9	40,9	56,1	3,0
	нВСП	50,0	50,0	–	44,0	44,0	12,0	34,4	40,6	25,0	11,1	62,2	26,7
Сексуальні розлади	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	97,0	3,0	–
	нВСП	100	–	–	92,0	8,0	–	90,6	9,4	–	88,9	11,1	–
Дереалізація	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	100	–	–	100	–	–	98,7	1,3	–	92,4	7,6	–
	нВСП	100	–	–	100	–	–	90,6	9,4	–	82,2	17,8	–
Нав'язливі стани	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	91,3	8,7	–	85,7	14,3	–	83,1	16,9	–	80,3	19,7	–
	нВСП	66,7	33,3	–	64,0	28,0	8,0	65,6	21,9	12,5	64,4	24,4	11,1
Труднощі у соціальних контактах	ПСП	94,4	5,6	–	94,1	5,9	–	88,0	12,0	–	93,8	6,3	–
	ВСП	73,9	26,1	–	57,1	42,9	–	50,6	39,0	10,4	31,8	56,1	12,1
	нВСП	50,0	50,0	–	40,0	48,0	12,0	40,6	31,	28,1	6,6	46,7	46,7
Іпохондричні розлади	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	73,9	26,1	–	44,4	55,6	–	36,4	53,2	10,4	15,2	66,7	18,2
	нВСП	–	100	–	12,0	68,0	20,0	12,5	53,1	34,4	6,7	48,9	44,4
Психастенічні розлади	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	69,6	30,4	–	46,0	54,0	–	42,9	57,1	–	37,9	53,0	9,1
	нВСП	16,7	83,3	–	24,0	64,0	12,0	25,0	53,1	21,9	13,4	62,2	24,4
Соматичні розлади	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	100	–	–	98,4	1,6	–	72,7	27,3	–	25,7	68,2	6,1
	нВСП	100	–	–	84,0	16,0	–	31,3	65,6	3,1	8,9	84,4	6,7
Загальний рівень	ПСП	100	–	–	100	–	–	100	–	–	100	–	–
	ВСП	95,7	4,3	–	92,1	7,9	–	71,4	28,6	–	36,4	63,6	–
	нВСП	100	–	–	64,0	36,0	–	31,3	68,8	–	4,4	93,3	2,3

Примітка. ПСП – помірний стресовий ризик, ВСП – високий стресовий ризик, нВСП – надвисоким стресовий ризик, Н – низька, С – середня та В – висока вираженість складової психоемоційного стану.

Таблиця 4. Порушення когнітивного функціонування у пацієнтів досліджуваних груп залежно від рівня стресового ризику

Рівень когнітивного функціонування	Рівень стресового ризику, %		
	ПСР	ВСР	нВСР
Низький	10,8	25,3	37,0
Високий	89,2	74,7	63,0

Примітка. ПСР – помірний стресовий ризик, ВСР – високий стресовий ризик, нВСР – надвисокий стресовий ризик.

Таблиця 5. Порушення когнітивного функціонування у досліджуваних групах, %

Рівень когнітивного функціонування	ГП, n=47			Г1, n=122			Г2, n=134			Г3, n=127		
	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР	ПСР	ВСР	нВСР
Низький	–	–	–	–	6,3	8,0	12,0	11,7	15,6	43,8	68,2	73,3
Високий	100	100	100	100	93,7	92,0	88,0	88,3	84,4	56,3	31,8	26,7

Примітка. ПСР – помірний стресовий ризик, ВСР – високий стресовий ризик, нВСР – надвисокий стресовий ризик.

Виявлено, що у підгрупі з ПСР переважала частка опитуваних з низькими показниками психопатологічних проявів, тоді як серед осіб з ВСР та нВСР значно зростала кількість респондентів із середніми та високими показниками.

Дослідження когнітивної функції показало зростання когнітивної дисфункції при збільшенні рівня стресового ризику (табл. 4, 5).

У пацієнтів з Г2 спостерігали наростання когнітивної дисфункції, порівняно з опитуваними із ГП та Г1, а у Г3 – виразні зміни когнітивних здібностей у зв'язку з органічним ураженням головного мозку після ішемічного інсульту.

Висновки

Підвищення рівня стресового ризику у пацієнтів з ЦВП поєднується зі зростанням рівня психоемоційного дистресу та зміною структури психопатологічних симптомів.

Психопатологічний профіль у осіб з ПСР характеризується переважно порушеннями сну, дратівливою слабкістю, нестійкими розладами настрою, що зникають при усуненні стресогенної ситуації. Опитувані з ВСР мають чітку тривожну симптоматику, у них зростають суб'єктивне відчуття зниження розумової продуктивності, акцентованість на стані здоров'я. Особам з нВСР притаманні тривалі тривожно-депресивні стани, що супроводжуються переживаннями невпевненості, залежності, порушенням міжособистісної взаємодії, зниженням відчуття розумової ефективності, сконцентрованістю на стані здоров'я.

У пацієнтів з ЦВП наявне зростання рівня психопатологічних проявів по осі рівня стресового ризику та осі етапності розвитку хвороби, що визначає здоров'яцентрований життєвий стиль та соматичне захворювання як важливі фактори психічного дистресу.

Підвищений стресовий ризик поєднується з погіршенням когнітивного функціонування, що загалом негативно відображається на опірності до стресу та здатності адаптуватися до стресової ситуації.

Розвиток клінічних проявів ЦВП та, особливо, стан після інсульту супроводжуються погіршенням когнітивного функціонування внаслідок органічного ураження центральної нервової системи.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні ефективності різних методів корекції пси-

хоемоційного стану та когнітивного функціонування з урахуванням стресового ризику, що є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги пацієнтам із ЦВП.

Список використаної літератури

1. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднев, А. О. Несен [та ін.]. *Український терапевтичний журнал*. 2013. №1. С. 102–107.
2. Мохначов О. В. Психологічні особливості хворих на гіпертонічну хворобу, поєдану з ішемічною хворобою серця, порушеннями пуринового обміну та ожирінням. *Вісник проблем біології і медицини*. 2017. Т. 3, № 4. С. 163–167.
3. Шевченко Н. Ф. Особистісні особливості хворих на гіпертонічну хворобу. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2014. Том 2, вип. 1, С. 193–197.
4. Маркова М. В., Бабич В. В. Медико-психологічні аспекти розвитку та перебігу хвороб системи кровообігу. *Новості медицини і фармації. Неврологія і психіатрія. Спеціалізований випуск*. 2008. № 243. С. 71–74.
5. Дьома І. С., Піддубний В. Л. Клініко-анамнестичні особливості хворих на серцево-судинні захворювання з різними типами іпохондричної симптоматики. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 9. С. 78–81. DOI: 10.26565/2312-5675-2018-9-11.
6. Психосоціальний стрес та негативний вплив макро- й мікросоціальних чинників як складова розвитку хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова [та ін.]. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2008. № 4. С. 336–348.
7. Чапала Т. В. Влияние психологических факторов на отягощение соматического состояния пациентов с ишемической болезнью сердца. *Вестник Орловского государственного университета*. 2011, № 5 (19). С. 397–400.
8. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
9. Abreu-Silva E. O., Todeschini A. B. Depression and its relation with uncontrolled hypertension and increased cardiovascular risk. *Curr Hypertens Rev*. 2014. Vol. 10, issue 1. P. 8–13. DOI: 10.2174/15734021100114111144533.
10. Zhang Y., Chen Y., Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. 2018. Vol. 47. P. 1–5. DOI: 10.1016/j.jocn.2017.09.022.
11. Graham N., Smith D. J. Comorbidity of depression and anxiety disorders in patients with hypertension. *J Hypertens*. 2016. Vol. 34 (3). P. 397–398. DOI: 10.1097/HJH.0000000000000850.
12. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder / A. J. Mitchell, B. Sheth, J. Gill [et al.]. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017. Vol. 47. P. 48–60. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001.
13. Paolucci S. Advances in antidepressants for treating post-stroke depression. *Expert Opin Pharmacother*. 2017. Vol. 18, issue 10. P. 1011–1017. DOI: 10.1080/14656566.2017.1334765.
14. Poststroke Post-Traumatic Stress Disorder: A Review / A. L. Garton, J. A. Sisti, V. P. Gupta [et al.]. *Stroke*. 2017. Vol. 48, issue 2. P. 507–512. DOI: 10.1161/STROKEAHA.116.015234.
15. Effectiveness of psychological interventions in chronic stage of stroke: a systematic review / S. Mehta, S. Pereira, S. Janzen [et al.]. *Top Stroke Rehabil*. 2012. Vol. 19, issue 6. P. 536–544. DOI: 10.1310/tsr1906-536.
16. Post-stroke cognitive impairment – A cross-sectional comparison study between mild cognitive impairment of vascular and non-vascular etiology / K. P. Divya, R. N. Menon, R. P. Varma [et al.]. *J Neurol Sci*. 2017. Vol. 15, issue 372. P. 356–362. DOI: 10.1016/j.jns.2016.10.031.

17. Post-stroke depression, obstructive sleep apnea, and cognitive impairment: Rationale for, and barriers to, routine screening / R. H. Swartz, M. Bayley, K. L. Lanctôt [et al.]. *Int J Stroke*. 2016. Vol. 11, issue 5. P. 509–518. DOI: 10.1177/1747493016641968.
18. Kalaria R. N., Akinyemi R., Ihara M. Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochim Biophys Acta*. 2016. Vol. 1862, issue 5. P. 915–925. DOI: 10.1016/j.bbdis.2016.01.015.
19. Different interventions for post-ischaemic stroke depression in different time periods: a single-blind randomized controlled trial with stratification by time after stroke / J. Gao, M. Lin, J. Zhao [et al.]. *Clin Rehabil*. 2017. Vol. 31, issue 1. P. 71–81. DOI: 10.1177/0269215515626232.
20. Tolbaños Roche L., Miró Barrachina M. T., Ibáñez Fernández I., Betancort M. YOGA and self-regulation in management of essential arterial hypertension and associated emotional symptomatology: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2017. Vol. 29. P. 153–161. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.09.012.
21. Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial / K. Blom, B. Baker, M. How [et al.]. *Am J Hypertens*. 2014. Vol. 27, issue 1. P. 122–129. DOI: 10.1093/ajh/hpt134.
22. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 7. Recommendations on stress management. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada / J. D. Spence, P. A., W. Linden [et al.]. *CMAJ*. 1999. Vol. 160, Suppl. 9. P. 46–50.
23. Hadidi N. N., Huna Wagner R. L., Lindquist R. Nonpharmacological treatments for post-stroke depression: an integrative review of the literature. *Res Gerontol Nurs*. 2017. Vol. 10, issue 4. P. 182–195. DOI: 10.3928/19404921-20170524-02.
- ence of psychological factors on the aggravation of the somatic state of patients with coronary heart disease]. *Vestnik Orlovskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of the Oryol State University*, 5(19), 397–400. (In Russian).
8. Aleksander, F. (2002). *Psichosomaticheskaja medicina. Principy i prakticheskoe primeneniye* [Psychosomatic medicine. Principles and Practical Application]. S. Moglevskij, Trans. Moscow: JEKSMO-Press, 352 p. (In Russian).
9. Abreu-Silva, E. O., & Todeschini, A. B. (2014). Depression and its relation with uncontrolled hypertension and increased cardiovascular risk. *Curr Hypertens Rev*, 10(1), 8–13. <https://doi.org/10.2174/15734021100114111144533>
10. Zhang, Y., Chen, Y., & Ma, L. (2018). Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*, 47, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2017.09.022>
11. Graham, N., & Smith, D. J. (2016). Comorbidity of depression and anxiety disorders in patients with hypertension. *J Hypertens*, 34(3), 397–398. <https://doi.org/10.1097/HJH.00000000000008050>
12. Mitchell, A. J., Sheth, B., Gill, J., Yadegarfar, M., Stubbs, B., Yadegarfar, M., & Meader, N. (2017). Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. *Gen Hosp Psychiatry*, 47, 48–60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001>
13. Paolucci, S. (2017). Advances in antidepressants for treating post-stroke depression. *Expert Opin Pharmacother*, 18(10), 1011–1017. <http://dx.doi.org/10.1080/14656656.2017.1334765>
14. Garton, A. L., Sisti, J. A., Gupta, V. P., Christophe, B. R., & Connolly, E. S. Jr. (2017). Poststroke Post-Traumatic Stress Disorder: A Review. *Stroke*, 48(2), 507–512. <http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.015234>
15. Mehta, S., Pereira, S., Janzen, S., McIntyre, A., McClure, A., & Teasell, R. W. (2012). Effectiveness of psychological interventions in chronic stage of stroke: a systematic review. *Top Stroke Rehabil*, 19(6), 536–544. <http://dx.doi.org/10.1310/tsr1906-536>
16. Divya, K. P., Menon, R. N., Varma, R. P., Sylaja, P. N., Thomas, B., Kesavadas, C., ... Deepak, S. (2017). Post-stroke cognitive impairment – A cross-sectional comparison study between mild cognitive impairment of vascular and non-vascular etiology. *J Neural Sci*, 15(372), 356–362. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2016.10.031>
17. Swartz, R. H., Bayley, M., Lanctôt, K. L., Murray, B. J., Cayley, M. L., Lien, K., ... Herrmann, N. (2016). Post-stroke depression, obstructive sleep apnea, and cognitive impairment: Rationale for, and barriers to, routine screening. *Int J Stroke*, 11(5), 509–518. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493016641968>
18. Kalaria, R. N., Akinyemi, R., & Ihara, M. (2016). Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochim Biophys Acta*, 1862(5), 915–925. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbdis.2016.01.015>
19. Gao, J., Lin, M., Zhao, J., Bi, S., Ni, Z., & Shang, X. (2017). Different interventions for post-ischaemic stroke depression in different time periods: a single-blind randomized controlled trial with stratification by time after stroke. *Clin Rehabil*, 31(1), 71–81. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215515626232>
20. Tolbaños Roche, L., Miró Barrachina, M. T., Ibáñez Fernández, I., & Betancort, M. (2017). YOGA and self-regulation in management of essential arterial hypertension and associated emotional symptomatology: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*, 29, 153–161. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.09.012>
21. Blom, K., Baker, B., How, M., Dai, M., Irvine, J., Abbey, S., ... Tobe, S. W. (2014). Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial. *Am J Hypertens*, 27(1), 122–129. <http://dx.doi.org/10.1093/ajh/hpt134>
22. Spence, J. D., Barnett, P. A., Linden, W., Ramsden, V., & Taenzer, P. (1999). Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 7. Recommendations on stress management. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ*, 160(9), 46–50.
23. Hadidi, N. N., Huna Wagner, R.L. & Lindquist, R. (2017). Nonpharmacological treatments for post-stroke depression: an integrative review of the literature. *Res Gerontol Nurs*, 10(4), 182–195. <http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20170524-02>

References

1. Fadeenko, G. D., Gridnev, O. E., Nesen, A. O., Chernyshov, V. A., Grunchenko, M. M., & Shcapo, V. L. (2013). Komorbidnist i vysokiy kardiovaskularniy rizyk–kliuchovi pytannia suchasnoi medytsyny [Comorbidity and high cardiovascular risk are the major questions of modern medicine]. *Ukrainskyi terapevtychny zhurnal – Ukrainian Therapeutic Journal*, 1, 102–107. (In Ukrainian).
2. Mokhnachov, A. V. (2017). Psykholohichni osoblyvosti khvorykh na hipertoniichnu khvorobu, pochednanu z ishemichnoiu khvoroboioiu sertsia, porushenniamy purynovoho obminu ta ozhyrinniam [Psychological features of patients with hypertension in combination with ischemic disease, impaired purine metabolism and obesity]. *Visnyk problem biologii i medytsyny – Bulletin of problems biology and medicine*, 3(4), 163–167. (In Ukrainian).
3. Shevchenko, N. F. (2014). Osobystisni osoblyvosti khvorykh na hipertoniichnu khvorobu [Personality features of hypertension patients]. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Seriya «Psykholohichni nauky» – Scientific Bulletin of Kherson State University. Series «Psychological Sciences»*, 2(1), 193–197. (In Ukrainian).
4. Markova, M. V., & Babych, V. V. (2008). Medyko-psykholohichni aspekty rozvytku ta perebihu khvorob systemy krovoobihu [Medico-psychological aspects of development and course of diseases of the circulatory system]. *Novosti medycyny i farmacii. Nevrologija i psihiatrija. Specializovannyj vypusk – News of medicine and pharmacy. Neurology and psychiatry. Specialized Issue*, 243, 71–74. (In Ukrainian).
5. Dema, I. S., & Pidlubny, V. L. (2018). Kliniko-anamnestychni osoblyvosti khvorykh na sertevo-sudynni zakhvoriuвання z riznymy typaramy ipokhondrychnoi symptomatyky [Clinical and anamnestychni osoblyvosti khvorykh with different types of iopochondric symptoms]. *Psychiatry, neurology and medical psychology – Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia*, 9, 78–81. <http://dx.doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-11> (In Ukrainian).
6. Markova, M. V., Babych, V. V., Stepanova, N. M., Bakhtiarova, S. A., & Lysenko, I. O. (2008). Psykhosotsialnyi stres ta nehatyvnyi vplyv makro- y mikro-sotsialnykh chynnykiv yak skladova rozvytku khvorob systemy krovoobihu [Psychosocial stress and the negative impact of macro- and micro-social factors as a component of cardiovascular disease development]. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobitynykiv NMAPO im. P. L. Shupyska – Collection of scientific works of staff members of NMAPE*, 4, 336–348. (In Ukrainian).
7. Chapala, T. V. (2011). Vliianie psichologicheskikh faktorov na otjagoshhenie somaticheskogo sostojaniya pacientov s ishemicheskoy bolezn'ju serdca [The influ-

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>

Р. Р. Яремкевич

АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦІЄНТІВ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ
З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО СВЕРБЕЖУ

Медичний центр «Асклепій», м. Ужгород, Україна

Актуальність. Алекситимія – це психологічний феномен, що часто супроводжує психосоматичні стани та прояви.

Мета – вивчити вираженість та особливості прояву алекситимії у пацієнтів дерматологічного профілю з синдромом хронічного свербіжжю.

Матеріали та методи. На базі медичного центру «Асклепій» протягом 2016–2018 років були обстежені 134 дерматологічні пацієнти з синдромом хронічного свербіжжю: 62,7 % осіб хворіли на atopічний дерматит, 23,9 % – псоріаз та 13,4 % – себорейний дерматит. Вік пацієнтів коливався від 21 до 56 років. Жінки становили 65,7 %, чоловіки – 34,3 %. У дослідженні застосовано комп'ютерний додаток «Електронний калькулятор хронічного свербіжжю» та «ТАШ-20».

Результати. У пацієнтів з дерматологічною патологією визначався підвищений рівень алекситимії, що проявлялося труднощами у розпізнаванні емоцій, описі почуттів, орієнтацією на мислення та протидію усвідомленню ролі та впливу переживань, знецінення емоцій як психологічного феномену. У хворих дерматологічного профілю виявлено поєднання високої інтенсивності хронічного свербіжжю з високими рівнями алекситимії.

Висновки. Психокорекція високого рівня прояву алекситимії є важливою складовою комплексу заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів дерматологічного профілю з синдромом хронічного свербіжжю.

Ключові слова: алекситимія, дерматологія, психодерматологія, хронічний свербіж, медико-психологічна допомога.

АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОГО ЗУДА

Р. Р. Яремкевич

Медицинский центр «Асклепий», г. Ужгород, Украина

Актуальность. Алекситимия – это психологический феномен, который часто сопровождает психосоматические состояния и проявления.

Цель – изучить выраженность и особенности проявления алекситимии у пациентов дерматологического профиля с синдромом хронического зуда.

Материалы и методы. На базе медицинского центра «Асклепий» на протяжении 2016–2018 годов были обследованы 134 дерматологических пациента с синдромом хронического зуда: 62,7 % лиц страдали atopическим дерматитом, 23,9 % – псориазом и 13,4 % – себорейным дерматитом. Возраст пациентов колебался от 21 до 56 лет. Женщины составляли 65,7 %, мужчины – 34,3 %. В исследовании были применены компьютерное приложение «Электронный калькулятор хронического зуда» и «ТАШ-20».

Результаты. У пациентов с дерматологической патологией определялся повышенный уровень алекситимии, что проявлялось трудностями в распознавании эмоций, описании чувств, ориентацией на мышление в противовес осознанию роли и влияния переживаний, обесценивание эмоций как психологического феномена. У больных дерматологического профиля выявлено сочетание высокой интенсивности хронического зуда с высокими уровнями алекситимии.

Выводы. Психокоррекция высокого уровня проявления алекситимии является важной составляющей комплекса мероприятий медико-психологической помощи для пациентов дерматологического профиля с синдромом хронического зуда.

Ключевые слова: алекситимия, дерматология, психодерматология, кожный зуд, медико-психологическая помощь.

ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH DERMATOLOGICAL DISORDERS AND CHRONIC PRURITUS

R. R. Yaremkevych

Medical Center "Asklepius", Uzhgorod, Ukraine

Background. Alexithymia is a psychological phenomenon that often accompanies psychosomatic states and manifestations.

Objective – to study the severity and features of the manifestation of alexithymia in patients with a dermatological profile with chronic pruritus syndrome.

Materials and methods. At medical center "Asklepius" during 2016–2018 years, observed 134 patients with dermatological disorders with chronic pruritus. 62.7% of patients had atopical dermatitis, 23.9% had psoriasis and 13.4% had seborrheic dermatitis. Patients' age ranged from 21 to 56 years. Women accounted for 65.7%, men – 34.3%. In study we used such research methods: psychodiagnostic, including the computer application "Electronic calculator of chronic pruritus" and TAS-20-r, statistical.

Results. Patients with dermatologic pathology had high level of alexithymia (66,56±8,66 in patients with atopical dermatitis, 68,5±8,12 in patients with psoriasis, 68,17±7,85 in patients with seborrheic dermatitis). High level of alexithymia characterized by difficulties in recognizing emotions (26,04±4,19 in patients with atopical dermatitis, 27,22±3,5 in patients with psoriasis, 26,0±3,56 in patients with seborrheic dermatitis), describing feelings (17,71±2,27 in patients with atopical dermatitis, 18,03±2,25 in patients with psoriasis, 18,28±2,16 in patients with seborrheic dermatitis), focusing on thinking (22,81±3,29 in patients with atopical dermatitis, 23,25±3,32 in patients with psoriasis, 23,89±3,63 in patients with seborrheic dermatitis), and depreciated emotions as a psychological phenomenon. In patients with dermatological diseases found combination of high intensity of chronic pruritus with high levels of alexithymia.

Conclusions. Psychocorrection of high level of alexithymia is an important component of a complex psychological help for patients with dermatological diseases and chronic pruritus.

Keywords: alexithymia, dermatology, psychodermatology, chronic pruritus, psychological help.

For citation: Yaremkevych R. R. Alexithymia in patients with dermatological disorders and chronic pruritus. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25 (2): 00–00. (In Ukr.).

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

Received / Поступила: 18.04.2019

Accepted / Прийнята до друку: 23.05.2019

Актуальність. Хронічний свербіж (ХС) – це обтяжливе дискомфортне відчуття, що супроводжується бажанням постійно розчухувати шкіру, яке триває більше 6 тижнів [1].

Синдром ХС визначається у близько 14 % дорослого населення, яке звертається за медичною допомогою [2]. Свербіж можуть викликати різноманітні соматичні – дер-

матологічна, неврологічна, системна, онкологічна патологія, та психічні захворювання – соматоформні розлади [1].

Синдром свербіжів часто супроводжує захворювання шкіри та трапляється при atopічному дерматиті, псоріазі, екземі, стрептодермії тощо [3, 4]. Наявність ХС при дерматологічній патології негативно впливає на різні сфери функціонування пацієнтів – психологічну, соматичну, психосоціальну, що виражається у психоемоційних реакціях, зниженні працездатності, якості життя, погіршенні міжособистісної взаємодії [5–8]. Рівень дискомфорту, який спричиняє ХС, у ряді досліджень прирівнюють до наслідків хронічного болювого синдрому, що, як відомо, є одним з найбільш стресових патофізіологічних станів [9, 10].

Окрему медичну проблему становить лікування ХС. Терапія свербіжів включає застосування традиційного медикаментозного підходу та психофармакотерапії, що вказує на не лише суто фізіологічні, а й психологічні механізми формування вказаного синдрому [11, 12].

Алекситимію вважають однією з психопатогенетичних причин розвитку психосоматичних проявів, що пояснюється відсутністю механізму вербалізації емоційних станів, та, відповідно, соматизацією переживань. Маскування психологічних реакцій чи психічних розладів соматичним симптомом у сучасній медичній практиці набуває важливого значення, утруднюючи діагностику та лікування. Часто пацієнти з психосоматичними розладами тривалий час отримують непрофільну допомогу – лікують соматичну патологію, не враховуючи психологічної складової.

Особливості перебігу та лікування ХС визначають необхідність у більш глибокому дослідженні психологічних особливостей пацієнтів із даним синдромом з метою розробки комплексних заходів медико-психологічної допомоги.

Мета – вивчити вираженість та особливості прояву алекситимії у пацієнтів дерматологічного профілю з синдромом хронічного свербіжів.

Матеріали та методи дослідження

На основі інформованої згоди на базі медичного центру «Асклепій» (м. Ужгород) протягом 2016–2018 років виконано психологічне дослідження 134 пацієнтів дерматологічного профілю з синдромом ХС. За діагнозами пацієнти розподілилися наступним чином: 62,7 % осіб хворіли на atopічний дерматит, 23,9 % – на псоріаз та 13,4 % – на себорейний дерматит. Вік пацієнтів коливався від 21 до 56 років. Жінки становили 65,7 %, чоловіки – 34,3 %.

За допомогою комп'ютерного додатку «Електронний калькулятор хронічного свербіжів» опитуваних було поділено на групи відповідно до вираженості синдрому ХС: з низькою інтенсивністю – ГН, n=42 (31,3 %); з середньою інтенсивністю – ГС, n=55 (41,0 %); з високою інтенсивністю – ГВ, n=37 (27,6 %).

Для дослідження психологічного феномену алекситимії було використано переглянуту версію опитувальника «Торонтська алекситимічна шкала, ТАШ-20-г», який містить шкали: труднощі ідентифікації емоцій (діапазон середніх значень – 19,35±7,0), труднощі опису почуттів (13,22±4,06), зовнішньо-орієнтоване мислення (20,06±4,76) та загальний рівень алекситимії (52,62±12,74) [13]. За даною методикою підвищений рівень алекситимії

реєструється при перевищенні 60 балів. Для статистичної обробки даних використовували MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення

Виявлено, що загальний рівень алекситимії у пацієнтів з дерматологічною патологією був підвищений у кожній нозологічній групі (більше 61 бала) (табл. 1). Відмінності у вираженості окремих складових алекситимії статистично не відрізнялися.

Таблиця 1. Компоненти та загальний рівень алекситимії у пацієнтів з хронічним свербіжем за нозологіями, x±m

Шкали	Атопічний дерматит, n=84	Псоріаз, n=32	Себорейний дерматит, n=18
Труднощі ідентифікації емоцій, бали	26,04±4,19	27,22±3,5	26,0±3,56
Труднощі опису почуттів, бали	17,71±2,27	18,03±2,25	18,28±2,16
Зовнішньо-орієнтоване мислення, бали	22,81±3,29	23,25±3,32	23,89±3,63
Загальний рівень, бали	66,56±8,66	68,5±8,12	68,17±7,85

Аналіз компонентів алекситимії в залежності від інтенсивності синдрому ХС виявив суттєві відмінності між групами (табл. 2). З'ясовано, що у дерматологічних пацієнтів по мірі підвищення рівня свербіжів зростали:

- труднощі у розпізнаванні емоцій (24,1±4,79 балів у ГН, 26,69±3,05 балів у ГС та 28,27±2,81 балів у ГВ, p<0,05);
- проблеми з описом власних почуттів (відповідно 16,76±2,27 балів, 17,8±2,04 балів та 19,22±1,8 балів, p<0,05);
- зовнішньо-орієнтоване мислення (21,48±3,24 балів, 23,33±2,5 балів та 24,46±3,58 балів, p<0,05);
- загальний рівень алекситимії (62,33±9,45 балів, 67,82±6,01 балів та 71,95±7,39 балів, p<0,05).

Таблиця 2. Компоненти та загальний рівень алекситимії залежно від інтенсивності хронічного свербіжів, x±m

Шкали	Легкий рівень ХС, ГН, n=42	Помірний рівень ХС, ГС, n=55	Високий рівень ХС, ГВ, n=37
Труднощі ідентифікації емоцій, бали	24,1±4,79*	26,69±3,05*	28,27±2,81*
Труднощі опису почуттів, бали	16,76±2,27*	17,8±2,04*	19,22±1,8*
Зовнішньо-орієнтоване мислення, бали	21,48±3,24*	23,33±2,5*	24,46±3,58*
Загальний рівень, бали	62,33±9,45*	67,82±6,01*	71,95±7,39*

Примітка. *p<0,05.

Дослідження алекситимії в залежності від рівня вираженості ХС серед пацієнтів з atopічним дерматитом також показало вищу вираженість її компонентів по мірі зростання соматичного симптому (табл. 3). У пацієнтів з псоріазом та себорейним дерматитом відмінностей у

вираженості складових та загальному рівні алекситимії залежно від рівня ХС виявлено не було, що може бути зумовлено величиною вибірки (табл. 4, 5).

Таблиця 3. Компоненти та загальний рівень алекситимії залежно від інтенсивності хронічного свербіжу в пацієнтів з atopічним дерматитом, х±п

Шкали	Легкий рівень ХС, n=26	Помірний рівень ХС, n=32	Високий рівень ХС, n=26
Труднощі ідентифікації емоцій, бали	23,46±5,34*	26,44±2,92*	28,12±2,75*
Труднощі опису почуттів, бали	16,54±2,44*	17,59±2,08*	19,04±1,61*
Зовнішньо-орієнтоване мислення, бали	21,23±3,22*	23,13±2,64*	24,0±3,58*
Загальний рівень, бали	61,23±10,3*	67,16±5,88*	71,15±6,94*

Примітка. *p<0,05.

Таблиця 4. Компоненти та загальний рівень алекситимії залежно від інтенсивності хронічного свербіжу в пацієнтів з псоріазом, х±п

Шкали	Легкий рівень ХС, n=9	Помірний рівень ХС, n=16	Високий рівень ХС, n=7
Труднощі ідентифікації емоцій, бали	25,89±3,62	27,25±3,51	28,86±3,02
Труднощі опису почуттів, бали	16,89±2,09	18,13±2,22	19,29±2,06
Зовнішньо-орієнтоване мислення, бали	21,56±4,0	23,44±2,25	25,0±3,87
Загальний рівень, бали	64,33±9,15	68,81±6,62	73,14±8,25

Таблиця 5. Компоненти та загальний рівень алекситимії залежно від інтенсивності хронічного свербіжу в пацієнтів із себорейним дерматитом, х±п

Шкали	Легкий рівень ХС, n=7	Помірний рівень ХС, n=7	Високий рівень ХС, n=4
Труднощі ідентифікації емоцій, бали	24,14±3,76	26,57±2,82	28,25±3,5
Труднощі опису почуттів, бали	17,43±1,99	18,0±1,53	20,25±2,63
Зовнішньо-орієнтоване мислення, бали	22,29±2,5	24,0±2,65	26,5±5,74
Загальний рівень, бали	63,86±6,49	68,57±5,56	75,0±9,83

Тобто, у пацієнтів з високим рівнем ХС були наявні виразні ознаки алекситимії, які проявлялися у неможливості розуміти свій емоційний стан, ставлення до оточуючих, розбиратися у почуттях, називати їх, відносити до певної категорії (позитивні чи негативні), оцінювати значимість та вплив на поточний психологічний стан та поведінку, небажання емоційно залучатися у ситуацію, раціоналізація, установка щодо непотрібності (зайвості) почуттів як феномену, наявність невизначених відчуттів у тілі.

Висновки

У пацієнтів з дерматологічною патологією визначається підвищений рівень алекситимії, що проявляється труднощами у розпізнаванні емоцій, описі почуттів, орієнтацією на мислення та противагу усвідомленню ролі та впливу переживань, знеціненню емоцій як психологічного феномену.

У хворих дерматологічного профілю виявлено поєднання високої інтенсивності хронічного свербіжу з високими рівнями алекситимії, що визначає її як важливу мішень комплексу заходів медико-психологічної допомоги для вказаної категорії пацієнтів.

Список використаної літератури

- European guideline on chronic pruritus / E. Weisshaar, J. C. Szepletowski, U. Darsow [et al.]. *Acta Derm Venereol.* 2012. Vol. 92, issue 5. P. 563–581. DOI: 10.2340/00015555-1400.
- 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/ahe.09.84.
- 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.
- 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.
- Yosipovitch G., Bernhard J. D. Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med.* 2013. Vol. 368, issue 17. P. 1625–1634. DOI: 10.1056/NEJMcp1208814.
- 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.
- 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.
- 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. *ActaDermVenereol.* 2016. Vol. 96, issue 3. P. 331–335. DOI: 10.2340/00015555-2263.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е. Г. Старостина, Г. Д. Тэйлор, Л. К. Квилти [и др.]. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2010. Т. 20, вып. 4. С. 31–38.

References

- Weisshaar, E., Szepletowski, 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://dx.doi.org/10.2340/00015555-1400>
- 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>
- 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>
- 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
- Yosipovitch, G., & Bernhard, J. D. (2013). Clinical practice. Chronic pruritus. *N Engl J Med.*, 368(17), 1625–1634. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1208814>
- 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>
- 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. *ActaDermVenereol.*, 96(3), 331–335. <https://doi.org/10.2340/00015555-2263>
9. Kini, S. P., DeLong, L. K., Veledar, E., McKenzie-Brown, A. M., Schaufele, 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. Starostina, E.G., Taylor, G. D., Quilty, L., Bobrov, A. E., Moshnyaga, E. N., Puzyreva, N. V., ... Bagby, R. M. (2010). Torontskaja shkala aleksitimii (20 punktov): validizacija ruskojazychnoj versii na vyborke terapevticheskikh bol'nyh [A new 20-item version of the Toronto alexithymia scale: validation of the russian language translation in a sample of medical patients]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, 20(4), 31–38. (In Russian).

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 616.89-003.96-053.7-08-084

М. М. Хаустов

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Студентство – це особливий період, який характеризується високим рівнем навантаження та стресу. В останні роки в студентській популяції зростає поширеність розладів адаптації, що є вагомою медико-психологічною та соціальною проблемою, яка несприятливо позначається на ефективності майбутньої професійної діяльності.

Мета – на основі системного підходу до вивчення механізмів формування станів дезадаптації студентів-медиків розробити систему психотерапевтичної корекції та психопротективної підтримки в період професійної підготовки фахівця.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 412 студентів II–V курсів Харківського національного медичного університету обох статей у віці 17–22 років. Усіх обстежених було поділено на три групи: 1 група – 215 студентів – мешканців східної України; 2 група – 87 студентів – мешканців Луганської та Донецької областей, які поступили на навчання у ХНМУ до початку АТО; 3 група – 110 студентів – переселенців з зони АТО. Методи дослідження: клініко-психопатологічний; анамнестичний; психодіагностичний та статистичний.

Результати. Встановлено, що структура розладів адаптації представлена депресивним, неврастенічним, тривожним та дисоціативним синдромокомплексами. Базуючись на отриманих даних ми розробили систему медико-психологічної підтримки студента-медика у період навчання, яка передбачає застосування комплексного психотерапевтичного, психоосвітнього та психопротективного впливів.

Висновки. Доведена ефективність запропонованої системи медико-психологічної підтримки, встановлена позитивна динаміка психічного стану, швидка редукція тривожної та депресивної симптоматики, нормалізація емоційного стану, підвищення психофізичної активності студентів, зміна копінг-стратегій на конструктивні.

Ключові слова: стани психічної дезадаптації, студенти-медики, фактори ризику, система медико-психологічної підтримки.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

М. Н. Хаустов

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Актуальность. Студенчество – это особый период, который характеризуется высоким уровнем нагрузки и стресса. В последние годы в студенческой популяции растет распространенность расстройств адаптации, что является весомой медико-психологической и социальной проблемой, неблагоприятно сказывается на эффективности будущей профессиональной деятельности.

Цель – на основе системного подхода к изучению механизмов формирования состояний дезадаптации студентов-медиков разработать систему психотерапевтической коррекции и психопротективной поддержки в период профессиональной подготовки специалиста.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 412 студентов II–V курсов Харьковского национального медицинского университета обоего пола в возрасте 17–22 лет. Все обследованные были поделены на три группы: 1 группа – 215 студентов – жителей восточной Украины; 2 группа – 87 студентов – жителей Луганской и Донецкой областей, поступивших на обучение в ХНМУ до начала АТО; 3 группа – 110 студентов – переселенцев из зоны АТО. Методы исследования: клинико-психопатологический; анамнестический; психодиагностические и статистический.

Результаты. Установлено, что структура расстройств адаптации представлена депрессивным, неврастеническим, тревожным и диссоциативным синдромокомплексами. Основываясь на полученных данных мы разработали систему медико-психологической поддержки студента-медика в период обучения, которая предусматривает применение комплексного психотерапевтического, психообразовательного и психопротективного воздействий.

Выводы. Доказана эффективность предложенной системы медико-психологической поддержки, установлена положительная динамика психического состояния, быстрая редукция тревожной и депрессивной симптоматики, нормализация эмоционального состояния, повышение психофизической активности студентов, изменение копинг-стратегий на конструктивные.

Ключевые слова: состояния психической дезадаптации, студенты-медики, факторы риска, система медико-психологической поддержки.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL DISADAPTATION OF STUDENTS AT A MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION

M. M. Khaustov

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. Education in university is a special period which characterized by a high level of stress and stress. In recent years, the prevalence of adaptation disorders has been growing in the student population, which is a significant medical, psychological and social problem, adversely affecting the effectiveness of future professional activities.

Objective – to develop a system of psychotherapeutic correction and psycho-prophylactic support during the period of professional education on the basis of a systematic approach to studying the mechanisms of formation of mental disadaptation states of medical students.

Materials and methods. A comprehensive examination of 412 students of II – V courses of the Kharkov National Medical University of both sexes and aged 17–22 years was conducted. All examined were divided into three groups: 1 group - 215 students - were residents of eastern Ukraine; 2 group - 87 students - were residents of the Lugansk and Donetsk regions, who entered the KNMU before the start of the ATO; 3 group - 110 students - were immigrants from the anti-terrorist operation zone. We used such research methods: clinical and psychopathological; anamnestic; psychodiagnostic and statistical.

Results. It has been established that the structure of adaptation disorders is represented by depressive, neurotic, anxious and dissociative syndrome complexes. Based on the obtained data, we have developed a system of medical and psychological support for a medical student during the education period, which provides for the use of complex psychotherapeutic, psycho-educational and psychoprophylactic actions.

Conclusions. The effectiveness of the proposed system of medical and psychological support has been proved. The positive dynamics of the mental state, the rapid reduction of anxious and depressive symptoms, the normalization of the emotional state, the increase in the psychophysical activity of students, the change of coping strategies to constructive ones have been established.

Keywords: mental disadaptation states, medical students, risk factors, medical-psychological support system.

For citation: Khaustov M. M. Clinical-psychological and pathopsychological features of mental disadaptation of students at a medical higher educational institution. *Arkhiv Psykhiiatrii*. 2019, 25(2): 00–00. (In Ukr.).

Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): haustov217@gmail.com

Received / Поступила: 11.04.2019

Accepted / Прийнята до друку: 17.05.2019

Актуальність. У сучасних умовах активної інтеграції українського суспільства до Європейської співдружності необхідне повне реформування системи вищої освіти, в тому числі медичної. Закон України «Про вищу освіту» дає новий імпульс розвитку медичної освіти, збільшуються обсяги навчального навантаження, істотно зростає інтенсивність навчального процесу [1, 2].

Студентство – це особливий період, який характеризується високим рівнем навантаження та стресу, оскільки навчання у закладі вищої освіти є часом значних емоційних утруднень, пов'язаних із насиченістю можливостей максимального розвитку здібностей і потенціалу особистості. Саме тому першочерговим завданням вищого навчального закладу є робота зі студентами, спрямована на швидку й успішну їх адаптацію до системи навчання та до нової системи соціальних відносин [3–5].

Як свідчать дані сучасних досліджень, в останні роки в студентській популяції зростає поширеність розладів адаптації. Розвиток станів дезадаптації студентів у період навчання у закладі вищої освіти є вагомим медико-психологічним та соціальною проблемою, що несприятливо позначається на ефективності майбутньої професійної діяльності [6–8].

Питання діагностики, корекції і профілактики станів дезадаптації у студентів, поряд з високим рівнем підготовки, мотивацією до професійного розвитку, є одним із головних чинників розвитку й ефективного функціонування вищої медичної освіти [9–11].

Вищевикладене обумовлює актуальність нашої роботи, **мета** якої – на основі системного підходу до вивчення механізмів формування станів дезадаптації студентів-медиків розробити систему психотерапевтичної корекції та психофілактичної підтримки в період професійної підготовки фахівців.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне обстеження 412 студентів II–V курсів Харківського національного медичного університету обох статей у середньому віці $19,5 \pm 2,5$ років, 147 чоловіків (35,7 %) та 265 жінок (64,3 %), які були обстежені в динаміці 6 років навчання у ХНМУ.

Усіх обстежених було поділено на три групи: I група – 215 студентів – мешканців східної України; II група – 87 студентів – мешканців Луганської та Донецької областей, які поступили на навчання у ХНМУ до початку АТО; III група – 110 студентів – переселенців із зони АТО.

Дослідження відбувалося в чотири етапи. На I етапі проведено скринінг рівнів адаптації у студентів та виявлення студентів з розладами адаптації; на II етапі проведено комплексний аналіз клінічних проявів та механізмів формування станів дезадаптації у студентів; на III етапі розроблено систему комплексних психокорекційних та психофілактичних впливів; на IV проведено порівняльну оцінку їх ефективності.

У роботі були використані клініко-психопатологічний, анамнестичний, психодіагностичний та статистичний методи обстеження.

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, студенти-переселенці мають більш високий рівень розладів адаптації, порівняно зі студентами I та II груп: високий рівень дезадаптації встановлено у 0,5 % студентів I групи, у 2,2 % студентів II групи та у 25,4 % студентів III групи; виражений рівень дезадаптації – у 2,4 % студентів I групи, у 9,2 % – II групи та у 36,4 % III групи відповідно; помірний рівень дезадаптації притаманний 24,1 % студентам I групи, 25,0 % II групи та 30,4 % III групи.

Проведений клініко-психопатологічний аналіз дозволив нам виділити в обстежених студентів депресивний, неврастеничний, тривожний та дисоціативний варіанти станів дезадаптації.

Депресивний симптомокомплекс (22,1 % обстежених I групи, 23,1 % обстежених II групи та 25,2 % обстежених III групи) представлений пригніченістю настрою, почуттями туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, астеничними, апатичними та іпохондричними проявами, соматовегетативними розладами.

Неврастеничний варіант (27,8 %, 25,4 %, 22,2 % обстежених відповідно) представлений поєднанням яскраво вираженої астенії з дратівливістю та гіперестезіями. Відмічається зниження розумової продуктивності, підвищена слабкість і стомлюваність, немотивоване занепокоєння, тривога. 56,2 % обстежених жінок та 55,2 % чоловіків скаржаться на головні болі, переважно у вигляді «шолома», які суб'єктивно характеризуються як здавлення, стягування, посилюються при різких поворотах голови або змінах положення тіла з іррадіацією в ділянки шиї, хребта. Інтенсивність головного болю коливається, частіше він виникає або посилюється після фізичного і розумового напруження.

При тривожному варіанті дезадаптивних станів (24,5 % обстежених I групи, 26,6 % обстежених II групи та 25,3 % обстежених III групи) відзначаються знижене тло настрою, почуття тривоги, внутрішнього напруження, немотивованого занепокоєння, негативного емоційного забарвлення переживань, емоційна лабільність, наявність ізольованих нав'язливих страхів, сумнівів у правильності прийнятих рішень і дій, тісно пов'язаних із тривожною помисливістю стосовно своєї оцінки в очах навколишніх.

У клінічній картині дисоціативного синдромокомплексу (25,6 %, 24,9 % та 26,8 % обстежених відповідно) переважають афективні істероневротичні реакції у вигляді дисфорій, уразливості, демонстративності, погроз і образ, афективних розрядів із розрахунком «гри на публіку». При цьому однією з постійних скарг був головний біль за типом «істеричного цвяха», інтенсивність його коливалася, частіше він виникав або посилювався після

емоційного напруження або при негативних настановах на фізичну і розумову працю.

Особливістю дезадаптивних станів була їх масивна соматизація, що характеризується поліморфними вегетовісцеральними розладами – у 68,7 % обстежених, та порушенням циклу «сон – неспання» – у 59,2 % обстежених.

Як свідчать результати патопсихологічного дослідження, обстеженим студентам із розладами адаптації притаманні високі рівні соматизації, депресії та тривоги за шкалою SCL-90-R; переважання важкого депресивного та тривожного епізодів за шкалою Гамільтона; клінічні прояви за госпітальною шкалою тривоги і депресії.

Як показали результати дослідження, до соціально-психологічних чинників ризику виникнення станів дезадаптації студенти відносять зміну життєвого стереотипу, складний навчальний матеріал, складну термінологію, сувору навчальну дисципліну, необхідність відпрацювання пропущених занять та лекцій, недосконалість механізмів психологічного захисту, відсутність навичок саморегуляції (рис.1).

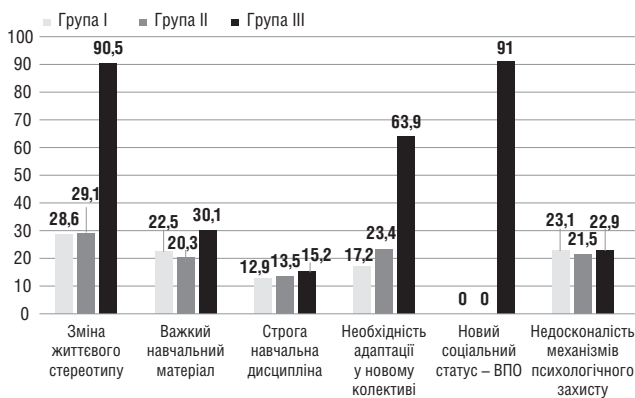


Рис. 1. Чинники ризику розвитку станів дезадаптації у студентів (%)

Для студентів-переселенців стресогенним чинником є необхідність адаптації у новому колективі, різка зміна життєвого стереотипу, новий соціальний статус – ВПО.

У ході клініко-анамнестичного дослідження ми виділили комплекс біологічних факторів, що визначають дефект морфофункціонального субстрату головного мозку та можуть розглядатися як базисні у формуванні дезадаптивних станів: часті простудні захворювання, наслідки черепно-мозкових травм, хронічна соматична патологія, зловживання спиртними напоями, вживання токсичних речовин.

Студентам із розладами адаптації виявились притаманними індивідуально-психологічні й поведінкові особливості, які, будучи предикторами наявних у них дезадаптивних станів, одночасно є базовими мішенями їх психотерапевтичної корекції, та, в разі здійснення медико-психологічних заходів, можуть стати їх превенторами.

Проведене дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості студентів показало відмінності у профілі особистості студентів за шкалами СБОО залежно від наявності станів дезадаптації. Встановлено, що для жінок з ознаками дезадаптації характерні відхилення показників за шкалами депресії, іпохондрії, істерії, психопатії, психастенії, у чоловіків з порушенням адаптації найчастіше спостерігаються відхилення показників за шкалами іпохондрії, депресії, гіпоманії. Слід зазначити, що коливання показників за зазначеними шкалами від-

буваються в межах середньої норми (40–60), однак показники психопатії, параної і психастенії виходять за ці межі.

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження, студентам зі станами дезадаптації притаманні збудливість і невірноваженість, конфліктність у стосунках, тривожна помисливість, дезорганізація поведінки, неспроможність до саморегуляції, нездатність успішно долати стресові ситуації, діяти в умовах невизначеності, ригідність, фіксованість на травматичних і негативних переживаннях.

Встановлено, що у студентів з розладами адаптації переважає копінг, орієнтований на уникнення та на емоції.

Аналіз рівня нервово-психічної напруги у структурі дезадаптивних станів показав переважання інтенсивної (помірної) у студентів I та II груп та екстенсивної (надмірної) напруги у обстежених III групи.

Базуючись на отриманих даних ми розробили систему медико-психологічної підтримки студента-медика у період навчання, що передбачає застосування комплексного психотерапевтичного, психоосвітнього та психопрофілактичного впливів.

Розроблено систему психотерапевтичної корекції станів дезадаптації у студентів медичного університету, яка складається з чотирьох послідовних етапів:

I – етап формування комплаєнсу, первинної адаптації до психотерапевтичного процесу.

II – психоосвітній етап, спрямований на нівелювання наявного у студентів дефіциту знань щодо механізмів формування та особливостей перебігу розладів адаптації

III – корекційний етап, спрямований на стабілізацію емоційного стану, на формування адаптивних форм поведінки.

IV – етап закріплення й підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, профілактика рецидиву дезадаптивних станів.

Психотерапевтична корекція була спрямована на подолання розладів адаптації та потенціювання адаптивних особистісних механізмів студентів шляхом розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск дезадаптивної реакції, переробку патологічного стереотипу поведінки, формування тенденції до використання конструктивних форм копіngu, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, підвищення самооцінки, активацію захисних психологічних механізмів, формування навичок саморегуляції психологічного стану.

Психотерапевтичний комплекс включав використання раціональної психотерапії, індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії, психотонічного варіанта аутогенного тренування та арт-терапії з використанням технік «Малюнок себе», «Зірка почуттів».

Необхідно підкреслити, що враховуючи специфіку психотравмуючих обставин студентів-переселенців та їх необхідність адаптуватися не лише до вимог навчання, а й до нового соціального статусу – вимушено переселеної особи, а також більшу вираженість тривожно-депресивних проявів, психотерапевтична програма для цієї групи була змінена в бік збільшення обсягу та тривалості психотерапевтичних інтервенцій.

Смислотворчим елементом розробленої моделі були психоосвітні заходи з використанням інформаційних модулів та тренінгу формування комунікативних вмінь і навичок й вирішення проблем міжособистісної взаємодії.

Психоосвітні заняття проходили в закритих групах, їх тривалість складала 60 хвилин. Основними методами, що використовувалися при проведенні психоосвітньої програми, були лекції, консультування, варіанти комунікативної терапії та проблемно-орієнтовані дискусії в групах.

Необхідно зазначити, що ефективність психотерапевтичного впливу можлива лише в поєднанні із заходами організаційного та педагогічного плану.

Як показав аналіз динаміки психопатологічної симптоматики, під впливом розробленої психотерапевтичної програми відмічається швидка редукція тривожної та депресивної симптоматики; нормалізація емоційного стану, зниження рівнів соматизації, депресії, тривоги за шкалою SCL-90-R.

При оцінці динаміки показників тривоги та депресії за психодіагностичними шкалами відзначено зниження показників до 13 і менше балів за шкалою Гамільтона, до 7 і менше балів за госпітальною шкалою тривоги і депресії, що свідчить про відсутність депресивного і тривожного епізодів у обстежених студентів, та позитивну динаміку виразності нервово-психічної напруги за шкалою Немчина.

Висновки

Психотерапевтичне втручання сприяло позитивним змінам копінг-стратегій. До психотерапевтичного втручання у 36,2 % студентів з розладами адаптації спостерігався копінг, орієнтований на уникнення, у 19,7 % – на вирішення проблем, у 44,1 % – на емоції. Після завершення психотерапії – у 2,9 % студентів реєструвався копінг, орієнтований на уникнення; у 92,3 % копінг, орієнтований на вирішення проблеми; у 4,8 % студентів – копінг, орієнтований на емоції.

Результати трирічного кагатнестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи психотерапевтичної корекції дезадаптивних станів, на тлі її проведення відмічалась позитивна динаміка психічного стану, дезадаптивні стани редукувалися; у 92,6 % обстежених рецидивів порушень адаптації не траплялося.

Список використаної літератури

1. Малахов П. С., Асєєва Ю. О., Харітонова А. С. Проблемність адаптації студентів-медиків. *Медична психологія*. 2016. Т. 11, № 2 (42). С. 3–5.
2. Кожина Г. М., Маркова М. В., Гриневич Е. Г., Зеленська К. О. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III-IV уровня аккредитации. *Архив психиатрии*. 2011. Т. 17, № 4 (67). С. 32–35.
3. Синайко В. М. Основні напрямки та клінічні особливості дезадаптації студентів ВУЗу. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2002. № 1. С. 116–118.
4. Соколова І. М. Психологические механизмы адаптации студентов. Харьков: ХГМУ, 2007. 412 с.
5. Пшук Н. Г., Слободянюк Д. П. Роль психосоциальных факторов в генезисе социальной дезадаптации у студентской молодежи. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 86–91.

6. Лещина І. В. Скринінгова діагностика неспсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. *Вісник проблем біології і медицини*. 2011. Т. 1, № 2. С. 131–135.
7. Kozhyna A., Mykhaylov V., Viyun V. The phenomenon of psychological adaptation to the professional activities of doctors. *European psychiatry*. 2017. Vol. 41. P. 690–691. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1209.
8. Юрєва Л. Н. Кризисы профессиональной деятельности врача и пути их преодоления. *Здоров'я України*. 2017. № 2 (41). С. 23–24.
9. Кіосєва О. В. Психопатологічна характеристика емоційної сфери у студентів молодших курсів. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 1 (86). С. 60–63.
10. Вьюн В. В., Коростий В. И., Витенко И. С. Когнитивный тренинг стрессоустойчивости как составляющая психотерапевтической коррекции дезадаптивных реакций у врача в период адаптации к профессиональной деятельности. *Международный психиатрический, психотерапевтический и психоаналитический журнал*. 2014. Т. 7, № 4 (26). С. 99–105.
11. Герасименко Л. О. Психосоциальная дезадаптация (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 62–65.

References

1. Malakhov, P. S., Asieieva, Yu. O., & Kharitonova, A. S. (2016). Problemnist adaptatsii studentiv-medykiv [Problems of adaptation of medical students]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, 11(2), 3–5. (In Ukrainian).
2. Kozhyna, H. M., Markova, M. V., Grynevych, Ye. G., & Zelenska, K. O. (2011). K probleme adaptacionnogo sindroma studentov mladshih kursov VUZov III-IV urovnej akkreditatsii [The problem of the undergraduate students of universities III-IV accreditation levels]. *Arkhiv psykhiiatrii – Archives of Psychiatry*, 17(4), 32–35. (In Russian).
3. Sinaiko, V. M. (2002). Osnovni napriamky ta klinichni osoblyvosti dezadaptatsii studentiv VUZu [The main directions and clinical features of the students' adaptation of the university]. *Eksperymentalna i klinichna medytsyna – Experimental and Clinical Medicine*, 1, 116–118. (In Ukrainian).
4. Sokolova, I. M. (2007). *Psihofiziologicheskie mehanizmy adaptatsii studentov* [Psychophysiological mechanisms of student adaptation]. Kharkiv: KhHMU, 412 p. (In Russian).
5. Pshuk, N. H., & Slobodianuk, D. P. (2015). Rol psykhosotsialnykh chynnykiv v genezi sotsialnoi dezadaptatsii u studentoskoi molodi [Role of psychosocial factors in the genesis of social exclusion among student youth]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 23(2), 86–91. (In Ukrainian).
6. Leshchyna, I. V. (2011). Skryninhova diahnozyka nepsykhotychnykh psykhichnykh rozladiv u studentiv-medykiv [Screening diagnosis of nonpsychotic mental disorders in medical students]. *Visnyk problem biolohii i medytsyny – Bulletin of problems biology and medicine*, 1(2), 131–135. (In Ukrainian).
7. Kozhyna, A., Mykhaylov, V., & Viyun, V. (2017). The phenomenon of psychological adaptation to the professional activities of doctors. *European psychiatry*, 41, 690–691. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1209>
8. Yuryeva, L. M. (2017). Krizisy professionalnoi deiatelnosti vracha i puti ikh preodolennia [Crises of the doctor's professional activities and ways of their overcome]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, 2, 23–24. (In Russian).
9. Kioseva, O. V. (2016). Psihopatologicheskaia harakteristika jemotsional'noj sfery u studentov mladshih kursov [Psychopathological characteristics of an emotional sphere of university first year students]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 24(1), 60–63. (In Russian).
10. Vjun, V. V., Korostiy, V. I., & Vitenko, I. S. (2014). Kognitivnyj trening stressoustojchivosti kak sostavlajushhaja psihoterapevticheskoj korrektsii dezadaptivnykh reaktsij u vracha v period adaptatsii k professional'noj dejatel'nosti. [Cognitive stress resistance training as a component of the psychotherapeutic correction of maladaptive reactions in a doctor during the period of adaptation to professional activity]. *Mezhdunarodnyj psihiatricheskij, psihoterapevticheskij i psichoanaliticheskij zhurnal – International Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalytic Journal*, 7(4), 99–105. (In Russian).
11. Herasymenko, L. O. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia (suchasni kontseptualni modeli) [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, 26(1), 62–65. (In Ukrainian).

Відомості про автора:

ХАУСТОВ Максим Миколайович, канд. мед. наук, доцент, декан ІІ медичного факультету, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, м. Харків, Україна;
e-mail: haustov217@gmail.com

Сведения об авторе:

ХАУСТОВ Максим Николаевич, канд. мед. наук, доцент, декан ІІ медичного факультету, доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ХНМУ, г. Харків, Україна;
e-mail: haustov217@gmail.com

About the Author:

KHAUSTOV Maksym Mykolaiovych, MD, PhD, Docent, Dean of 2nd medical faculty, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of KhNMU, Kharkiv, Ukraine;
e-mail: haustov217@gmail.com

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

UDC 616.89-008.441.3-036.82:613.81+613.83

M. V. Markova¹, M. V. Savina^{2*}MAIN APPROACHES AND DEVELOPMENT'S TENDENCIES
OF REHABILITATION OF ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES PERSONS¹Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine²V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Background. Psychoactive substances abused – one of the most common forms of social epidemics – is a phenomenon that represents a global threat to mankind. Alcoholic pathology in the structure of other forms of addiction of psychoactive substances remains the dominant. Today, there are about 140 million people who suffer from alcohol abuse and need treatment and rehabilitation. Ukraine takes fourth place in the number of deaths caused by alcohol.

Objective – to analyze the main approaches and development's tendencies of rehabilitation of addicted to psychoactive substances persons.

Materials and methods. Publications from open source databases were analyzed for the following keywords: rehabilitation, psychoactive substance, alcohol addiction, drug policy, addicted persons by analytical method.

Results. The representation of rehabilitation approaches in modern narcology is extremely wide. In countries of Western Europe, the USA and Canada, and in recent years – Eastern Europe, many post-Soviet republics, Southern and Southeast Asia, China and many other countries, the problems of rehabilitation of patients who are psychoactive substances abused are considered from the standpoint of public health and economic feasibility interferences; efforts are being made to find and justify such rehabilitation measures that can significantly reduce the level of negative social consequences associated with the usage of psychoactive substances. Numerous studies have highlighted the necessity for adequate prior assessment of patients' rehabilitation potential, further monitoring of the parameters of the rehabilitation process, which demonstrate the effectiveness of therapeutic and rehabilitation technologies.

Conclusions. Content of appropriate substance use disorders rehabilitation programs depend on several factors, such as the drug policies implemented at the national level, the general concept of drug assistance, organized in accordance with the basic doctrinal approaches of national policy, observance or, conversely, ignorance of the principles of evidence medicine by the rehabilitation programs sponsors and organizers as well as financial and human resources.

Keywords: rehabilitation, psychoactive substance, alcohol addiction, drug policy, addicted persons, substance dependent person.

ОСНОВНІ ПІДХОДИ І ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ,
ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИНМ. В. Маркова¹, М. В. Савіна²¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна²Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

Актуальність. Зловживання психоактивними речовинами – одна з найпоширеніших форм соціальних епідемій – явище, що становить глобальну загрозу людству. Залежність від алкоголю в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин залишається домінуючою. Сьогодні близько 140 мільйонів людей страждають від зловживання алкоголем і потребують лікування і реабілітації. Україна займає четверте місце в світі за кількістю смертей від алкоголю.

Мета – проаналізувати основні підходи і тенденції розвитку реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин.

Матеріали та методи. За допомогою аналітичного методу проаналізовано публікації з баз даних із відкритим доступом за такими ключовими словами: реабілітація, психоактивні речовини, алкоголізм, наркополітика, наркозалежні.

Результати. Реабілітаційні підходи у сучасній наркології представлені надзвичайно широко. В країнах Західної Європи, США і Канади, а в останні роки – і в Східній Європі, багатьох пострадянських республіках, Південній і Південно-Східній Азії, Китаї та багатьох інших країнах проблеми реабілітації пацієнтів, що зловживають психоактивними речовинами, розглядаються з точки зору втручання системи охорони здоров'я і економічної доцільності; докладаються зусилля для пошуку і обґрунтування реабілітаційних заходів, які можуть значно знизити рівень негативних соціальних наслідків, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Численні дослідження виявили необхідність адекватної попередньої оцінки реабілітаційного потенціалу пацієнтів, подальшого моніторингу параметрів процесу реабілітації, які демонструють ефективність терапевтичних і реабілітаційних технологій.

Висновки. Зміст відповідних реабілітаційних програм залежить безпосередньо від виду психоактивної речовини, характеристик наркополітики, що реалізується на національному рівні, загальної концепції наркологічної допомоги, яка організована відповідно до основних доктринних підходів національної політики, дотримання або, навпаки, незнання принципів доказової медицини авторами та організаторами реабілітаційних програм, а також від фінансових та кадрових можливостей.

Ключові слова: реабілітація, психоактивні речовини, алкогольна залежність, наркополітика, залежні від психоактивних речовин особи.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ,
ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВМ. В. Маркова¹, М. В. Савина²¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина²Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина

Актуальность. Злоупотребление психоактивными веществами – одна из наиболее распространенных форм социальных эпидемий – явление, представляющее глобальную угрозу человечеству. Зависимость от алкоголя в структуре других форм зависимости от психоактивных веществ остается доминирующей. Сегодня около 140 миллионов человек страдают от злоупотребления алкоголем и нуждаются в лечении и реабилитации. Украина занимает четвертое место в мире по количеству смертей от алкоголя.

Цель – проанализировать основные подходы и тенденции развития реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ.

Материалы и методы. С помощью аналитического метода проанализированы публикации из баз данных с открытым доступом по следующим ключевым словам: реабилитация, психоактивные вещества, алкоголизм, наркополитика, наркозависимые.

Результаты. Реабилитационные подходы в современной наркологии представлены чрезвычайно широко. В странах Западной Европы, США и Канады, а в последние годы – в Восточной Европе, многих постсоветских республиках, Южной и Юго-Восточной Азии, Китае и многих других странах проблемы реабилитации пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, рассматриваются с точки зрения вмешательства общественного здравоохранения и экономической целесообразности; прилагаются усилия для поиска и обоснования таких реабилитационных мер, которые могут значительно снизить уровень негативных социальных последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ. Многочисленные исследования выявили необходимость адекватной предварительной оценки реабилитационного потенциала пациентов, дальнейшего мониторинга параметров процесса реабилитации, которые демонстрируют эффективность терапевтических и реабилитационных технологий.

Выводы. Содержание соответствующих реабилитационных программ зависит непосредственно от вида психоактивного вещества, характеристик наркополитики, реализуемых на национальном уровне, общей концепции наркологической помощи, организованной в соответствии с основными доктринами подходами национальной политики, соблюдение или, наоборот, незнание принципов доказательной медицины авторами и организаторами реабилитационных программ, а также финансовые и кадровые возможности.

Ключевые слова: реабилитация, психоактивные вещества, алкогольная зависимость, наркополитика, зависимые от психоактивных веществ лица.

For citation: Markova M. V., Savina M. V. Main approaches and development's tendencies of rehabilitation of addicted to psychoactive substances persons. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2019, 25 (2): 102–107.

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): ms@3s.kharkov.ua

Received / Поступила: 24.04.2019

Accepted / Прийнята до друку: 06.06.2019

Background. Psychoactive substances abused – one of the most common forms of social epidemics – is a phenomenon that represents a global threat to mankind at the turn of the XX-XXI centuries. Recent WHO estimates suggest that between 8% and 10% of the world's population is directly involved in alcohol, narcotic or toxic addiction. The high risk group for this profile is 10-12% of the population. This social epidemic has a direct destructive effect of almost 40% of society, and indirect – on the society as a whole.

Alcoholic pathology in the structure of other forms of addiction of psychoactive substances remains the dominant. Today, there are about 140 million people who suffer from alcohol abuse and need treatment and rehabilitation. According to the statistics, the use of alcohol is the leading risk factor for the burden of disease worldwide, accounting for almost 10% of world deaths among the population aged 15-49, which has negative consequences for the health of the future generation and for the demographic situation in general. Ukraine takes fourth place in the number of deaths caused by alcohol [1, 2].

The problem of treatment of alcohol abuse is extremely relevant in connection with the scale of proliferation and the continuing increase in the incidence of alcoholism [3, 4].

Isolated pharmacotherapy cannot provide long and stable remissions, does not allow to form a motivation to stop abusing from psychoactive substances and long-term treatment, cannot help the patient to successfully adapt in society. These and many other tasks are being solved in the process of rehabilitation. Rehab acts as an inevitable final stage of treatment. Moreover, only in the process of rehabilitation is the correction of the root causes of addiction [5, 6].

These circumstances significantly update and confirm the necessity for research and analysis of the main approaches and trends in the development of rehabilitation of addicted to psychoactive substances persons.

Objective – to analyze the main approaches and development's tendencies of rehabilitation of addicted to psychoactive substances persons.

Materials and methods of research

Publications from open source databases were analyzed for the following keywords: rehabilitation, psychoactive substance, alcohol addiction, drug policy, addicted persons, substance dependent person by analytical method.

Results

Development of the rehabilitation direction is one of the possible options for reforming drug treatment in improving the effectiveness of treatment of substance abuse. Rehabilitation in narcology allows to maximize the restoration of the physical, mental, spiritual state of patients and the correction or the formation of their normative personality and social qualities, the ability of full-fledged functioning in society without the use of psychoactive substances. The rehabilitation system consistently uses the recovery potential of the rehabilitation environment, rehabilitation programs and techniques in their interaction [6].

The main provisions of the medical and rehabilitation approach used in medicine, based on identifying deficiencies in biological functions, social skills, and full compensation for the identified deficiencies are quite acceptable in narcological practice. At the same time, any chemical addiction is treated as a manifestation of deep personal problems that must be taken into account when implementing treatment and rehabilitation programs in narcology [6, 7, 8].

Rehabilitation have a goal of restoring or preserving the status of a person, a process which have neurophysiological and psychological mechanisms, a method of approaching a patient. On the other hand, the rehabilitation method includes the principles of partnership between a specialist and a patient, the versatile effort of influence, the unity of psychological and biological methods. Universal stages of the general rehabilitation process are restorative therapy (medication and other treatment aimed at restoring functions), restoration of adaptive skills, proper rehabilitation (restoration of the individual and social integrity of the patient) [7-9]. Successful passage of these stages causes the parameters of the duration and quality of remission – the main indicators of the effectiveness of complex therapy of addicted to psychoactive substances persons.

In countries of Western Europe, the USA and Canada, and in recent years – Eastern Europe, many post-Soviet republics, Southern and Southeast Asia, China and many other countries, the problems of rehabilitation of patients who are psychoactive substances abused are considered from the standpoint of public health and economic feasibility interferences; efforts are being made to find and justify such

rehabilitation measures that can significantly reduce the level of negative social consequences associated with the usage of psychoactive substances. Numerous studies have highlighted the necessity for adequate prior assessment of patients' rehabilitation potential, further monitoring of the parameters of the rehabilitation process, which demonstrate the effectiveness of therapeutic and rehabilitation technologies [10, 11].

The representation of rehabilitation approaches in modern narcology is extremely wide. So, according to SamSha, the psychiatric and narcological sector in the US Department of Health and Social Development, there are currently around five thousand rehab programs in the world, mostly unprofessional, low-profile copyrights or truncated variants of rehabilitation using the principles of the therapeutic community (more than 500 registered techniques), programs using the ideology of "12 steps" (more than 100 variants). However, there is no generally accepted classification of many rehab programs and approaches does not exist [12].

Numerous associations that unite in a greater or lesser degree, ideological structure and content, rehabilitation programs and the personnel responsible for their implementation, develop, in general, only their own directions. However, in the main sources of literature can be traced to six variants of systematization (with the possibility of their crossing) of rehabilitation programs and approaches practiced in relation to psychoactive substances.

The first option – systematization, based on requirements to residents of the relevant programs for abstinence: rehab programs with complete abstinence, rehabilitation programs with incomplete abstinence.

The second option – systematization, based on the professional qualifications and staffing: professional rehabilitation programs, nonprofessional rehabilitation programs, mixed rehabilitation programs.

The third option – systematization, based on the technological content of the program: highly structured rehab programs, low-structured rehab programs, medium-structured rehab programs.

The fourth option – systematization, based on the format of the involvement of the resident: rehabilitation program with round-the-clock in-patient, rehab program with ambulatory participation, rehabilitation program with free attendance mode.

The fifth option – systematization, based on the amount of requirements for the program participant: high-threshold rehab programs, low-threshold rehab programs.

The sixth option – systematization, based on the differentiation of spheres of realization of rehab programs, usually corresponding to the general ideology of practical approaches: rehabilitation programs implemented in the health care system, in the social sphere, in the confessional sphere, in cooperation with any of the abovementioned sectors of social and confessional activity.

Also, in the structure of professional rehabilitation programs implemented in the field of health, allocate programs with a full course (i.e., the resident receives the full amount of treatment and rehabilitation measures, including detoxification), with incomplete course (the resident receives a separate fragment of treatment and rehabilitation measures, for example, a standard rehab program without detoxification).

In most countries of Europe and the United States mainly mixed mid-and high-structured rehab programs relying

on South Africa. In this case there is a productive cooperation between the medical and social sectors. Thus most of the treatment and rehabilitation of psychoactive substances abused in the United States is organized using so-called placement criteria developed by the Society of Add-on Medicine (ASAM) [9], designated PPC-2R (criteria for placement of patients for the treatment of alcohol-related illnesses). There are 6 "measurements" levels of diagnosis depending on which decisions are taken on the appropriate level of professional assistance which include the following parameters: assessment of the degree of intoxication and the termination of reception of psychoactive substance, assessment of biomedical characteristics, the presence and degree of severity of complications, emotional, behavioral and cognitive features, readiness for change (motivation), probability of recurrence of the use of psychoactive substances.

The five main treatment levels include early intervention (usually emergency detoxification), outpatient treatment, intensive outpatient therapy, resident accommodation (community living) and in-patient treatment.

Personnel in drug abuse treatment facilities in the USA, which carry out rehabilitation activities, consists mainly of psychologists, addictologists, prevention specialists, case managers (managerial staff), middle medical personnel and to a lesser extent from medical staff, the need for which is usually required at the detoxification phase. However, these non-medical positions include strict requirements for education and licensing standards set forth in federal and state laws. The USA government, professional organizations and associations strictly control the implementation of education standards and the quality of services in this profile. As a rule, patients after the completion of the standard course of treatment in a drug addiction institution continue the process of rehabilitation in the communities of "Anonymous Alcoholics" (AA). These groups are not related to treatment centers and they are not managed by professionals [13].

Of particular interest is the organization of the system of narcological aid to the population in a socially-oriented country, such as Sweden. Treatment and rehabilitation of persons with alcohol abuse is carried out here within the framework of various programs carried out both by social services and health care services. Employees of social services provide most of the necessary outpatient treatment; their activities are carried out in coordination with health authorities. The competence of outpatient treatment and rehabilitation services includes developing plans for the promotion of those patients in need of in-patient treatment. The issue of the profile of the hospital where the patient should be sent and the form of financing is being solved. Hospitals can be both public and private, offering a variety of services – from short-term detoxification programs to full-length, long-term rehabilitation courses. In the late 1990s, in Sweden, there were 103 outpatient and inpatient clinics for abused persons. In addition, there were 42 medical establishments for the forced treatment of patients with alcoholism and drug addiction, with a total capacity of 1,400 people. Courses of detoxification therapy are conducted mainly in psychiatric departments of general hospitals. Young people are often treated in special youth centers located in the department of the social sector [14].

In Poland the traditional system of narcological aid to the population, which is provided to the outpatient and in-patient units of the psychiatric service, is effectively complemented by a large-scale specialized program of treatment and social rehabilitation of psychoactive substances abused implemented by the Association of MONARs since the late 1970s. In more than 20 years of its activities MONAR has established a specialized network of medical, rehabilitation, consulting clinics and centers – 27 therapeutic and counseling centers and dispensaries, 6 centers of long-term care, 18 centers of mediation therapy, 1 center of intensive care, 4 centers for adolescents and 3 centers for children who suffer from alcohol and drug addiction. In addition, 2 programs “Overcoming Schools” were created, which represent the stage between detoxification and rehabilitation program. MONAR has created a program of support for South Africa abused, which has undergone all stages of rehabilitation of this program. 24 special therapeutic groups carry out therapy in prisons throughout Poland. The main elements of the MONAR system are adequate information on the range of services and the availability of options, outpatient services with a variety of short and medium term targeted programs, day care facilities for people in need of intensive care, inpatient centers for people who are not able to function properly at their place of residence, a stationary center for the treatment of children and adolescents, a hotel program (residential program for persons who have completed intensive therapeutic courses), support groups for siblings not included in the hotel program but need support motivational therapy. MONAR closely cooperates with therapeutic, psychiatric, dermatological, infectious divisions of multi-disciplinary hospitals, courts, prosecutor’s office and police, organizations providing public assistance, religious organizations, clubs, houses of culture, etc. [16].

In Germany in addition to the traditionally operating system of clinically oriented drug treatment for the population, which uses mainly medicinal methods of treatment, the practice of bringing together various specialists – psychologists, educators, doctors, social workers and others – has become widespread in recent years under the name “Kon-Drobs”. The fraction is the abbreviation of the “Drug Advice Point”, and “Con” means together. The emergence and development of the Con-fraction is typical for the existence of the entire system of narcological aid in Germany. It arose as a result of the dissatisfaction of the public and chemically dependent patients with those measures that were offered by official institutes. The main focus of the “Kon-Drobs” is on psychological work with patients and risk groups of narcological profile. Such groups exist both at the expense of public and private funding [17, 18].

In Italy since the late 1970s, there has been a marked reduction in the number of dependents appearing in psychiatric hospitals due to inevitable social obstruction. In this regard, there are new structures operating in parallel with the official – the so-called cooperatives for dependent on psychoactive substances, based on which there are two main functions: individual, family and group therapeutic support and outpatient and inpatient treatment. The work of such a cooperative is carried out in close cooperation

with other interested services. In addition, cooperative means help the sick in search of housing, employment. The Association “Casa Famiglia Rosetta” (ACFR), known for its rehabilitation centers and rehab programs for persons who are addicted of psychoactive substances, has been in Italy for over 20 years. The components of rehabilitation here are specially built rehabilitation environments, psychotherapy, labor relations, work with families and educational programs [19].

In France alternative forms of drug treatment to the population are developing, for example, the practice of drug addicts in the family. In 1977, such an opportunity was resolved by an official decree of the President of France. In 1987, this issue was discussed in detail in the special decree of the Minister for Social Work, and since then such families receive cash from contributions. In this situation the patient concludes a special agreement with the “host” family, which is based, on the one hand, on increasing responsibility for the result primarily dependent person, on the other – in personality towards the patient from the side of the “medical group” [20].

In Lithuania the main focus in shaping the options for providing specialized medical care to the population is through the implementation of a program to reduce harm from the use of alcohol and drugs. An “Anonymous counseling room” has been created. In addition, there are special centers for primary health care. Center staff are also involved in other tasks related to adequate information and motivation for less risky behavior, indicating counseling and palliative care for alcohol and drug addicts. The activities of these structures are funded mainly by the state. Anonymous counseling centers and centers actively collaborate and coordinate with the Center for Toxicity Management in Vilnius [21].

In Slovenia in the mid-1990s a series of prophylactic centers was set up to implement appropriate rehab programs. The network’s activities are coordinated by the South African Treatment Center at the Center for Psychiatric Health in Lubin, funded by the Slovenian Health Insurance Institute. The main tasks of network activity are: provision of free medical care to addicts, development for the medical staff of the basic principles of treatment of narcotic addiction, development and implementation of information and educational, proactive programs. Regular network surveys have shown that more than 90% of patients evaluate the therapeutic program positively [21].

Ukraine also uses the traditional system of narcological aid to the population, which is provided to the outpatient and in-patient units of the psychiatric service. The national system is a set of administrative, material and human resources to provide identification, motivation for getting rid of abuse, treatment, medical and social rehabilitation, as well as re-socialization of addicted to psychoactive substances persons. The main task of the National System is to ensure the efficiency and accessibility of comprehensive rehabilitation services. Short-term rehabilitation of abused patients is carried out by state medicine, and long-term rehab programs are implemented by various community and charitable organizations. The implementation of preventive measures is carried out by the central executive authorities within the limits

of the powers specified in the relevant normative-legal documents. One of the tasks of the state policy of Ukraine for the period till 2020 is the concentration of efforts of the drug policy actors on the prevention of alcoholism and drug addiction, the development of protective barriers of the individual and society as a whole, and the promotion of a healthy lifestyle [22, 23].

Conclusions. Studies show that the content of appropriate substance use disorders rehabilitation programs depend on several factors, such as the drug policies implemented at the national level, the general concept of drug assistance, organized in accordance with the basic doctrinal approaches of national policy, observance or, conversely, ignorance of the principles of evidence medicine by the rehabilitation programs sponsors and organizers as well as financial and human resources.

References

- Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah F., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1345-1422. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., Tymeson, H. D., ... Gakidou, E. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 392(10152), 1015-1035. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Sosin, I. K., & Chuiev, Yu. F. (2014). *Narkologhii* [Narcology]. Kharkiv: Kolehium, 1428 p. (In Ukrainian).
- Obot, I. S., Room, R., GENACIS (Organization), & World Health Organization. (2005). *Alcohol, gender, and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. 277 p. Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf
- Kosaretsky, S. G., & Kosaretskaya, S. V. (2002). Novye podhody v lechenii i reabilitatsii narkozavisimyykh [New approaches in treatment and rehabilitation of drug addicts]. *Voprosy narcologii Kazakhstana*, 2(2), 84-88. (In Russian).
- Dudko T. N. (2007). Reabilitatsiya narkologicheskikh bol'nykh (reabilitatsionnye konceptii) [Rehabilitation of narcological patients (rehabilitation and rehabilitation concepts)]. *Psihiatrija i psikhofarmakoterapija - Psichiatry and psychopharmacotherapy*, 9(1), 26-31. (In Russian). Retrieved from https://con-med.ru/magazines/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina/psikhiatriya_i_psihofarmakoterapiya_im_p_b_ganushkina-01-2007/reabilitatsiya_narkologicheskikh_bolnykh_reabilitologiya_i_reabilitatsionnye_kontseptcii
- Kabanov, M. M. (1971). Osnovnye principy reabilitatsii psichicheskikh bol'nykh [Basic principles for the rehabilitation of mental patients]. In *Reabilitatsiya psichicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of mental patients] (pp. 11-17). Leningrad. (In Russian).
- Kabanov, M. M. (1976). Principy reabilitatsii bol'nykh alkogolizmom i narkomaniyami [Principles of rehabilitation of patients with alcoholism and drug addiction]. *Proceedings of the First All-Union Conference on the Organization of Drug Treatment*, Moscow, (pp. 68-73). (In Russian).
- Kabanov, M. M. (1978). *Reabilitatsiya psichicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of mental patients]. Leningrad, 160 p. (In Russian).
- Belokrylov, I. V., Dudko, T. N., & Elichev, A. N. (2009). Kompleksnaya programma lecheniya pacientov s alkogol'noj zavisimost'yu [Comprehensive treatment program for patients with alcohol addiction]. *Proceedings of the First Russian national congress on narcology with international participation*, Moscow, (pp. 51-52). (In Russian).
- Krivulin, E. N., Golodnyj, S. V., Ohtirkin, E. V., & Permina, S. V. (2008). Kratkosrochnaya reabilitatsiya narkozavisimyykh v usloviyakh stacionara [Short-term rehabilitation of drug addicts in a hospital]. In V. Ya. Semke & T. P. Vetlugina (Eds.), *Proceedings of the Second All-Russian Conference with International Participation: Sovremennye problemy biologicheskoy psichiatrii i narkologii* [Modern problems of biological psychiatry and narcology], Tomsk, (pp. 132-133). (In Russian).
- Katkov, A. L. (Ed.). (2011). *Mediko-social'naja reabilitatsiya zavisimyykh ot psichoaktivnykh veshchestv (obzor sovremennykh podhodov i tehnologii)* [Medical and social rehabilitation of addicted to psychoactive substances (a review of modern approaches and technologies)]. Pavlodar, 397 p. (In Russian).
- Ruppert, M. (2002). *Amerikanskoe obshhestvo addiktivnoj mediciny (ASAM). Kriterii razmeshheniya pacientov dlja lechenija zabojevanij, vyzvannykh zloupotreblenijem alkogolja ili narkotikov* [The American society of addictive medicine (ASAM). Criteria of accommodation of patients for treatment of the diseases caused by alcohol or drug abusing]. *Voprosy narcologii Kazakhstana*, 2(3), 127-129. (In Russian).
- Alkohol i narkotiki v Shvecii. Shvedskij institut [Alcohol and drugs in Sweden. Swedish Institute]. (1998). *Journal of Addiction problems*, 3, 54-64. (In Russian).
- Mulander, E. (1998). Shvecija - obshhestvo, svobodnoe ot narkotikov? [Is Sweden a drug-free society?]. *Journal of Addiction problems*, 3, 64-71. (In Russian).
- Materials of the central information portal of the Association of therapeutic communities "Monar". (2019). (In Ukrainian). Retrieved from <http://www.monar.org>
- Eckstein, G. (June, 1988). Rehabilitation and reintegration of persons with drug problems. *Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drug*. Strasbourg, pp. 23.
- Pelipas, B. E., & Solomonidina, I. O. (1998). Zarubezhnaja antinarkoticheskaja politika [Foreign anti-drug policy]. *Journal of Addiction problems*, 2, 82-95. (In Russian).
- Valentik, V. Yu. (2001). Reabilitatsionnye centry «Casa Famiglia Rosetta» dlja bol'nykh narkomaniyami (20-letnij opyt raboty) [Casa Famiglia Rosetta rehabilitation centers for drug addicts (20 years of experience)]. Moscow, 105 p. (In Russian).
- Muscat, R., & members of the Pompidou Group treatment platform. (2010). Treatment systems overview. Council of Europe Publishing. 2010. 348 p. Retrieved from <https://rm.coe.int/1680746114>
- United Nations. (2001). Zloupotreblenie narkotikami i VICH/SPID: izvlechennyye uroki. Sbornik tematiceskikh issledovanij. Central'naja i Vostochnaja Evropa i gosudarstva Central'noj Azii [Drug abuse and HIV / AIDS: lessons learned. Collection of case studies. Central and Eastern Europe and Central Asian states]. United Nations: New York, 111 p. (In Russian). Retrieved from https://www.unodc.org/documents/scientific/report_2001-08-31_1_ru.pdf
- State Institution "Center for Mental Health and Monitoring of Drugs and Alcohol of the Ministry of Health of Ukraine". (2018). Natsionalnyi zvit shchodo narkotychnoi situatsii v Ukraini za 2018 rik (za danymy 2017 roku). [National report on the drug situation in Ukraine in 2018 (according to data 2017)]. (In Ukrainian). Retrieved from <http://blog.ummca.org.ua/моніторинг-наркотичної-та-алкогольн>
- Anichyn, Ye. M., Dykan, Z. V., & Siedyk, S. M. (2014). *Dopomoha narkozaleznyhm v Ukraini: dovidnyk reabilitatsiinykh tsentriv* [Assistance to drug addicts in Ukraine: Rehabilitation centers directory]. Kyiv: «Mizhnarodnyi Alians z VIL/SNID v Ukraini», 68 p. (In Ukrainian).

Список використаної літератури

- Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / E. Gakidou, A. Afshin, A. A. Abajobir [et al.]. *Lancet*. 2017. Vol. 390(10100). P. 1345-1422. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32366-8.
- Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / M. G. Griswold, N. Fullman, C. Hawley [et al.]. *Lancet*. 2018. Vol. 392(10152). P. 1015-1035. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
- Наркологія : нац. підручник / за ред.: І. К. Сосіна, Ю. Ф. Чуєва. Харків : Колегіум, 2014. 1428 с.
- Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries / ed. I. S. Obot, R. Room. Geneva : WHO, Department of mental health and substance abuse, 2005. 227 p.
- Катков А. Л., Россинский Ю. А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых. *Вопросы наркологии Казахстана*. 2002. Т. 2, № 2. С. 84-88.
- Дудко Т. Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2007. Т. 9, № 1. С. 26-31.
- Кабанов М. М. Основные принципы реабилитации психических больных. *Реабилитация психических больных*. Ленинград, 1971. С. 11-17.
- Кабанов М. М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями. *Материалы 1-й Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи* (Москва, 10-12 ноября 1976 г.). М., 1976. С. 68-73.
- Кабанов М. М. Реабилитация психических больных. Ленинград, 1978. 160 с.
- Белокрылов И. В., Дудко Т. Н., Еричев А. Н. Комплексная программа лечения пациентов с алкогольной зависимостью. *Материалы I Российского национального конгресса по наркологии с международным участием*. Москва, 2009. С. 51-52.
- Кривулин Е. Н., Голодный С. В., Охтиркин Е. В., Пермина С. В. Краткосрочная реабилитация наркозависимых в условиях стационара. *Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии : тезисы докладов Второй Всероссийской конференции с международным участием / под ред. В. Я. Семке, Т. П. Ветлугина*. Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2008. С. 132-133.
- Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ (обзор современных подходов и технологий) / под ред. А. Л. Каткова. Павлодар, 2011. 397 с.

13. Рупперт М. Американское общество аддиктивной медицины (ASAM). Критерии размещения пациентов для лечения заболеваний, вызванных злоупотреблением алкоголя или наркотиков. *Вопросы наркологии Казахстана*. 2002. Т. 2, № 3. С. 127–129.
14. Алкоголь и наркотики в Швеции. Шведский институт. *Вопросы наркологии*. 1998. № 3. С. 54–64.
15. Муландер Е. Швеция – общество, свободное от наркотиков? *Вопросы наркологии*. 1998. № 3. С. 64–71.
16. Матеріали центрального інформаційного порталу Асоціації терапевтичних співтовариств "Монар". URL: <http://www.monar.org> (дата звернення 12.03.2019).
17. Эштайн Г. Реабилитация и реинтеграция лиц с наркологическими проблемами. *Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drug*. Strasbourg, June, 1988. P. 23.
18. Пелипас В. Е., Соломонида И. О. Зарубежная антинаркотическая политика. *Вопросы наркологии*. 1998. № 2. С. 82–95.
19. Валентик В. Ю. Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы). Москва, 2001. 105 с.
20. Treatment systems overview / R. Muscat, L. Meulenbergh, E. Grashnov [at al.]. Council of Europe Publishing, 2010. 348 p.
21. Злоупотребление наркотиками и ВИЧ/СПИД: извлеченные уроки. *Сборник тематических исследований. Центральная и Восточная Европа и государства Центральной Азии*. ООН: Нью-Йорк, 2001. 111 с.
22. Національний звіт щодо наркотичної ситуації в Україні за 2018 рік (за даними 2017 року). URL: <http://blog.ummcd.org.ua/моніторинг-наркотичної-та-алкогольн> (дата звернення 12.03.2019).
23. Допомога наркозалежним в Україні: довідник реабілітаційних центрів. Є. М. Анічин, З. В. Дикань, С. М. Седих. К.: «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2014. 68 с.

About the Authors:

MARKOVA Marianna Vladyslavivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net
ORCID: 0000-0003-0726-4925

SAVINA Maiia Vasylivna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology, V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ms@3s.kharkov.ua
ORCID: 0000-0002-1292-7482

Відомості про авторів:

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, д-р мед. наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації, Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net
ORCID: 0000-0003-0726-4925

САВИНА Майя Васильівна, д-р мед. наук, професор кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: ms@3s.kharkov.ua
ORCID: 0000-0002-1292-7482

Сведения об авторах:

МАРКОВА Марианна Владиславовна, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации, Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: mariannochka1@ukr.net
ORCID: 0000-0003-0726-4925

САВИНА Майя Васильевна, д-р мед. наук, профессор кафедры клинической неврологии, психиатрии и наркологии, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: ms@3s.kharkov.ua
ORCID: 0000-0002-1292-7482

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 340.63:616.89–07:001.5

В. Б. Первомайский, А. В. Канищев¹ *
ЗАВЕДОМО ЛОЖНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТА.
СООБЩЕНИЕ 1: ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ

¹Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психиатрии
Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

Актуальность. Проблема заведомо ложного заключения эксперта и ответственности за него относится к числу нерешённых проблем сегодняшней судебно-психиатрической экспертной практики.

Цель – анализ организационных и правовых аспектов ответственности судебно-психиатрического эксперта за заведомо ложное заключение с акцентом на особенностях процедуры предупреждения эксперта об уголовной ответственности.

Материалы и методы. Проведён анализ научных публикаций и нормативно-правовых актов, касающихся проблемы предупреждения эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Результаты. Полноценная процедура предупреждения эксперта об уголовной ответственности за заведомо ложное заключение имеет важное воспитательно-превентивное значение, однако в первую очередь она должна являться стержневым элементом, обеспечивающим реальное наступление уголовной ответственности в случае совершения указанного преступления. Предупреждение эксперта об ответственности должно осуществляться уполномоченным лицом или органом (судом, следственным судьёй, прокурором, следователем) непосредственно, индивидуально и персонифицировано, в каждом конкретном случае поручения проведения экспертизы.

В то же время действующее законодательство и сложившаяся практика свидетельствуют о системном нарушении указанной процедуры. Намечились следующие пути и механизмы, способствующие выхолащиванию и искажению процедуры предупреждения эксперта: 1) делегирование предупреждения эксперта об ответственности руководству экспертного учреждения (что на практике означает «самопредупреждение» эксперта); 2) приобщение однократно составленной расписки эксперта об ответственности к личному делу эксперта; 3) включение текста предупреждения в утверждённую Минздравом Украины форму медицинской документации, регламентирующую структуру заключения судебно-психиатрического эксперта (что фактически сделано с искажением содержания ст. 384 УК Украины).

Выводы. Ненадлежащее соблюдение процедуры предупреждения эксперта об ответственности за заведомо ложное заключение приводит к девальвации морально-этической составляющей такого предупреждения и может стать реальным препятствием для привлечения такого эксперта к уголовной ответственности в случае совершения указанного деяния.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, ответственность эксперта, заведомо ложное заключение эксперта.

ЗАВІДОМО НЕПРАВДИВИЙ ВИСНОВОК ЕКСПЕРТА. ПОВІДОМЛЕННЯ 1: ВСТУП ДО ПРОБЛЕМИ

В. Б. Первомайський, А. В. Канищев¹ *¹Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Актуальність. Проблема завідомо неправдивого висновку експерта належить до кола невирішених проблем сучасної судово-психіатричної експертної практики.

Мета – аналіз організаційних та правових аспектів відповідальності судово-психіатричного експерта за завідомо неправдивий висновок із акцентом на особливостях процедури попередження експерта про кримінальну відповідальність.

Матеріали та методи. Проведено аналіз наукових публікацій та нормативно-правових актів, які стосуються проблеми попередження експерта про кримінальну відповідальність за надання завідомо неправдивого висновку.

Результати. Повноцінна процедура попередження експерта про кримінальну відповідальність за завідомо неправдивий висновок має важливе виховно-превентивне значення, однак передусім вона повинна бути стержневим елементом, який забезпечує реальне настання кримінальної відповідальності у випадку скоєння вказаного злочину. Попередження експерта про відповідальність повинно здійснюватися уповноваженою особою або органом (судом, слідчим суддею, прокурором, слідчим) безпосередньо, індивідуально і персоніфіковано, у кожному конкретному випадку доручення проведення експертизи.

У той же час чинне законодавство і поточна практика свідчать про системні порушення вказаної процедури. Намітилися наступні шляхи та механізми, які сприяють викривленню та спотворенню процедури попередження експерта: 1) делегування попередження експерта про відповідальність керівництву експертної установи (що на практиці означає «самопередження» експерта); 2) приєднання одноразово складеної розписки експерта про відповідальність до особової справи експерта; 3) включення тексту попередження до затвердженої МОЗ України форми медичної документації, яка регламентує структуру висновку судово-психіатричного експерта (що фактично зроблено із спотворенням змісту ст. 384 КК України).

Висновки. Ненадлежащее дотримання процедури попередження експерта про відповідальність за завідомо неправдивий висновок призводить до девальвації морально-етичної складової такого попередження і може стати реальною перешкодою для притягнення такого експерта до кримінальної відповідальності у випадку вчинення вказаного діяння.

Ключові слова: судово-психіатрична експертиза, відповідальність експерта, завідомо неправдивий висновок експерта.

DELIBERATELY FALSE FORENSIC EXPERT TESTIMONY.

PART 1: AN INTRODUCTION

V. B. Pervomayskiy, A. V. Kanishchev¹ *¹Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Background. The problem of deliberately false forensic expert testimony is one of unresolved issues in today's Ukrainian forensic psychiatric practice.

Objective – to analyze organizational and legal aspects of forensic expert's responsibility for the deliberately false expert testimony. The main emphasis is given to the question: by whom and in which way the expert witness should be warned against deliberately false testimony.

Materials and methods. An analysis of scientific publications and legislative acts on the problem of deliberately false forensic expert testimony was performed.

Results. The full-fledged procedure of warning a forensic expert against the deliberately false testimony is regarded as strong and valuable educative and preventive measure. Nevertheless, the principal application of that procedure is to be a core element which provides a criminal responsibility in case if the false testimony is committed. The above mentioned warning should be given to forensic expert by appropriate authority (a court; an investigating judge; a prosecuting attorney or an investing officer). This procedure should be personified and applied directly in each and any case of forensic expert evaluation.

At the same time existing Ukrainian legislation and current practice show systematic breaches of the above mentioned procedure. First, the warning of an expert is delegated to the management of the forensic expert institutions (which, in practice, means that the experts are "self-warned"). Second, there is a regulation presuming a one-time expert's written receipt with notification of potential criminal responsibility, added to expert's personal records. Third, the text of the warning is included in official blank form of the forensic psychiatric expert opinion (which has serious mistakes, distorting the formulation of the appropriate Criminal Code article).

Conclusions. If the procedure of warning a forensic expert against the deliberately false testimony is executed in undue way, this may result in devaluation of its moral component, and may become a barrier to effective suing of an expert if the deliberately false testimony would occur.

Keywords: forensic psychiatric evaluation, forensic expert responsibility, deliberately false testimony.

For citation: Pervomayskiy V. B., Kanishchev A. V. Deliberately false forensic expert testimony. Part 1: an introduction. *Arkhiv Psikhatrii*. 2019, 25 (2): 00–00.

*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): editor@psychiatry.ua

Received / Поступила: 10.04.2019

Accepted / Прийнята до друку: 07.05.2019

Актуальность. В одной из работ, выполненных в отделе судебно-психиатрической экспертизы Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, было детально рассмотрено соотношение факторов, определяющих расхождение экспертных выводов [10]. Все они относятся как к объекту, так и к субъекту экспертизы. Там же было показано, что при всём разнообразии их сочетаний ключевую роль играют два фактора, характеризующие субъект экспертизы: это заведомый умысел эксперта либо его недостаточная квалификация. Два указанных признака, находящиеся в противоречивых отношениях, прямо связаны с понятием «заведомо ложное заключение».

Со времени нашего обращения к теме расхождения экспертных выводов в судебно-психиатрической экспертизе прошло 15 лет. За это время проблема не исчезла, а, напротив, обострилась. Её актуальность приобретает особую значимость в свете недавних законодательных новаций, существенно затронувших вопросы назначения и проведения судебной экспертизы. Прежде всего речь идёт о расширении круга субъектов судебной экспертизы: её проведение теперь может поручаться не только аттестованным судебным экспертам, но также и иным специалистам (экспертам) в соответствующих областях знаний (ч. 1 ст. 7 Закона Украины «О судебной экспертизе»). Проведение экспертизы в гражданском, административном и хозяйственном процессах теперь возможно на основании непосредственного обращения участника дела, а не только по определению суда. Проведение экспертизы по обращению стороны защиты сохраняется и в уголовном процессе, но в соответствии с законом это возможно только в рамках уголовных производств, внесённых в Единый реестр досудебных расследований до 15.03.2018.

Указанные изменения поставили на повестку дня вопрос о серьёзном действенном обеспечении гарантий достоверности экспертного заключения.

Кроме того, одним из признаков возрастающей актуальности данной проблемы являются участвовавшие попытки оспаривания судебно-психиатрических заклю-

чений путём возбуждения уголовного производства по обвинению эксперта в даче заведомо ложного заключения.

Целью настоящей публикации является анализ организационных и правовых аспектов ответственности судебно-психиатрического эксперта за заведомо ложное заключение с акцентом на особенностях процедуры предупреждения эксперта об уголовной ответственности.

Материалы и методы исследования

Проведён анализ научных публикаций и нормативно-правовых актов, касающихся проблемы предупреждения эксперта об уголовной ответственности за дачу заведомо ложного заключения.

Результаты и их обсуждение

Успешное функционирование, развитие и совершенствование любого социального института возможно лишь внутри пространства, очерченного системой понятий «права – обязанности – ответственность». Отсутствие любого из этих компонентов разрушает систему, делает её открытой, а социальный институт – уязвимым для разного рода внутренних и внешних воздействий. Не составляет исключения в этом отношении и судебно-психиатрическая экспертиза. По нашему мнению, многие проблемные вопросы современной судебно-психиатрической экспертной практики напрямую связаны именно с нерешённостью проблемы ответственности эксперта за дачу заведомо ложного заключения.

Уголовная ответственность эксперта за дачу заведомо ложного заключения предусмотрена ст. 384 УК Украины. Ст. 4 Закона Украины «О судебной экспертизе» упоминает такую ответственность в числе гарантий независимости судебного эксперта и правильности его заключения. В свою очередь, требования в отношении обязательности предупреждения эксперта об уголовной ответственности за заведомо ложное заключение содержатся в отраслевых процессуальных кодексах.

Большинство исследователей отмечает, что предупреждение эксперта об уголовной ответственности имеет важ-

ное воспитательное и профилактическое значение, являясь одним из необходимых оснований для нормальной процессуальной деятельности [5, 6]. По мнению М. В. Шепитько, предупреждение эксперта об уголовной ответственности является уникальным способом противодействия даже заведомо ложного заключения: оно направлено на информирование эксперта о наличии специфических обязанностей и о возможной уголовной ответственности, чтобы таким образом вызвать у него положительную установку на выполнение своих обязанностей [11]. Справедливо отмечается, что подобное предупреждение является средством психологического воздействия, унаследованным от инквизиционного процесса [12].

Проблема заключается в механизме такого предупреждения, а именно в том кто, кого, когда и каким образом должен предупреждать об ответственности за заведомо ложное заключение.

Процессуальное законодательство субъектом экспертизы видит *эксперта* (а не на комиссию и не экспертное учреждение). Из этого следует, что предупреждение об ответственности должно быть персонализированным, т. е. оно должно быть адресовано непосредственно конкретному эксперту. Кроме того, предупреждение представляет собой не просто констатацию факта осведомленности эксперта с содержанием уголовно-правовой нормы. Это, прежде всего, определённая *процедура*, обязательная часть судебного церемониала, носящая публичный характер и содержащая очевидную морально-этическую составляющую.

Таким образом, объектом предупреждения может быть эксперт как конкретное физическое лицо применительно к конкретному делу (производству). Это означает, что в определении (постановлении) о назначении экспертизы должно быть указано имя предупреждаемого эксперта. На практике это фактически никогда не осуществляется. Применительно к судебной психиатрической экспертизе основным препятствием является преимущественно комиссионный способ её проведения, унаследованный Украиной от СССР и входящий в явное противоречие с идеологией закона. Единоличная экспертиза в суде, где эксперт персонально, напрямую предупреждается судом об ответственности и лично даёт соответствующую расписку, представляет собой исключительную редкость. На сегодняшний день следствие и суд предупреждают абстрактных, безымянных экспертов до начала проведения экспертизы, а подписи конкретных экспертов появляются в заключении экспертизы уже после её завершения. Подобная практика, безусловно, дискредитирует саму идею предупреждения эксперта об ответственности.

На заре формирования судебной экспертизы как процессуального института экспертные исследования нередко проводились в зале суда или в кабинете следователя; приглашение эксперта в суд для разъяснения заключения было практически обязательным элементом. Предупреждение эксперта об ответственности при этом носило непосредственный, прямой и персонализированный характер.

В дальнейшем экспертизы в подавляющем большинстве случаев стали проводиться в экспертных учреждениях, а вызов эксперта в суд стал скорее исключением, чем правилом. Процедура предупреждения эксперта об

ответственности подверглась упрощению. В советском процессуальном законодательстве второй половины XX века данная процедура существовала уже в двух вариантах: полноценном и упрощённом. Полноценный вариант был предусмотрен для эксперта, не являющегося сотрудником экспертного учреждения. Так, согласно ч. 3 ст. 196 УПК Украинской ССР 1960 г., следователь непосредственно, под протокол, разъяснял эксперту его права и обязанности, а также предупреждал его об уголовной ответственности – но только в том случае, если экспертиза проводилась не в экспертном учреждении. Если же экспертиза проводилась в экспертном учреждении, то эксперту достаточно было расписаться о предупреждении во вступительной части заключения (ч. 4 ст. 196 УПК Украинской ССР 1960 г.).

Следует отметить, что уголовное процессуальное законодательство некоторых республик бывшего СССР (например, УПК Азербайджанской ССР, УПК Эстонской ССР) содержало императивное требование ознакомления эксперта об уголовной ответственности следователем под расписку перед назначением экспертизы, без каких-либо оговорок в отношении экспертов, работающих в специализированных учреждениях (подробнее об этом см. в работе А. Я. Палиашвили [9]).

Современный УПК Украины (2012 г.) ничего не говорит о процедуре предупреждения эксперта. В соответствии с ч. 2 ст. 102 УПК Украины 2012 г., в заключении эксперта должно быть обязательно указано, что он *предупреждён* об уголовной ответственности за заведомо ложное заключение и за отказ без уважительных причин от выполнения возложенных на него обязанностей. Вопрос о том, кто и каким образом предупреждает эксперта, остаётся за рамками УПК. Между прочим, указанное обстоятельство создаёт непреодолимое препятствие в случае проведения экспертизы по обращению стороны защиты, поскольку предупреждение эксперта об ответственности при этом *de jure* является невозможным.

Требования процедуры, прописанной в современном гражданском процессуальном законодательстве Украины, имеют несколько иное содержание. Предполагается, что в заключении эксперта должно быть указано, что он предупреждён (осведомлён) об ответственности за заведомо ложное заключение, а в случае назначения экспертизы судом – также и об ответственности за отказ без уважительных причин от выполнения возложенных на него обязанностей. Указанная норма, содержащаяся в ч. 7 ст. 102 ГПК Украины (в редакции 2017 г.) имеет, на наш взгляд, принципиальное значение. Понятно, что если экспертиза проводится по обращению участника дела (ч. 3 ст. 102 ГПК Украины), то эксперт никак не может быть предупреждён об ответственности, поскольку единственный полномочный субъект такого предупреждения, а именно суд, никоим образом в назначении экспертизы не задействован. В таком случае эксперт может лишь констатировать свою *осведомлённость* о содержании ст. 384 УК Украины. Если же экспертиза назначена определением суда, то эксперт, конечно же, должен быть предупреждён (а не просто осведомлён) об уголовной ответственности, и в данном случае предупреждение может быть осуществлено только судом. Совершенно очевидно, что исключение полноценной процедуры

предупреждения эксперта об уголовной ответственности при экспертизе по обращению участника дела уже само по себе не даёт оснований для того, чтобы ставить такую экспертизу на один уровень с экспертизой, проведённой по определению суда.

Таким образом, процедура предупреждения эксперта предполагает наличие полномочного субъекта такого предупреждения. Очевидно, что эксперт сам себя предупредить не может, точно так же, как не может сам себя привести к присяге. Не могут его предупредить также ни адвокат, ни сторона по гражданскому делу, ни руководитель экспертного учреждения. Следовательно, предупредить эксперта об ответственности может только орган (лицо), в производстве которого находится соответствующее дело, т. е. суд, а в уголовном процессе – также следственный судья, следователь либо прокурор.

Тем не менее, у многих учёных-процессуалистов находит поддержку идея о том, что эксперт, являющийся сотрудником специализированного учреждения, должен предупреждаться об уголовной ответственности руководителем данного учреждения [6, 9]. В основе такой позиции лежит представление о том, что профессиональный эксперт, по-видимому, должен быть заранее осведомлён об ответственности, и предупреждать его об этом напрямую в каждом отдельном случае нет необходимости. Более того, по мнению М. В. Шепитько, предупреждение эксперта об ответственности применяется «неоправданно часто», подобные чрезмерные процессуальные механизмы напоминают «запугивание», в то время как в отношении иных профессиональных участников уголовного производства, таких как судья, следователь, прокурор, адвокат, подобные механизмы не применяются [11].

Таким образом, первый шаг на пути размывания чёткости и непосредственности процедуры предупреждения эксперта был сделан путём исключения прямого предупреждения судом (следователем) в отношении профессиональных экспертов, в том числе путём делегирования данных полномочий руководителю экспертного учреждения. На практике это означает «самопредупреждение» эксперта, а фактически – подтверждение осведомлённости эксперта с содержанием соответствующих норм закона. Между тем *предупреждение* об ответственности и *осведомлённость* различаются принципиально. Предупреждение с морально-психологической точки зрения является своеобразной предтечей неотвратимости наказания за заведомо ложное заключение. Осведомлённость же никоим образом не ограничивает эксперта в предоставлении заведомо ложного заключения.

Следующая попытка упрощения рассматриваемого механизма была сделана путём введения в ГПК Украины в 2004 г. нормы, регламентирующей приведение эксперта к присяге, разъяснение ему прав, обязанностей и предупреждение об ответственности руководителем экспертного учреждения при назначении эксперта на должность и присвоении ему квалификации судебного эксперта (ч. 5 ст. 225 ГПК Украины в редакции 2017 г.). Аналогичная по сути норма содержится и в ч. 4 ст. 207 Кодекса административного судопроизводства Украины (в редакции 2017 г.). О таком предупреждении эксперт должен давать соответствующую расписку, которая, вместе с подписанным текстом присяги, приобщается

к личному делу эксперта. В то же время в указанных нормах речь идёт не о *предупреждении* эксперта об уголовной ответственности (конечно же, руководитель об этом предупреждать не может), а об *ознакомлении*. При этом, безусловно, сохраняется необходимость предупреждения эксперта об ответственности в случае назначения экспертизы судом. Таким образом, цель указанной новации остаётся не до конца ясной. По-видимому, она была нацелена на то, чтобы в перспективе свести механизм предупреждения эксперта к однократной формальной процедуре, с упразднением необходимости предупреждения по каждому конкретному делу. Тем не менее, на сегодняшний день указанная норма самостоятельной процессуальной роли не играет.

И, наконец, следует упомянуть ещё один механизм, направленный на рутинизацию процедуры предупреждения эксперта. Речь идёт о включении текста предупреждения в утверждённые Минздравом Украины формы первичной медицинской документации, регламентирующие структуру экспертных заключений.

На сегодняшний день заключение судебно-психиатрической экспертизы составляется в соответствии с формой № 100/у («Заключение судебно-психиатрического эксперта»), утверждённой приказом Минздрава Украины от 28.07.2014 № 527. Вместе с тем в данной форме конкретная формула предупреждения приведена с существенными неточностями. Так, в п. 15 формы № 100/у речь идёт о предупреждении «об ответственности за дачу явно ложных выводов» (укр. «*про відповідальність за надання явно неправдивих висновків*»). Между тем ст. 384 УК Украины предусматривает ответственность не за *явно* ложное, а за *заведомо* ложное заключение (укр. «*завідомо неправдивий висновок*»). Таким образом, в форме № 100/у некорректно сформулирован сам предмет предупреждения, т. к. понятие «явно ложное заключение» не идентично понятию «заведомо ложное заключение». Наречие «явно» указывает на открытость, очевидность, однако не указывает на умысел, который подразумевается наречием «заведомо». Более того, заведомая ложность заключения вовсе не обязательно должна быть явной. Указанная смысловая разница между наречиями «явно» (укр. «*явно*») и заведомо (укр. «*завідомо*») в целом аналогична как в русском, так и в украинском языке.

Следует обратить внимание ещё на один важный момент. Уголовный закон, говоря о заведомо ложном заключении (существительное «*заключение*» применено в единственном числе!), понимает под ним заключение эксперта как целостный письменный документ, включающий все составные части. В то же время предмет предупреждения, указанный в п. 15 формы № 100/у (укр. «*явно неправдиві висновки*»), в русском переводе означает «*явно ложные заключения*» либо «*явно ложные выводы*», т. е. ключевое существительное здесь употреблено во множественном числе. Разумеется, что подпись эксперта об ответственности может относиться только к одному, а не к нескольким документам. Поэтому в данном контексте применим только второй вариант перевода на русский язык — «явно ложные выводы», т. е. здесь имеется в виду не заключение эксперта как целостный документ, а только лишь его итоговая часть с

ответами на поставленные вопросы («выводы»). Из этого следует, что буквальная формулировка предупреждения, приведённая в п. 15 формы № 100/у, предусматривает ответственность только за ложные итоговые выводы, не включая таким образом в сферу ответственности всё остальное содержание заключения эксперта (т. е. вступительную, исследовательскую и мотивировочную части).

Необходимо отметить, что аналогичные неточности имели место и в предыдущих редакциях формы № 100/у (см. приказы Минздрава Украины от 29.12.2000 № 369 и от 29.05.2013 № 435).

Таким образом, формулировка предупреждения эксперта об ответственности, изложенная в форме № 100/у («Заключение судебно-психиатрического эксперта»), не соответствует диспозиции ст. 384 УК Украины. Если же утверждённая Минздравом форма принимается за основу оформления заключения без каких-либо правок и изъятий (как это происходит в большинстве судебно-психиатрических экспертных подразделений Украины), то в таком случае эксперты подписываются об ответственности по несуществующим, принципиально искажённым основаниям, что делает такое предупреждение ничтожным в правовом отношении.

Дискуссионным является вопрос о том, следует ли рассматривать предупреждение эксперта об ответственности за заведомо ложное заключение как обязательное условие наступления такой ответственности в случае совершения указанного деяния. Иными словами, должна ли наступать ответственность за заведомо ложное заключение в том случае, если процедура предупреждения была проигнорирована или не соблюдена надлежащим образом. Некоторые учёные полагают, что наказуемость заведомо ложного заключения не может быть поставлена в зависимость от соблюдения формальной процедуры предупреждения: здесь должна действовать презумпция знания закона. Так, по мнению А. С. Горелика и Л. В. Лобановой, «предупреждение об ответственности имеет важное информационное и профилактическое значение, но не более – опасность ложных показаний очевидна и общеизвестна независимо от того, было ли сделано предупреждение» [5].

По нашему мнению, столь категоричная позиция не имеет достаточных оснований. В связи с этим обращалось внимание на то, что заключение эксперта, не предупреждённого об ответственности, не имеет доказательной силы и, скорее всего, будет признано недопустимым доказательством [7]. Подобные заключения эксперта не способны нанести вред правосудию, а вина за их использование лежит не на эксперте, а на соответствующем должностном лице [6]. Аналогичную позицию разделяет П. С. Метельский, полагая, что предупреждение лица об уголовной ответственности за заведомо ложные показания (заведомо ложное заключение эксперта) необходимо рассматривать как обязательное условие применения данной нормы, несмотря на то, что в её диспозиции ничего об этом не сказано. Убедительным также представляется мнение М. В. Шепитько о том, что необходимость установления факта предупреждения эксперта об ответственности вытекает из смысла диспозиции ст. 384 УК Украины, являющейся бланкетной и отсылающей правоприменителя к УПК Украины и другим нормативно-правовым актам [11].

При поиске в Едином государственном реестре судебных решений нам удалось обнаружить всего четыре приговора в отношении судебных экспертов по ст. 384 УК Украины, из них два обвинительных приговора [1, 2] и два оправдательных [3, 4]. В трёх из указанных приговоров при описании фактуры инкриминируемого преступления акцентировалось внимание на том, что данный эксперт был предупреждён об уголовной ответственности за заведомо ложное заключение по ст. 384 УК Украины [1, 3, 4].

Приведённые обстоятельства дают основания для вывода о том, что ненадлежащее соблюдение процедуры предупреждения эксперта об ответственности за заведомо ложное заключение может стать реальным препятствием как для привлечения такого эксперта к уголовной ответственности в случае совершения им указанного деяния, так и для признания такого заключения полноценным доказательством.

Выводы

Таким образом, полноценная процедура предупреждения эксперта об уголовной ответственности за заведомо ложное заключение имеет важное воспитательно-превентивное значение, однако в первую очередь она должна являться стержневым элементом, обеспечивающим реальное наступление уголовной ответственности в случае совершения указанного преступления. Предупреждение эксперта об ответственности должно осуществляться уполномоченным лицом или органом (судом, следственным судьёй, прокурором, следователем) непосредственно, индивидуально и персонифицировано, в каждом конкретном случае поручения проведения экспертизы. В то же время действующее законодательство и сложившаяся практика свидетельствуют о недопустимом упрощении, выхолащивании и искажении указанной процедуры, что приводит к девальвации морально-этической составляющей предупреждения эксперта об ответственности и ставит под сомнение возможность действенной реализации уголовно-правовой нормы, предусмотренной ст. 384 УК Украины.

Такая трансформация института предупреждения об ответственности породила исключительно опасную тенденцию. Факт предупреждения из фактора сдерживания превратился в известную гарантию достоверности заключения. В результате суды всё чаще оценку заключения эксперта как доказательства подменяют непроцессуальной категорией «доверия» эксперту, опирающегося на уровень квалификации и предупреждение об ответственности. Способствует этому, очевидно, как отсутствие методики выявления заведомо ложного заключения, так и отсутствие законодательного определения объёма и содержания понятия «заведомо ложное заключение эксперта». Можно утверждать, что совокупность указанных факторов, к которым следует добавить государственную монополию на судебно-экспертную деятельность и отсутствие института независимого эксперта в судебной психиатрии, в лучшем случае не препятствуют составлению экспертом заведомо ложного заключения, а в худшем – способствуют этому.

Список использованной литературы

1. Вирок Богунського районного суду м. Житомира від 06.11.2013 у кримінальній справі № 1–90/12. Єдиний державний реєстр судових рішень. 2013. Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/review/34570708> (дата звернення 01.04.2019).
2. Вирок Києво-Святошинського районного суду Київської області від 28.11.2013 у кримінальній справі № 1–477/12. Єдиний державний реєстр судових рішень. 2013. Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/review/36284155> (дата звернення 01.04.2019).
3. Вирок Личаківського районного суду м. Львова від 16.12.2013 у кримінальній справі № 1–39/11. Єдиний державний реєстр судових рішень. 2013. Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/review/36506372> (дата звернення 01.04.2019).
4. Вирок Луцького міськрайонного суду Волинської області від 09.12.2016 у кримінальній справі № 165/108/16–к. Єдиний державний реєстр судових рішень. 2016. Режим доступу: <http://reyestr.court.gov.ua/review/63291165> (дата звернення 01.04.2019).
5. Горелик А. С., Лобанова Л. В. Преступления против правосудия. СПб : Юридический центр Пресс, 2005. 491 с.
6. Лобанова Л. Значение предупреждения лица об уголовной ответственности для квалификации посягательств, совершаемых в сфере правосудия по уголовным делам. *Уголовное право*. 2012. № 3. С. 47–52.
7. Лобанова Л. В. Преступления против правосудия: теоретические проблемы классификации и законодательной регламентации. Волгоград : Волгоградский университет, 1999. 268 с.
8. Метельский П. С. Уголовная ответственность за заведомо ложные показания, заключение эксперта, специалиста или неправильный перевод (статья 307 УК РФ). *Вестник Новосибирского государственного университета. Серия «Право»*. 2010. Т. 6, вып. 1. С. 94–101.
9. Палиашвили А. Я. Экспертиза в суде по уголовным делам. М. : Юридическая литература, 1973. 144 с.
10. Первомайский В. Б. Субъект судебно-психиатрической экспертизы и проблема расхождения экспертных выводов. *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2004. № 4. С. 35–42.
11. Шепітько М. В. Засоби протидії наданню судовим експертом завідомо неправдивого висновку. *Теорія та практика судової експертизи та криміналістики*. 2015. Вип. 15. С. 180–188.
12. Шепітько М. В. Лжесвідчення та лжеприсяга: проблема правової регламентації й виявлення неправди в показаннях. *Наукові праці Національного університету «Одеська юридична академія»* : Збірник наукових праць. 2015. Т. 15. С. 313–320.
2. Unified State Register of Court Decisions of Ukraine. (2013). *Vyrok Kyievo-Svyatoshynskoho raionnoho sudu Kyiyvskoyi oblasti vid 28.11.2013 u kryminalniyi spravi № 1–477/12* [Kyiv-Sviatoshyn district court of Kyiv Region judgment of November 28, 2013 in criminal case No. 1–477/12]. Available at: <http://reyestr.court.gov.ua/review/36284155> (accessed date 01.04.2019). (In Ukrainian).
3. Unified State Register of Court Decisions of Ukraine. (2013). *Vyrok Lychakivskoho raionnoho sudu m. Lvova vid 16.12.2013 u kryminalniyi spravi № 1–39/11* [Lychakivskiy district court of Lviv City judgment of December 16, 2013 in criminal case No. 1–39/11]. Available at: <http://reyestr.court.gov.ua/review/36506372> (accessed date 01.04.2019). (In Ukrainian).
4. Unified State Register of Court Decisions of Ukraine. (2016). *Vyrok Lutskoho misky-raionnoho sudu Volynskoyi oblasti vid 09.12.2016 u kryminalniyi spravi № 165/108/16–k* [Lutsk city-district court of Volyn region judgment of December 09, 2016 in criminal case No. 165/108/16–k]. Available at: <http://reyestr.court.gov.ua/review/63291165> (accessed date 01.04.2019). (In Ukrainian).
5. Gorelyk, A. S., & Lobanova, L. V. (2005). *Prestupleniya protiv pravosudiya* [Offences against public justice]. SPb: Yuridicheskij tsentr Press, 491 p. (In Russian).
6. Lobanova, L. (2012). *Znachenije preduprezhdeniya litsa ob ugovolnoy otvetstvennosti dlya kvalifikatsii posyagatelstv, sovershayemykh v sfere pravosudiya po ugovolnym delam* [Significance of the warning of a person about criminal responsibility for the qualification of the offences in the field of public justice]. *Ugolovnoye pravo – Criminal Justice*, 3, 47–52. (In Russian).
7. Lobanova, L. V. (1999). *Prestupleniya protiv pravosudiya: teoreticheskiye problemy klassifikatsii i zakonodatelnoy reglamentatsii* [Offences against public justice: theoretical problems of classification and legislative regulation]. Volgograd: Volgogradskiy universitet, 268 p. (In Russian).
8. Metelskiy, P. S. (2010). *Ugolovnaya otvetstvennost za zavedomo lozhniye pokazaniya, zaklyucheniye eksperta, spetsialista ili nepravilniy perevod (statya 307 UK RF)* [Criminal liability for the obviously false evidences, expert's and specialist's reports, incorrect translators (article 307 of the Criminal Code of the Russian Federation)]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya "Pravo" – Bulletin of Novosibirsk State University. Series "Law"*, 6(1), 94–101. (In Russian).
9. Paliashvili, A. Y. (1973). *Ekspertisa v sude po ugovolnym delam* [Forensic expertise in criminal cases at the court]. Moscow: Yuridicheskaya literatura, 144 p. (In Russian).
10. Pervomayskiy, V. B. (2004). *Subyekt sudebno-psixiatricheskoy ekspertizy i problema raskhozhdeniya ekspertnykh vyvodov* [The subject of forensic psychiatric expertise and the problem of divergence of expert conclusions]. *Zhurnal psixiatrii i meditsinskoy psikhologii – Journal of Psychiatry and Medical Psychology*, 4, 35–42. (In Russian).
11. Shepitko, M. V. (2015). *Zasoby protydyiy nadannu sudovym ekspertom zavidomo nepravdyvoho vysnovku* [Means of counteracting the provision of an intentionally misleading conclusion by an expert]. *Teoriya ta praktyka sudovoi ekspertizy ta kryminalistyky – Theory and practice legal expertise and criminalistics*, 15, 180–188. (In Ukrainian).
12. Shepitko, M. V. (2015). *Lzhesvidchennya ta lzheprisyaha: problema pravovoyi rehlamentatsiyi i viyavlennya nepravdy v pokazannyakh* [False testimony and false oath: problems of legal regulation and detection lies in testimony]. *Naukovi pratsi Natsionalnoho universytetu "Odeska yurydychna akademiya" – Scientific works of the National University "Odessa Law Academy"*, 15, 313–320. (In Ukrainian).

References

1. Unified State Register of Court Decisions of Ukraine. (2013). *Vyrok Bogunskoho raionnoho sudu m. Zhytomyra vid 06.11.2013 u kryminalniyi spravi № 1–90/12* [Bohunskiy District Court of Zhytomyr City judgment of November 06, 2013 in criminal case No. 1–90/12]. Available at: <http://reyestr.court.gov.ua/review/34570708> (accessed date 01.04.2019). (In Ukrainian).

Сведения об авторах:

ПЕРВОМАЙСКИЙ Виталий Борисович, доктор медицинских наук, профессор, г. Киев, Украина;
КАНИЩЕВ Андрей Вячеславович, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы Государственного учреждения «Научно-исследовательский институт психиатрии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина;
 e-mail: editor@psychiatry.ua

Відомості про авторів:

ПЕРВОМАЙСЬКИЙ Віталій Борисович, доктор медичних наук, професор, м. Київ, Україна;
КАНИЩЕВ Андрій Вячеславович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи Державної установи «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна;
 e-mail: editor@psychiatry.ua

About the Authors:

PERVOMAYSKIY Vitaliy Borysovych, M.D., Ph.D., Sc.D., professor, Kyiv, Ukraine;
KANISHCHEV Andriy Viacheslavovych, M.D., Ph.D., principal research officer, Department of Multispecialty Forensic Psychiatric Expertise, Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine;
 e-mail: editor@psychiatry.ua

VII ЩОРІЧНА МІЖНАРОДНА НАУКОВА КОНФЕРЕНЦІЯ «ПСИХІАТРІЯ
XXI СТОЛІТТЯ: ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ»
17–19 КВІТНЯ 2019 Р., М. КИЇВ, УКРАЇНА
ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

UDC 616.89-008.451:616.89-008.42/.48]-07-08

O. S. Troyan, O. A. Levada

ASSOCIATIONS BETWEEN COGNITIONS AND FUNCTIONAL DECLINE
IN PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

State Institution “Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education
Ministry of Health of Ukraine”

troian@zmapo.edu.ua

Background. Major depressive disorder (MDD) is one of the most prevalent mental illnesses globally affecting more than 300 million people. Cognitive deficits are currently investigated as a possible factor of functional decline.

Objectives: 1) to assess influence of cognitions among other MDD symptoms on functional impairment; 2) to compare effects of eight weeks' vortioxetine versus escitalopram treatments on cognitions and consequent influence on various domains of functioning.

Materials and methods. This was a randomized, open-labeled, active-comparator, parallel-group clinical trial. At baseline, 119 MDD (according to DSM-5, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ≥ 7) patients and 71 healthy controls completed neurocognitive tests (Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Trail Making Test B, Digit Symbol Substitution Test (DSST) and Sheehan Disability Scale (SDS)). After 8 weeks' vortioxetine/escitalopram treatment, 56 patients had repeated clinical and neuropsychological evaluations. Multiple linear regression models were performed to explore a potential relationship between functioning and depressive symptoms and performance of cognitive tests. To determine the relative importance of each independent variable in the regression models and lessen the impact of multicollinearity, we performed a Johnson relative weights (RW) analysis. RW measures to what extent (expressed in percent) each variable contribute to regression equation in combination with other variables. RWs for all predictors sum up to 100%. Relative importance weights were computed using the Lorenzo-Seva and Ferrando (2011) SPSS code. Differences in and between treatment groups with respect to the baseline and week 8 in the study outcome parameters were analyzed using mixed model for repeated measurements (MMRM). Lastly, multiple linear regression analysis was performed to explore relationships between change in severities of functioning and change in individual depressive symptoms after antidepressant treatment. Significance was set at $p < 0.05$.

Results.

MADRS symptoms and functioning at baseline. For functioning at work, significant predictors were fatigue and decreased concentration with RW of 16.1% and 15.5%, respectively. For social functioning, significant predictors were decreased concentration (RW=18%), inability to feel (RW=14%), and reported sadness (RW=12%). The severity of disruption in family functioning depended on “inability to feel” (RW=14%), reported sadness (RW=13%), and pessimistic thoughts (RW=7%). Total functioning was predicted by the scores of inability to feel (RW=13%), reported sadness (RW=13%), concentration problems (RW=12%), and pessimistic thoughts (RW=11%). Demographic predictors were not significant for functioning in those models.

Cognitive symptoms and functioning at baseline. Performance at work (SDS item “work”) was significantly predicted by scores of RAVLT total immediate recall (RW=25%), RAVLT delayed recognition (RW=19%), and DSST (RW=13%). As for social and family functioning, they were significantly influenced only by RAVLT total immediate recall score with RW of 26% and 19%, respectively. The overall functioning was depended on RAVLT total immediate recall (RW=26%) and RAVLT delayed recognition (19%).

Depression severity after treatment. Mean MADRS total scores decreased during the treatment period in both groups without significant difference. Analogous patterns were seen for changes in CGI-S and CGI-I scores with prominently higher differences for vortioxetine versus escitalopram. As for response / remission rates, 83% of patients in the vortioxetine group were responders compared with 75% of patients in the escitalopram group, and 62% of patients in the vortioxetine group were remitters compared with 48% of patients in the escitalopram group.

Cognitive performance after treatment. At week 8, improvements relative to baseline were seen in performance across all cognitive tests in both groups, with numerical differences favoring vortioxetine. Significant differences in favor of vortioxetine were in tests of verbal memory: RAVLT total immediate recall (6.4 points, $p=0.01$), RAVLT retroactive interference (1.6 points, $p=0.007$), and RAVLT delayed recall (1.1 points, $p=0.03$). From baseline to week 8, the number of DSST correct symbols increased (improved) by 12.3 and 7.6 points for vortioxetine and escitalopram, respectively, with a mean difference between the treatments of 7.7 points in favor of vortioxetine ($p=0.07$, MMRM).

Patient-rated functioning after treatment. Patients in both treatment groups improved in level of functioning as assessed by the SDS during the 8-week treatment period, with a significant between-treatment difference across all domains in favor for vortioxetine.

The influence of improvements of cognitive dysfunction on all aspects of functioning. According to obtained data, improvement of cognitive functioning (assessed by MADRS) played a significant role along with hypothymia on workplace performance improvement ($\beta=0.35$, $p=0.03$). Whereas, overall functioning recovery was predicted only by improvements in “concentration” item ($\beta=0.44$, $p=0.008$). Improvements of other MDD symptoms according to MADRS were not significant. As for the specific cognitive tests, there were significant associations between improvements in RAVLT immediate recall, RAVLT delayed recall recognition, and DSST test scores and working functioning. Total functioning change was significantly associated with change in RAVLT delayed recall recognition and DSST test scores.

Conclusions. Cognitive impairments predominantly affect social functioning and are among the crucial contributors in working and total functioning along with the core MDD symptoms – anhedonia and hypothymia in patients with MDD. Short-term (working) memory impairments are associated with all aspects of everyday functioning. Executive dysfunction makes additional contribution to workplace performance disturbances. At week eight, vortioxetine compared to escitalopram treatment greater improved the parameters of short-term (working) memory, executive disturbances, attention, and processing speed in MDD patients. Similarly, the effect of vortioxetine on working, social, family, and total functioning was significantly higher compared to that of escitalopram. Improving in cognitions is the most significant factor for total functioning recovery and among crucial contributors for workplace performance recovery. Vortioxetine was superior to escitalopram in response and remission rates.

Keywords: major depressive disorder; cognition; functioning; vortioxetine; escitalopram

О. С. Троян, О. А. Левада
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ КОГНІЦІЯМИ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ
У ПАЦІЄНТІВ З ВЕЛИКИМ ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна
troian@zmapo.edu.ua

Актуальність. Великий депресивний розлад (ВДР) є одним з найпоширеніших психічних захворювань, пов'язаних із порушеннями у різних сферах функціонування. Когнітивний дефіцит на даний час досліджується як можливий фактор функціонального зниження.

Мета – оцінити вплив когнітивних симптомів серед інших симптомів ВДР на функціональні порушення; порівняти вплив на когнітивні функції та, як наслідок, на різні сфери функціонування, лікування вортіоксетином, порівняно з есциталопрамом, протягом восьми тижнів.

Матеріали та методи дослідження. На початковому етапі 119 пацієнтів з ВДР (що відповідали критеріям DSM-5, MADRS ≥ 7) і 71 особа групи контролю пройшли нейропсихологічне тестування (Rey Auditory Verbal Learning Test, Trail Making Test B, Digit Symbol Substitution Test) та заповнили шкалу оцінки непрацездатності Шихана. Після 8-тижневого лікування вортіоксетином / есциталопрамом 56 пацієнтів пройшли повторні клінічне та нейропсихологічне оцінювання. Для виявлення значущих предикторів порушення (вихідного рівня) та поліпшення (після лікування) функціонування (за шкалою Шихана) проведено лінійний регресійний аналіз. Відмінності між групами до та після лікування проаналізовані за допомогою змішаних моделей для повторних вимірювань.

Результати та їх обговорення. Когнітивні порушення були вирішальними для соціального функціонування та одними із основних – для робочого та загального функціонування (разом з ангедонією і гіпотимією). Головним когнітивним доменом, що порушував всі аспекти функціонування, була робоча пам'ять. Виконавча дисфункція також впливала на порушення на робочому місці. На 8-му тижні лікування пацієнти, що приймали вортіоксетин, мали кращі показники відновлення порушених когнітивних параметрів та аспектів функціонування та вищі показники ремісії, порівняно з пацієнтами, які приймали есциталопрам. Когнітивне поліпшення було найважливішим фактором для повного відновлення функціонування та продуктивності на робочому місці.

Висновки. Когніції відіграють ключову роль у соціальному, робочому та загальному функціонуванні хворих на ВДР. Порівняно з есциталопрамом, вортіоксетин ефективніше впливає на всі когнітивні домени та аспекти функціонування, що приводить до вищих рівнів ремісії.

Ключові слова: великий депресивний розлад, когніції, функціонування, вортіоксетин, есциталопрам.

УДК 000000000

О. Г. Сиропятов, Н. О. Дзеружинська¹, К. Ю. Марущенко²
ПСИХОПАТОЛОГІЯ ФЛЕШБЕКІВ У КОМБАТАНТІВ
ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Українська військово-медична академія Міністерства оборони України, м. Київ, Україна

n.dzeruzhinskaya@gmail.com

Актуальність. Флешбек (англ. flash «спалах, осяяння» + back «назад», зворотний спалах, також зворотний кадр) – художній прийом, насамперед у кінематографі, з тимчасовим перериванням послідовності розповіді з метою показу якихось подій в минулому. У загальній психопатології флешбек – мимовільне і непередбачуване оживлення травматичного досвіду через надзвичайно яскраві спогади, що тривають від кількох секунд до кількох годин, під час яких ветеранам здається, що страшна реальність з минулого вторгається в їх справжнє життя.

Суб'єктивно пацієнти описують ці стани в наступних феноменах: «в очах стоїть війна», «я тут і не тут», сцени загибелі друга, сцени насильства. Межі між «тією» і дійсною реальністю стираються. Флешбеки також спостерігають при вживанні психоактивних речовин – галюциногенів і стимуляторів, а також алкоголю. У наркології під флешбеком розуміють виникнення симптоматики інтоксикації після припинення вживання наркотиків. Флешбеки також описані при правосторонній скроневій епілепсії, пухлинах та інших органічних ураженнях головного мозку. В літературі

висловлюється думка, що флешбеки є копінг-механізмом подолання стресу. Разом з тим, пряме або символічне відображення у змісті реперевживань характеру психотравми – один із основних симптомів діагностики психогенних психічних розладів.

Більш широке психопатологічне уявлення про флешбеки свідчить про нозологічну неспецифічність цього феномена (Волошин В. М., 2005; Александровский Ю. А., 2008; Жмуров В. А., 2008; Крылов В. И., 2015). Діагностичні критерії ПТСР у МКХ-10 не передбачають розмежування епізодів флешбеків від інших психічних порушень. У DSM-5 флешбек – феномен кваліфікується як дисоціативний епізод, розглядається в одному ряду з ремінісценціями, ілюзіями, галюцинаціями, змістовно пов'язаними з повторними переживаннями психотравмуючих переживань, і є діагностичною ознакою.

Мета – вивчити клініко-психопатологічні особливості флешбеків у структурі ПТСР у військовослужбовців-комбатантів.

Матеріали та методи дослідження. Клініко-катамнестично були обстежені військовослужбовці-комбатанти. З позиції системного підходу ми обстежили і відібрали за критеріями включення 48 комбатантів – військовослужбовців ЗСУ чоловічої статі віком $31,4 \pm 0,7$ років з використанням такого алгоритму дослідження: 1) усі респонденти – комбатанти проходили тестування за допомогою тесту Люшера для скринінгу емоційних порушень; 2) у відібраній групі респондентів з емоційними порушеннями надалі проводили клініко-психопатологічне дослідження з додатковим використанням симптоматичного опитувальника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) для уточнення основної і додаткової симптоматики ПТСР і коморбідних психопатологічних симптомів.

Результати та їх обговорення. Дослідження з використанням МКХ-11 виявило ознаки ПТСР у обстежуваних комбатантів. Це розлад, який розвивається після впливу екстремальної, загрозливої або жахливої події чи серії подій, і характеризується трьома «стрижневими» проявами:

- повторним переживанням травматичної події (подій) у теперішньому часі у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, флешбеками або нічними кошмарами;
- униканням думок і спогадів про події, або униканням діяльності чи ситуацій, що нагадують події;
- станом суб'єктивного відчуття того, що загроза зберігається, у вигляді гіпернастороженості або посилення реакцій переляку.

Виявлений профіль симптомів супроводжувався додатковими постійними, повсюдними й стійкими порушеннями регуляції, самооцінки і міжособистісного функціонування. У всіх обстежуваних комбатантів була застосована нова діагностична категорія МКХ-11 «Комплексний ПТСР». Як зазначає В. И. Крылов (2015), симптоматика реперевживань (флешбеків) характеризується двома основними рядами – нав'язливими і надцінними переживаннями. Ми також виділили різну феноменологію флешбеків, котрі мають наступні відмінності. По-перше, нав'язливий характер ремінісценцій спостерігається у тих спогадах, які пацієнт хоче забути, провідне значення при цьому має зміст спогадів. По-друге, для нав'язливих уявлень головне значення мають афективно насичені образи і картини психотравмуючих подій. По-третє, при нав'язливих сумнівах провідне значення має ретроспективний самоаналіз правильності власної поведінки в психотравмуючій ситуації. По-четверте, надцінні спогади й уявлення з самого початку мають довільний характер і підтримуються «бойовим товариством». Надцінні переживання егосинтонні та ідентифікуються з особистістю. Протилежна думка про цілі й сенс війни викликає агресію. Відбувається «героїзація» своєї поведінки в умовах війни. По-п'яте, кошмарні сновидіння зі сценами війни, які закінчуються пробудженнями або просоночними станами з порушенням орієнтування в місці та часі, можуть супроводжуватися агресивними діями.

На підставі феноменологічного психопатологічного аналізу були виділені основні ознаки феномену флешбек:

- відображення бойової психічної травми в змісті реперевживань;
- спонтанне мимовільне виникнення реперевживань без зовнішньої провокації;
- чуттєва насиченість реперевживань – зорові образи флешбеку мають яскравий поліхроматичний характер, слухові образи виражені, нюхові порушення асоційовані з бойовим досвідом (запах пороху, гару, крові); образи реперевживань мають закінчений «військовий» сюжетний характер;
- реперевживання афективно насичені і повторюють почуття, пережиті комбатантом під час бою – це страх, жах, виражена тривога і тілесне гаптичне відчуття небезпеки;
- на відміну від епілептичних феноменів, є інваріантність реперевживань у психогенних флешбеках.

Для класичного варіанта флешбеку при ПТСР характерні такі клініко-психопатологічні ознаки: сенсоріалізовані уявлення і ейдетичні образи; мономодальні образи; часткове занурення в хворобливі переживання зі збереженням контакту з реальною дійсністю; збереження всіх видів орієнтування, відсутність амнезії під час флешбеку. При психотичному ПТСР, що супроводжується потьмареннями свідомості, які в зарубіжній літературі вважають «дисоціативними розладами», спостерігаються ознаки атипичного флешбеку, що вимагає іншої стратегії ведення пацієнта. Це такі ознаки: трансформація ейдетичних образів в ілюзії й галюцинації; полімодальність образів; повне занурення в хворобливі переживання з втратою контакту із реальною дійсністю; порушення орієнтування в місці і часі; парціальна амнезія реальних подій.

Висновки. Феноменологічний клініко-психопатологічний аналіз флешбеків при ПТСР дозволяє не тільки судити про належність цього розладу до бойової психічної патології, а й проводити диференційний діагноз цього феномена для більш ефективного надання допомоги військовослужбовцям – комбатантам.

Ключові слова: комбатанти, посттравматичний стресовий розлад, флешбеки, діагностика.

O. G. Syropyatov, N. O. Dzeruzhynska¹, K. Yu. Marushchenko²
FLASHBACK PSYCHOPATHOLOGY IN COMBATANTS WITH PTSD

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Ukrainian Military Medical Academy Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine
n.dzeruzhinskaya@gmail.com

Background. Flashback is an artistic technique, primarily in cinema, with a temporary interruption of the narrative sequence in order to show some events in the past. In General psychopathology, flashback is an involuntary and unpredictable revival of traumatic experience through extraordinarily vivid memories lasting from a few seconds to several hours, during which veterans feel that a terrible reality from the past invades their real life. Subjectively, patients describe these conditions in the following phenomena: “war is in the eyes”, “I am here and not here”, scenes of death of a friend, scenes of violence. The boundaries between “that” and actual reality are blurred. Flashbacks are also observed when psychoactive substances are used – hallucinogens and stimulants, as well as alcohol. In narcology by flashback the occurrence of symptoms of intoxication after drug use cessation is meant. Flashbacks are also described in right-sided temporal lobe epilepsy, brain tumors, and other organic brain lesions. The literature suggests that flashbacks are a coping mechanism for coping with stress. At the same time, direct or symbolic reflection of the psychotrauma pattern in the content of recurrent memories is one of the main symptoms of diagnosis of psychogenic mental disorders. Wider psychopathological idea of the flashback evidence of nosological non-specificity of this phenomenon (Voloshin V. M., 2005; Alexander Yu. A., 2008; Zhmurov V. A., 2008; Krylov V. I., 2015). The diagnostic criteria for PTSD in ICD-10 do not distinguish flashback episodes from other mental disorders. In DSM-5, the flashback phenomenon is qualified as a dissociative episode and is considered along with reminiscences, illusions, hallucinations, meaningfully associated with recurrent experiences of psychotraumatic experiences, and is a diagnostic feature.

Objective. The aim of the study was to investigate clinical and psychopathological features of flashbacks in the structure of PTSD in combatant soldiers

Materials and methods. Clinical follow-up examination of soldiers-combatants was conducted. With the system approach, we examined and selected according to the inclusion criteria 48 combatants-servicemen of Armed Forces of Ukraine, males aged 31±0.7 years using the following study algorithm: 1) all respondents – combatants were tested using the Luscher test to screen for emotional disorders; 2) in the selected group of respondents with emotional disorders, a clinical and psychopathological study was further conducted with the additional use of the symptomatic questionnaire SCL-90-R (The Symptom Checklist-90-Revised) to clarify the main and additional symptoms of PTSD and comorbid psychopathological symptoms.

Results. A study using ICD-11 revealed signs of PTSD in examined combatants. It is a disorder that develops after exposure to an extreme threatening or terrifying event or series of events, and is characterized by three “pivotal” manifestations:

- re-experiencing the traumatic event(s) at the present time in the form of vivid intrusive memories accompanied by fear or horror, flashbacks or nightmares;
- avoidance of thoughts and memories of the event, or avoidance of activities or situations that reminiscent of the event;
- a state of subjective sense of continuing threat in the form of hyper-alertness or increased reactions of fright.

The revealed profile of symptoms was accompanied by additional permanent and widespread and persistent derangements of regulation, self-assessment and interpersonal functioning. For all combatants surveyed, a new diagnostic category of ICD-11 “Complex PTSD” was used. As noted by V. I. Krylov (2015), the symptoms of re-experiencing (flashbacks) are characterized by two main rows – obsessive and overvalued experiences. We also highlighted the different phenomenology of flashbacks, which have the following differences. First, the obsessive nature of reminiscences is observed in those memories that the patient wants to forget, the leading value in this case is the content of memories. Second, for intrusive ideas the focus is on intense affective images and pictures of psychotraumatic events. Third, retrospective self-analysis of the correctness of their behavior in a psychotraumatic situation has a leading place in obsessive doubts. Fourth, overvalued memories and views from the beginning are arbitrarily and are supported by “brothers in arms”. Overvalued experiences are egosyntonic and identify with personality. The opposite view of the aims and meaning of war causes aggression. “Heroization” of their behavior in military conditions takes place. Fifth, nightmares with scenes of war that end in awakenings or sleep inertia states with disorientation in place and time can be accompanied by aggressive actions.

On the basis of phenomenological psychopathological analysis the main characteristics of the phenomenon of flashback were derived:

- reflection of combat trauma in the content of re-experiencing;
- spontaneous involuntary occurrence of re-experiencing without external provocation;
- sensual richness of re-experiencing – visual images of flashback have a bright polychromatic character, auditory images are expressed, olfactory disorders are associated with combat experience (the smell of gunpowder, burning, blood); images of recurrent memories have a complete “military” plot;
- re-experiencing are affectively saturated and repeat the feelings experienced by the combatant during the battle – it is fear, horror, expressed anxiety and bodily haptic sense of danger;
- unlike epileptic phenomena, there is invariance of re-experiencing in psychogenic flashbacks.

Thus, the classic version of flashback in PTSD is characterized by the following clinical and psychopathological features: sensorialized representations and eidetic images; monomodal images; partial immersion in painful experiences with the preservation of contact with reality; preservation of all kinds of orientation, the absence of amnesia during flashback. In psychotic PTSD, accompanied by confusion, which in foreign literature are considered “dissociative disorders”, there are signs of atypical flashback, requiring a different strategy of patient management. These are the following features: transformation of eidetic images into illusions and hallucinations; polymodality of images; full immersion in painful experiences with the loss of contact with real reality; violation of orientation in place and time; partial amnesia of real events.

Conclusions. Phenomenological clinical and psychopathological analysis of flashbacks in PTSD allows not only to estimate the belonging of this disorder to combat mental pathology, but to carry out a differential diagnosis of this phenomenon for more effective assistance to military combatants.

Keywords: combatants, PTSD, flashback, diagnosis.

УДК 00000000000000

В. Я. Пішель, Т. Ю. Ільницька, О. О. Древіцька, М. Ю. Полив'яна
ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ
В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна
v_pishel@yahoo.com

Актуальність. Бойова психічна травма на сьогодні є поширеним явищем, яке становить актуальну і соціально значущу проблему сучасної вітчизняної психіатрії. Багато її аспектів залишаються несистематизованими та не розкритими повною мірою, зокрема, клінічні особливості психотичних розладів у комбатантів. Це зумовлює необхідність розроблення сучасних діагностичних і терапевтичних підходів до оптимізації лікувально-діагностичної та соціально-реабілітаційної допомоги даній категорії хворих.

Мета – на підставі аналізу даних літератури та власних досліджень визначити поширеність та структуру психотичних розладів в учасників бойових дій.

Матеріали та методи дослідження. Здійснено аналіз даних наукових досліджень та офіційної статистики МОЗ щодо поширеності та структури психотичних розладів в учасників бойових дій.

Результати та їх обговорення. Підтверджено високий рівень коморбідності бойової психічної травми з іншими психічними захворюваннями, який становить до 75 %. Зокрема, психотичну симптоматику вияв-

лено у 24 % учасників бойових військових операцій, а депресивний епізод із психотичними симптомами – у 15 %. Установлено, що при бойовому посттравматичному стресовому розладі продуктивна психотична симптоматика може спостерігатись у 52 % військовослужбовців, що значно більше, ніж у пацієнтів за мирного часу – 17 %. Психотичні ознаки найчастіше з'являються в клініці хронічного посттравматичного стресового розладу і визначають його більш тяжкий перебіг, який можна зіставити з прогредієнтними формами шизофренії.

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

Висновки. Значна поширеність психотичної симптоматики в разі виникнення бойової психічної травми в учасників бойових дій свідчить про нагальну необхідність подальшого вивчення ознак високого ризику виникнення психозів, а також їх раннього виявлення з метою оптимізації лікувально-діагностичної та соціально-реабілітаційної допомоги даній категорії пацієнтів.

Ключові слова: психотичні розлади, структура та поширеність, учасники бойових дій.

V. Ya. Pishel, T. Yu. Ilnytska, O. O. Drevitska, M. Yu. Polyviana
PREVALENCE AND STRUCTURE OF PSYCHOTIC DISORDERS IN PARTICIPANTS OF MILITARY ACTION
Research Institute of Psychiatry Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
v_pishel@yahoo.com

Background. Military psychological trauma is today a very widespread phenomenon, which is an actual and socially significant problem of modern domestic psychiatry. Many of its aspects remain not fully disclosed, in particular, the clinical features of psychotic disorders in combatants. This necessitates the development of modern diagnostic and therapeutic approaches to the optimization of treatment-diagnostic and social-rehabilitation assistance in this category of patients.

Objective. On the basis of the analysis of literature data and own research to determine the prevalence and structure of psychotic disorders in participants in participants of military action.

Materials and methods. The analysis of the data of scientific researches and official statistics of the Ministry of Health concerning the prevalence and structure of psychotic disorders in the participants of combat operations is carried out.

Results. It was found high level of comorbidity of a martial psychic trauma with other mental illnesses – up to 75%. Psychotic signs most often appear in the clinic of chronic post-traumatic stress disorder and determine its more severe course, which can be compared with progressive forms of schizophrenia.

Conclusions. Significant prevalence of psychotic symptoms in the event of a military traumatic trauma in combatants indicates the urgent need for further study of signs of high risk of psychosis, as well as their early detection in order to optimize treatment and diagnostic and socio-rehabilitation care for this category of patients.

Keywords: combatants, participants of military action, psychotic disorders, prevalence and structure.

УДК: 616.89-008-053.5-056.7:159.972

О. О. Древіцька, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна
НОВІ МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ТЕСТУ «ПРОГНОЗ»
ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна
drevitska@ukr.net

Актуальність. Своєчасне виявлення ознак психічних розладів у військових залишається надзвичайно актуальним. Це особливо важливо для профілактики суїцидальної та гетероагресивної поведінки в осіб, які мають відношення до зброї. Для виявлення нестабільності психічного реагування у військоматах наразі використовують тест «Прогноз». За сумарним балом результату даного тесту фахівці приймають рішення про обмеження щодо військової служби.

Слід зазначити, що не всі питання тесту є однаково важливими для діагностики психічних розладів психотичного рівня. За сумою балів можна не розпізнати початок психотичного розладу, проте опитувальник «Прогноз» має додатковий резерв для виявлення психотичних розладів, якщо психолог та/або психіатр звернуть особливу увагу на конкретні запитання даного тесту.

Мета – розробити експрес-метод для скринінгу психотичних розладів у військовослужбовців.

Матеріали та методи дослідження. За методом експертних оцінок проведено опрацювання тесту «Прогноз» для встановлення ризику розвитку психотичних розладів у військових. Основою оцінювання було порівняння діагностичних критеріїв за МКХ-10 із запитаннями тесту.

Результати та їх обговорення. Кваліфіковані експерти-психіатри відібрали найінформативні запитання щодо виявлення психотичних розладів, а саме 16 з 84 запитань тесту «Прогноз». З цих 16 запитань 7 є інформативними

щодо ризику виникнення депресій, 6 – шизофренії, 4 можуть бути свідченням розладів аутистичного спектра. При наявності позитивних відповідей респондентів на 6 та більше запитань із обраних 16 психіатру слід звернути на це особливу увагу та розглянути питання щодо направлення цих осіб на додаткове психіатричне обстеження. Апробація даного скринінгового тесту на 18 пацієнтах із розладами психотичного рівня підтвердила його діагностичні можливості.

Висновки. За даними методу експертних оцінок розроблено та апробовано експрес-метод для скринінгу психотичних розладів у військовослужбовців. Апробація тесту підтвердила його діагностичні можливості.

Ключові слова: психотичні розлади, військовослужбовці, експрес-діагностика.

O. O. Drevitska, V. Ya. Pishel, M. Yu. Polyviana
NEW OPPORTUNITIES FOR USING THE TEST "PROGNOZ"
Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
drevitska@ukr.net

Background. For the detection of violations of mental responses in military offices, use the "Prognoz" test. At the total score of this test, experts make a decision on limiting the service in the troops. However, not all questions of the test are equally important for the diagnosis of mental disorders of the psychotic level.

By the amount of points should be not recognize the beginning of a psychotic disorder. Therefore, the "Prognoz" questionnaire has an additional reserve for the detection of psychotic disorders, if the psychologist and/or psychiatrist pay special attention to the specific questions of this test.

Material and methods. According to the expert estimation method, the "Prognoz" test was worked out to determine the risk of psychotic disorder in the military. The basis of the evaluation was a comparison of diagnostic criteria for ICD-10 with test questions.

Results. Qualified psychiatric experts have selected the most informative questions for identifying psychotic disorders, namely 16 out of 84 questions for the "Prognoz" test. If there are positive answers to 6 or more questions from selected 16, special attention should be paid to this and send respondents an additional psychiatric examination. Approval of this screening test on 18 patients with psychotic level disorders confirmed its diagnostic capabilities.

Conclusions. According to the expert estimation method, an express method for the screening of psychotic disorders in soldiers has been approved. The testing confirmed its diagnostic capabilities.

Keywords: psychotic disorder, military, express diagnostics.

УДК 616.89-008.441.3

В. І. Салдень

ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬ ЗІ ШКІДЛИВИМИ НАСЛІДКАМИ

ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії
Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна
victoriasalden@gmail.com

Актуальність. Вживання алкоголю є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем сучасності. Психічні та поведінкові порушення, тяжкі соматичні наслідки, особливо значні в молодому й літньому віці, потребують ранньої діагностики та лікувальних заходів. Важливою складовою є організація своєчасної та ефективної допомоги пацієнтам, які вживають алкоголь і мають психічні та соматичні порушення, в амбулаторних загальносоматичних медичних закладах.

Мета – дослідити клінічні та психологічні особливості хворих із соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, за допомогою психодіагностичних і клініко-психопатологічних досліджень.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводили серед пацієнтів, які звертались із соматичними скаргами до сімейного лікаря в заклади амбулаторної допомоги загального профілю, зокрема Солом'янського району м. Києва.

Загальна кількість обстежених становила 300 осіб, з яких відібрано 240 тематичних хворих. Пацієнти за умови інформованої згоди були обстежені із застосуванням розробленої нами уніфікованої карти, яка включає наступні психодіагностичні методики: AUDIT-тести; Оцінка тяжкості депресивного розладу PHQ-9; Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS; Тип акцентуації характеру особистості; методика «САН: Самопочуття. Активність. Настрій»; опитувальник впорання зі стресом «COPE». У даного контингенту вивчали клініко-психологічні особливості, що зіставлялися з соматичними скаргами, з якими пацієнти звертались до сімейного лікаря, із загальним діагнозом, який був зафіксований раніше в медичній карті хворого.

Результати та їх обговорення. Аналізуючи психічний стан пацієнта за методикою PHQ-9 ми виявили, що більша кількість обстежених відповідала категорії легкої депресії – 47,5 % осіб; помірну депресію виявлено у 22,5 %; помірно-тяжку – у 11 %, хворих з тяжкою депресією не виявлено. У 19 % депресивний компонент був відсутній, характер скарг мав соматогенний фон.

Згідно з результатами, отриманими за методикою HADS, рівень тривоги складав 41,6 % та відповідав категорії межового стану; патологічних станів не виявлено; а пацієнти категорії норма – 58,4 %. Рівень депресії виявив пацієнтів із межовими станами – 47,5 %; патологічні стани не спостерігалися. Хворі, що не мали ознак депресії, становили 52,5 %.

Дослідивши характер самопочуття, стан активності та настрою у респондентів за методикою «САН» можна зробити висновок, що усі середні показники за трьома видами дослідження належали до «неблагополучної» категорії. Тобто, соматичні скарги пацієнтів виникали на патогенному фоні різних аспектів життєдіяльності: самопочуття, активність, коливання настрою були значно нижчими за норму.

Отримані результати дослідження акцентуації особистості обстежених мали такий характер: кількість акцентуваних осіб серед загальної групи обстежених склала 28,5 %. Тривожний тип акцентуації виявлено у 7,5 % осіб, демонстративний тип у 6 %, екзальтований – у 5 %, гіпертимний – у 3 %, циклотимний – у 2,5 % тощо. Тобто, більшість припадала на три види акцентуації – тривожність, демонстративність, екзальтованість, дещо менше – гіпертимність, циклотимність та інші види. Ставлення до своєї хвороби у респондентів збігалось, відповідно, з рисами акцентуації.

Використовуючи методику впорання зі стресом за опитувальником COPE ми виділили найхарактерніші варіанти копінг-поведінки цих пацієнтів. Найбільш значимим став аспект «використання заспокійливих засобів». Характерним для обстежених було «заперечення». Вживання алкоголю досліджені здебільшого не визнавали за хворобливу пристрасть, мотивуючи тим, що, вживаючи ці речовини, вони поведуться як більшість оточуючих.

Висновки. Наявність у хворих із соматичною патологією, які вживають алкоголь зі шкідливими наслідками, як тривожних, так і депресивних порушень у психічній сфері, акцентуації характеру, своєрідність поведінкових реакцій на стресову ситуацію пояснює загострення їх соматичного стану.

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

V. I. Salden

PSYCHODIAGNOSTIC EXAMINATION OF PATIENTS WITH SOMATIC PATHOLOGY WHO USE ALCOHOL WITH HARMFUL EFFECTS

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

victoriasalden@gmail.com

Background. The use of alcohol is one of the most urgent medical and social problems of our time. Mental and behavioral disorders, severe somatic effects, especially significant in young and old age, require early diagnosis and therapeutic measures. An important part is the organization of timely and effective assistance to patients who drink alcohol and have mental and physical disorders in outpatient general-somatic health care institutions.

Objective – to investigate the clinical and psychological peculiarities of patients with somatic pathology who use alcohol with harmful effects by psychodiagnostic and clinical and psychopathological research.

Materials and methods. The research was conducted among patients who had a somatic complaints and have been consulted by family doctor in institutions of outpatient assistance in the general area of the Solomyansky district of Kyiv.

The total number of investigated persons was 300 persons, of which 240 thematic patients were selected. Patients, subject to informed consent, were inspected using the standardized card developed by us, which includes the following psychodiagnostic techniques: AUDIT-tests; Patient health questionnaire-9 (PHQ-9); Hospital anxiety and depression scale (HADS); Type of accentuation of personality character; methodology "State of health, activity, mood"; method of coping with stress on the COPE questionnaire (Cultivating Optimal Personal Experiences). In this contingent, the clinical-psychological peculiarities that were compared with the somatic complaints with which patients turned to a family doctor with a general diagnosis, which was previously documented in a patient's medical card, was studied.

Results. Analyzing the patient's mental state by the method of PHQ-9, it was revealed that the greater number of the surveyed patients had mild depression – 47,5%; moderate depression had 22,5%; moderate severity – 11%. Severe depression in patients had not detected. In 19%, the depressive component was absent, the nature of the complaints had a somatogenic background.

According to the results obtained by the HADS method, the level of anxiety was 41,6% and corresponded to the boundary status category; pathological conditions not detected; and patients of the category standard are 58,4%. The level of depression revealed patients with boundary conditions – 47,5%; pathological conditions - were not observed. In turn, the patients who did not find signs of depression were 52,5%.

When investigating the nature of the state of health, the activity and mood of respondents using the method «State of health, activity, mood», we can conclude that all the average indicators for the three types of survey were «disadvantaged» category. That is, the somatic complaints of patients took place on a pathogenic background of various aspects of life: state of health, activity, mood fluctuations were much lower than normal.

The obtained results of the study of the accentuation of the personality of the surveyed were as follows: the number of accrued persons among the general group of respondents was 28,5%. An alarming type of accentuation was detected in 7,5% of the people, demonstrative – 6%, exalted – 5%, hypertensive – 3%, cyclothymic – 2,5%, and others. The majority of respondents had three types of accentuations – anxiety, demonstrative type, exaltation, somewhat less – hypertensive type, cyclothymic type and other kinds. The ratio of their illness to respondents coincided, respectively, with the features of accentuation.

Using the method of coping with stress on the COPE questionnaire (Cultivating Optimal Personal Experiences), the most characteristic variants of the coping behavior of these patients were highlighted. The most significant aspect was the use of soothing agents. Properly for the surveyed there was a «denial». Regarding the use of alcohol, the researchers generally did not recognize this as a painful passion, arguing that using these substances, they behave like most others.

Conclusions. Based on the results obtained, it was determined that the presence in patients with somatic pathology who use alcohol with harmful effects, both anxiety and depressive disorders in the mental sphere, accentuations of nature, the peculiarity of behavioral responses to a stressful situation explains the exacerbation of their somatic state.

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